



# **La protection sociale en 200 questions**

**Collection « L'essentiel pour agir »**

# La protection sociale en 200 questions

**Édition 2010**

Cet ouvrage est paru dans une première édition sous le titre :  
*La protection sociale - 200 questions-réponses pour tout comprendre*

Ouvrage conçu et réalisé sous la direction de Catherine FOURMOND

## **Auteurs :**

Jean-Philippe CAVAILLÉ

Gwenaëlle LERAY pour l'actualisation 2010

Suivi éditorial, conception graphique : GERESO ÉDITION

Photo de couverture : © bradviewland/istockphoto.com

## **© GERESO Édition 2008, 2010**

26 rue Xavier Bichat – 72018 Le Mans (France)

Tél. 02 43 23 03 53

Fax 02 43 28 40 67

**[www.gereso.com/edition](http://www.gereso.com/edition)**

**e-mail : [edition@gereso.fr](mailto:edition@gereso.fr)**

Reproduction, traduction, adaptation interdites

Tous droits réservés pour tous pays.

Loi du 11 mars 1957

Dépôt légal : avril 2010

ISBN : 978-2-915530-83-4

EAN 13 : 9782915530834

GERESO SAS au capital de 160 640 euros – RCS B 311 975 577

Siège social : 28 rue Xavier Bichat – 72018 Le Mans Cedex 2



**GERESO**  
ÉDITION

# Introduction

## **Qu'est-ce que le droit à la protection sociale ?**

---

Le droit de la protection sociale est constitué de l'ensemble des règles juridiques destinées à protéger les personnes contre la survenance et/ou les conséquences d'un ensemble d'événements et de risques sociaux. La protection sociale assure le versement de prestations destinées à compenser les dépenses (honoraires médicaux, hospitaliers...) ou la baisse de revenus (rente d'incapacité, indemnités journalières, allocation chômage...) générées à la suite de la survenance de ces risques sociaux.

Ce droit de la protection sociale est l'une des deux parties, avec le droit du travail, du droit social. Le droit de la protection sociale constitue lui-même une partie du droit de l'emploi. Discipline plus récente, le droit de l'emploi, dont l'existence a été reconnue au début des années 2000, correspond à l'ensemble des initiatives publiques destinées à créer et préserver l'emploi. Enfin, le droit de l'emploi est l'une des composantes des politiques sociales, qui comprennent également l'aide sociale, l'assurance chômage...

Cette description en forme d'enchevêtrement gigogne est bien évidemment contestable et imparfaite. Les limites entre disciplines sont particulièrement poreuses et artificielles. Par exemple, l'exécution du contrat de travail va générer le versement d'une indemnité (droit du travail) soumise à cotisations (droit de la Sécurité sociale) qui entre dans le calcul des indemnités d'assurance chômage (politiques sociales).

## **Qu'est-ce que le risque social ?**

---

Il s'agit d'un risque (événement dont la survenance est incertaine, susceptible de causer un dommage aux personnes et/ou aux biens), social

(partagé par un ensemble d'individus) qui va porter atteinte à la sécurité financière des personnes, soit en empêchant l'accès au revenu (maladie, invalidité, vieillesse, chômage...), soit en entraînant des dépenses particulières (santé, charges familiales...). Ces risques ont ainsi pour conséquence de diminuer le revenu d'un ménage ou de diminuer la capacité de travail d'un individu ou de la priver d'effet.

Les risques sociaux peuvent être d'origine professionnelle (accident du travail et maladie professionnelle) ou non professionnelle (maladie, maternité, vieillesse, invalidité, incapacité, décès, accident du travail, chômage). 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...

## **Comment la Sécurité sociale est-elle née ?**

---

Fondée sur le principe de solidarité nationale, la Sécurité sociale garantit les salariés ainsi que leur famille contre les risques de toutes natures, susceptibles de réduire ou supprimer leur revenu et/ou la capacité d'accéder à un revenu. Cette garantie prend sa source dans l'affiliation des personnes et le rattachement de leurs ayants droit à (au moins) un régime obligatoire de Sécurité sociale.

Au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, on assiste au développement :

- d'une part, des sociétés de secours mutuels, qui ont succédé aux corporations de l'Ancien Régime abolies en 1791, fondées sur la prévoyance collective volontaire et dont l'action restait malgré tout limitée. Elles ont été reconnues légalement en 1835 et leur statut a été développé par la loi du 1<sup>er</sup> avril 1898 ;
- d'autre part, de l'aide sociale dont l'attribution est subordonnée à la décision d'une commission composée en partie d'élus locaux qui examine les conditions de ressources de l'individu ou de sa famille. À noter que les prestations, en nature ou en espèces, sont récupérables sur les débiteurs alimentaires et les successions, ou les revenus de l'assisté en cas de retour à la solvabilité. Quelques exemples peuvent être trouvés dans la loi du 15 juillet 1893 qui instaure l'assistance médicale gratuite, celle du 27 juin 1904 qui crée le service départemental d'aide sociale à l'enfance et celle du 14 juillet 1905 qui met en place l'assistance aux vieillards infirmes et incurables.

Il faut attendre la loi du 9 avril 1898 pour voir apparaître les prémices d'une protection sociale moderne : cette loi crée la responsabilité automatique de l'employeur en cas d'accident de travail. Il s'agit néanmoins d'une avancée sociale modeste dans la mesure où elle n'ouvre à la victime que le bénéfice d'une réparation forfaitaire, sauf faute caractérisée de l'employeur qui est quasiment impossible à prouver en pratique.

La Sécurité sociale dans sa forme contemporaine naît à travers l'ordonnance du 4 octobre 1945, issue des travaux du Conseil national de la Résistance et du plan de Sécurité sociale présenté par Michel Laroque.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 définissait les objectifs de la Sécurité sociale 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.* »

L'assurance obligatoire de certains risques sociaux apparaît progressivement au début du xx<sup>e</sup> siècle :

- en matière **d'assurance vieillesse**, la loi du 5 avril 1910, dont l'application a été limitée, institue un régime d'assurance obligatoire pour les salariés du commerce et de l'industrie ;
- en matière de **maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès**, les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 instituent pour les salariés titulaires d'un contrat de travail une assurance contre ces risques et la loi du 30 avril 1928 institue un régime spécial pour les agriculteurs. Par ailleurs, la loi du 11 mars 1932 prévoit des allocations couvrant les charges familiales financées par des versements patronaux.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 poursuit un triple objectif : unité administrative de la Sécurité sociale, universalité du système avec une extension de la couverture des risques au plus grand nombre, et uniformité des prestations, à travers la double influence des systèmes britannique (beveridgien) et allemand (bismarckien).

L'ordonnance avait institué un réseau de caisses locales se substituant à une multitude d'organismes pour parvenir à une unité administrative mais le régime agricole, les régimes spéciaux (fonctionnaires, marins, cheminots, mineurs...) ont finalement perduré. De même, la loi du 22 mai 1946 pose le principe de la généralisation de la Sécurité sociale à l'ensemble de la population mais les professions non salariées non agricoles s'y opposeront.

Plusieurs textes ont ensuite complété le dispositif existant :

- l'ordonnance du 19 octobre 1945 a permis la prise en charge des risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès ;
- la loi du 22 août 1946 a étendu les allocations familiales à la quasi-totalité de la population ;
- la loi du 30 octobre 1946 a permis la réparation des accidents du travail par la Sécurité sociale.

L'extension progressive de la couverture à l'ensemble de la population est également passée par les étapes suivantes :

- convention collective interprofessionnelle du 14 mars 1947 : institution du régime de retraite complémentaire des cadres ;
- loi du 9 avril 1947 : extension de la couverture des risques aux fonctionnaires ;
- loi du 17 janvier 1948 : instauration des régimes d'assurance vieillesse des professions non salariées non agricoles (artisans, professions industrielles et commerciales, professions libérales) ;
- loi du 10 juillet 1952 : création d'un régime d'assurance vieillesse 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 ;
- 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 professions indépendantes) ;
- 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 ;
- loi du 25 octobre 1972 : institutionnalisation de la protection 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.

## Chapitre 4

### L'assurance maladie

Plusieurs réformes successives ont tenté de limiter le déficit de l'assurance maladie, en influant notamment sur le montant des remboursements et le nombre de prescriptions. Selon la commission des comptes de la Sécurité sociale, le « trou » de la Sécurité sociale atteindrait 20,1 milliards € en 2009. À elle toute seule, la branche Maladie connaîtrait un déficit de 9,4 milliards €.

#### Quelles sont les dépenses qui sont prises en charge ?

L'assurance maladie 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 ;
- les frais d'hospitalisation et de traitements lourds dans les établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle ;
- les frais d'examen prénuptial ;
- les frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté ;
- les frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes de santé publique ;
- les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle ;
- les frais de transport des malades dans des conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport.

En cas d'arrêt maladie, l'assurance maladie octroie, quand la législation le prévoit, des indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant de continuer ou de reprendre le travail. L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain journalier de base, majorée en fonction du nombre d'enfants à charge.

La prise en charge par l'assurance maladie est soumise à conditions. Les soins et produits doivent :

- d'une part être dispensés par un établissement public ou privé autorisé, ou un praticien ou bien un personnel paramédical dûment habilité à exercer ;
- d'autre part figurer dans la nomenclature des actes professionnels ou sur la liste des médicaments et produits remboursables.

L'assurance maladie intervient sur la base de tarifs fixés par convention (dits « tarifs conventionnés ») ou d'autorité, qui sont plafonnés. Les éventuels dépassements par rapport à ces tarifs restent à la charge de l'assuré ou d'une protection complémentaire (mutuelle, prévoyance). Par exemple, les médecins qui ont opté pour le secteur conventionnel 2 pratiquent des tarifs supérieurs au tarif conventionnel.

### **Qu'est-ce qu'un ticket modérateur ?**

---

Une participation (ticket modérateur) est laissée à la charge de l'assuré, ce qui signifie que l'intégralité du coût d'une prestation en nature n'est pas prise en charge. Cette participation peut être proportionnelle ou forfaitaire et varier selon les catégories de prestations. Elle est limitée ou supprimée pour les soins les plus coûteux.

### **Comment sont attribuées les prestations de l'assurance maladie ?**

---

Le régime dont dépend un assuré varie en fonction de son activité professionnelle présente ou passée. Toutefois, pour les personnes ne remplissant pas les conditions d'affiliation à un régime sur la base professionnelle mais résidant en France depuis au moins trois mois en situation régulière, il existe une couverture maladie universelle.

Par ailleurs, un assuré ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité aux personnes suivantes :

- le conjoint légitime sauf s'il est lui-même assuré social, ou s'il exerce une activité professionnelle pour le compte de l'assuré ou d'un tiers, ou s'il est inscrit au registre des métiers ou du commerce, ou s'il exerce une profession libérale, ou encore s'il bénéficie d'un régime spécial d'assurance (fonctionnaires, cheminots, EDF-GDF, mineurs...);
- les enfants non salariés et à charge jusqu'à 16 ans, ou bien 20 ans s'ils poursuivent leurs études ou sont infirmes ;
- les enfants de moins de 20 ans non étudiants à la recherche d'une première activité professionnelle et inscrits comme demandeurs d'emploi à l'ANPE (agence nationale pour l'emploi) ;
- les ascendants, descendants, collatéraux et alliés jusqu'au 3<sup>e</sup> degré s'ils vivent sous le même toit que l'assuré et se consacrent exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins 2 enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré ;
- toute personne vivant maritalement et à la charge de l'assuré ;
- toute personne vivant au moins depuis 12 mois consécutifs sous le toit de l'assuré et se trouvant à sa charge effective, totale et permanente ;
- toute personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité lorsqu'elle peut bénéficier de la qualité d'assuré social.

La personne assurée du couple doit chaque année faire une déclaration mentionnant le nom et la qualité des personnes au foyer. L'ouverture de droits pour l'assuré au titre des prestations d'assurance maladie est soumise à plusieurs conditions :

Concernant les prestations en nature : avoir occupé un emploi salarié ou assimilé pendant au moins 120 heures au cours du trimestre civil (ou 3 mois de date à date) précédant la date des soins, ou 60 heures au cours du mois civil (ou de date à date précédant la date des soins).

Concernant les prestations en espèces les 6 premiers mois : avoir occupé un emploi salarié ou assimilé pendant au moins 200 heures au cours des 3 mois précédant l'interruption de travail ou justifier des mêmes conditions d'heures de travail au cours du trimestre civil précédant cette dernière.

Concernant les prestations en espèces au-delà de 6 mois :

- avoir été immatriculé depuis 12 mois au moins au 1<sup>er</sup> jour du mois au cours duquel est intervenue l'interruption de travail, et justifier avoir travaillé au moins 800 heures au cours des 12 mois précédant l'interruption dont 200 au cours des 3 premiers mois ;

- ou justifier de ces mêmes conditions d'heures de travail au cours des 4 trimestres civils précédant l'interruption, ou au cours du 1<sup>er</sup> de ces trimestres.

Concernant l'assurance maternité :

- avoir occupé un emploi salarié ou assimilé au moins 200 heures au cours des 3 mois précédant le début du 9<sup>e</sup> mois avant la date présumée de l'accouchement, ou 120 heures au cours du mois précédant ;  
- ou justifier des mêmes conditions d'heures de travail au cours du trimestre civil, ou du mois civil, précédant cette même date.

Justifier en outre de 10 mois d'immatriculation à la date prévue de l'accouchement.

Concernant l'assurance invalidité :

- avoir été immatriculé depuis 12 mois au 1<sup>er</sup> jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail suivie de l'invalidité ou la constatation médicale de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme, et justifier avoir travaillé pendant au moins 800 heures au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme, dont 200 heures au cours des 3 premiers mois ;  
- ou justifier des mêmes conditions d'heures de travail au cours des 4 trimestres civils ou au cours du 1<sup>er</sup> de ceux-ci, précédant l'interruption ou la constatation de l'état d'invalidité ; ou avoir cotisé sur la base de 2 030 fois la valeur du SMIC au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail, dont 1 015 fois au moins la valeur du SMIC au cours des 6 premiers mois. L'assuré doit être atteint d'une invalidité réduisant au moins des 2/3 sa capacité de travail ou de gain.

Concernant l'assurance décès :

Le droit au capital décès est ouvert lorsque l'assuré, moins de 3 mois avant son décès :

- exerçait une activité salariée ;  
- ou percevait une allocation du régime d'assurance chômage ;  
- ou était titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail/maladie professionnelle, correspondant à une incapacité physique permanente d'au moins 66,66 % ;  
- ou était en situation de maintien de droits.

En outre, dans l'année précédant la date du décès, l'assuré doit :

- soit avoir versé des cotisations sur un salaire égal à 60 SMIC horaire au cours d'un mois civil (ou de 30 jours consécutifs) ou 120 SMIC horaire au cours de 3 mois civils ;

- soit avoir travaillé pendant 60 heures pendant 1 mois (ou 30 jours consécutifs), ou 120 heures pendant 3 mois civils (ou de date à date).

## **Qu'est-ce qu'une maladie grave ?**

---

Les affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret sont considérées comme des maladies graves. La maladie du salarié peut également être considérée comme une maladie grave si elle est reconnue comme telle par la Sécurité sociale.

Le salarié atteint d'une maladie grave (Sida, cancer, insuffisance cardiaque grave...) bénéficie de dispositifs tenant compte de son état de santé :

- droit au travail et autorisations d'absence ;
- aménagements de poste et mi-temps thérapeutique ;
- protection contre le licenciement ;
- prise en charge totale de la Sécurité sociale.

Certaines affections de longue durée (ALD) peuvent donner lieu à une prise en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur) par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) :

- les 30 affections considérées comme maladies graves par la Sécurité sociale (voir liste des ALD 30, article D. 322-1 du Code de la Sécurité sociale) ;
- les maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste des ALD 30, et comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- les polyopathologies, lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois.

Pour bénéficier de la prise en charge à 100 %, l'ALD doit être reconnue par le service médical de la caisse d'assurance du malade.

## **Qu'est-ce que l'entente préalable ?**

---

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.

Sont également concernés :

- les examens de laboratoire ou des appareillages médicaux ;
- les transports en ambulance sur de longues distances ou en série.

Plusieurs produits et actes inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) sont également concernés, tels que :

- tous les actes ou traitements pour lesquels l'obligation de l'entente préalable est indiquée à la nomenclature des actes professionnels par une mention particulière ou la lettre « E » ;
- tous les actes exceptionnels concernant une pathologie inhabituelle ;
- des actes liés à l'évolution des techniques médicales.

Dans ces cas de figure, l'assuré doit envoyer un formulaire de demande d'entente préalable (n° S3108C) rempli par l'assuré et son médecin à la CPAM pour obtenir son accord. Dans les quinze jours suivant réception du formulaire, la caisse doit notifier son éventuel refus. Dans le cas contraire, la demande de prise en charge sera réputée acceptée.

## **Qu'est-ce que le parcours de soins coordonnés ?**

---

Le parcours de soins consiste, pour chaque assuré d'au moins 16 ans, 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. De même, une consultation du médecin traitant est impérative avant de consulter tout médecin spécialiste, sous peine de remboursement partiel de la consultation par la Sécurité sociale.

Ce parcours s'applique à l'ensemble des assurés, y compris les bénéficiaires de la CMU. Ce parcours de soins est principalement destiné à lutter contre les abus de certains assurés qui effectuent des consultations multiples pour une même pathologie. Les pénalités financières pour non-respect du parcours de soins restent à la charge de l'assuré si aucun médecin traitant n'a été désigné ou si un autre médecin, généraliste ou spécialiste, est consulté sans que l'assuré y ait été convié préalablement par son médecin traitant.

## Chapitre 9

### L'assurance vieillesse

La France se caractérise par l'existence de trois grandes catégories de régimes de retraite :

- le régime des salariés du secteur privé, qui couvre environ 70 % des actifs ;
- les régimes spéciaux des salariés du secteur public (État, collectivités locales, entreprises publiques) qui représentent environ 20 % des actifs ;
- les régimes des non-salariés (artisans, commerçants, professions libérales et agriculteurs) qui concernent environ 10 % des actifs.

#### **Quel est l'historique du système de retraite ?**

---

Les premiers systèmes de retraite français ont été mis en place pour des catégories professionnelles, liées à l'État, par exemple : en 1673 pour les marins, en 1831 pour les militaires, en 1894 pour les mineurs, en 1909 pour les cheminots...

Entre 1928 et 1930, un ensemble de lois institue les assurances sociales pour les salariés de l'industrie et du commerce, sur le modèle du régime de retraite bismarckien, basé sur le principe de la capitalisation viagère : chaque assuré possédait un compte individuel sur lequel étaient portées les cotisations et les rentes qu'elles produisaient. Le système a rapidement atteint ses limites avec l'érosion monétaire et a été remplacé par un système par répartition, progressivement installé de 1945, date de la création de la Sécurité sociale, à 1975.

La loi du 13 septembre 1946 souhaitait étendre l'assurance vieillesse dans le cadre du régime général à l'ensemble de la population active, cependant :

- les régimes spéciaux, maintenus à titre provisoire en 1945, ont subsisté (fonctionnaires, marins, mines, SNCF, RATP, EDF-GDF, Banque de France, Opéra et Comédie-Française...) ;
- les travailleurs non salariés ont obtenu la création de régimes autonomes : en 1948 pour les industriels, les commerçants, les artisans et les professions libérales et en 1952 pour les exploitants agricoles.

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.
- Un régime de solidarité a été créé en faveur de ceux qui n'ont pas acquis de droits propres à la retraite ou dont les cotisations ne permettent pas d'atteindre un montant minimum : le « minimum vieillesse », né en 1956.
- La loi du 29 décembre 1972 a étendu à tous les salariés (sauf exception, par exemple l'Ircantec pour les agents non titulaires de l'État et des collectivités locales) l'obligation d'être affiliés à un régime de retraite complémentaire et a posé le principe d'une solidarité interprofessionnelle et générale entre les institutions de retraite complémentaire.
- La loi du 24 décembre 1974 a instauré la compensation financière entre les régimes de retraite.
- Plusieurs lois ont ensuite créé des régimes complémentaires pour les autres catégories de travailleurs non salariés : un régime complémentaire obligatoire a été mis en place pour les artisans (1979), un régime facultatif a été mis en place pour les industriels, les commerçants (1978) et les exploitants agricoles (1988-1990) et plusieurs dispositifs de couverture complémentaires ont été créés pour les professions libérales.

La loi du 22 juillet 1993 a réformé le régime général, le régime agricole ainsi que ceux des artisans, industriels et commerçants. À ce titre, la loi prévoyait :

- une durée de cotisation allongée de 37,5 ans à 40 ans ;
- un salaire moyen de référence servant de base pour le calcul de la retraite, calculé progressivement sur les 25 meilleures années et non plus les 10 meilleures ;
- une retraite revalorisée annuellement en fonction de l'indice des prix à la consommation et non plus selon l'évolution générale des salaires.

Enfin, la loi du 21 août 2003 a prévu une augmentation de la durée de cotisations requise pour bénéficier d'une pension à taux plein : à partir de 2009, cette durée augmentera pour les salariés du public et du privé d'un trimestre par an jusqu'en 2012. Une loi du 12 mai 2009 ouvre la possibilité de modifier le calendrier avant 2012 et avant 2016.

## **Comment la branche Vieillesse est-elle organisée ?**

---

Le système français est composé de 3 principaux éléments : les régimes de base légalement obligatoires, les régimes complémentaires légalement obligatoires et les dispositifs d'épargne retraite collective ou individuelle. Les deux premiers éléments concernent la plupart des assurés. Le troisième, en plein développement du fait notamment de mesures fiscales, concerne les affiliations effectuées par certaines entreprises à une forme d'épargne retraite collective (PERE, PERCO) pour leurs salariés. Par ailleurs, certains produits facultatifs existent également, accessibles notamment aux travailleurs non salariés (PERP par exemple).

**Les régimes de base** couvrent les salariés du privé, les salariés agricoles, les salariés de l'État, des collectivités territoriales et des hôpitaux, les salariés des régimes spéciaux (EDF-GDF, SNCF, Banque de France...), les non-salariés (exploitants agricoles, commerçants et industriels, artisans, professions libérales, religieux...).

Ces régimes présentent plusieurs caractéristiques communes, dont un fonctionnement par répartition, un décompte des droits s'effectuant la plupart du temps sous forme de trimestres, des cotisations et des pensions de retraite assises sur une base réglementaire (par exemple, le plafond de la Sécurité sociale pour les salariés, ou le traitement hors primes pour les fonctionnaires).

**Les régimes de retraite complémentaire obligatoires** couvrent les mêmes assurés que les régimes de base. Ils reposent sur le mécanisme de la répartition, assorti d'un système de points, dont le nombre est fonction de la durée et du montant des cotisations. Pour les salariés, le régime de base et le régime complémentaire sont gérés par plusieurs organismes distincts (la CNAV et une caisse Arrco, auxquels s'ajoute une caisse Agirc pour les cadres). Au contraire, la même caisse gère souvent le régime de base et le régime complémentaire pour les non-salariés.

**L'épargne retraite collective et individuelle** a connu un développement récent à la fois du fait de la volonté des entreprises de développer des moyens de motiver leurs salariés et du fait de la recherche d'alternatives aux régimes obligatoires pour la préparation de leur retraite par les salariés.

Plusieurs dispositifs existent, notamment :

- Les contrats « lois Madelin » qui permettent aux non-salariés de se constituer une retraite facultative. Les cotisations sont libres et déductibles des revenus professionnels sous conditions. La sortie du contrat s'effectue obligatoirement sous forme de rente.
- Le plan d'épargne retraite entreprise (PERE) (« régime de l'article 83 » en référence à l'article du Code général des impôts) est un contrat de groupe à adhésion obligatoire, dont le taux de cotisation est fixé au moment de la création du plan. Les cotisations versées font souvent l'objet d'abondements de la part de l'employeur. La sortie s'effectue obligatoirement sous forme de rente.
- Le plan d'épargne pour la retraite collective (PERCO) constitue une épargne collective dans le cadre de l'entreprise, obligatoire (dès lors qu'un accord a été signé) mais à versements libres. Pour les PME, il existe des PERCO interentreprises, permettant de mutualiser la gestion et les risques. À l'instar du PERE, les versements du salarié sont abondés par l'entreprise et les fonds sont placés dans le cadre d'une gestion mutualisée. Les fonds placés sur le PERCO sont bloqués jusqu'au départ à la retraite (sauf exceptions prévues par décret) et la sortie du PERCO s'effectue en rente viagère ou, si l'accord instituant le PERCO le prévoit, en rente ou en capital au choix du salarié.
- Le plan d'épargne retraite populaire (PERP) permet aux salariés et non-salariés de se constituer un complément de retraite grâce à des

cotisations déductibles du revenu imposable, jusqu'à hauteur de 10 % de ce dernier. La sortie se fait obligatoirement sous forme de rente.

Si l'on synthétise la liste des régimes obligatoires de retraite par répartition :

| SALARIÉS   | RÉGIMES DE BASE   | RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES   |              |
|--|---|---|--------------|
| Ouvriers et employés de l'industrie, du commerce et des services | <i>Branche retraite du régime général de la Sécurité sociale<br/>CNAV, CRAM, CRAV, CGSS</i> | <i>Arrco</i>  |              |
| Cadres de l'industrie, du commerce et des services               |   | <i>Arrco</i>  | <i>Agirc</i> |
| Agents non titulaires de l'État                                  |   | <i>Ircantec</i>   |              |
| Salariés d'entreprises à statut particulier                      |   | <i>Caisses diverses<br/>CNRCC (CCI), Crepa (avoués), CRPCCMPA (ports autonomes), CRPNAC (navigateurs de l'aéronautique civile)...</i> |              |
| Fonctionnaires et salariés du secteur public et parapublic       | <i>Régimes spéciaux de Sécurité sociale</i>   |   |              |
| Ouvriers et employés de l'agriculture                            | <i>MSA</i>  | <i>Arrco</i>  |              |
| Cadres de l'agriculture  | <i>MSA</i>  | <i>Arrco</i>  | <i>Agirc</i> |

| NON-SALARIÉS               | RÉGIMES DE BASE  | RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES    |
|----------------------------|--|----------------------------|
| Exploitants agricoles      | <i>MSA</i>   | <i>Régimes facultatifs</i> |
| Artisans                   | <i>CANCAVA</i>   |                            |
| Commerçants et industriels | <i>ORGANIC</i>   | <i>Régimes facultatifs</i> |
| Professions libérales      | <i>CNAVPL (professions libérales)<br/>CNBF (avocats)</i> |                            |
| Religieux                  | <i>Cavimac</i>   |                            |

## **Quels sont les principes régissant les régimes obligatoires de retraite ?**

---

Les régimes de retraite obligatoires français sont régis par plusieurs principes :

- Un financement assuré par des cotisations : le système français de retraite est largement financé par des cotisations sociales versées par l'assuré et, le cas échéant, par son employeur, même si l'on observe une tendance à l'accroissement progressif de la part de l'impôt dans le financement.
- Des cotisations assises sur les revenus du travail : le financement des régimes de retraite français - régimes de base comme régimes complémentaires - repose avant tout sur des cotisations assises sur les revenus du travail (salaires, traitements, revenus professionnels).
- Une prise en compte des aléas de la vie : par exemple, le mécanisme de la réversion permet la poursuite du versement d'une partie de la retraite d'un titulaire décédé à son conjoint survivant. De même, une partie des périodes d'inactivité (chômage, maladie, congé maternité) donne des droits à la retraite.
- Un principe de solidarité : cette solidarité est basée sur le mécanisme de la compensation démographique et joue entre les générations et entre les différents régimes de retraite.

Le mécanisme de la compensation démographique consiste en un transfert d'une partie du produit des cotisations perçues par les régimes présentant le meilleur rapport cotisants/retraités (un nombre important de cotisants pour un nombre limité de retraités) au bénéfice des régimes présentant le moins bon rapport cotisants/retraités (un faible nombre de cotisants pour un nombre important de retraités). Ce mécanisme s'applique entre régimes de base et entre régimes complémentaires.

## **Qu'est-ce qu'un régime par répartition ?**

---

L'ensemble des régimes obligatoires de base ou complémentaires de retraites fonctionne en France sur le mode de la répartition ; en d'autres