2017

Guide du mandaté

Famille
Maladie
Retraite
Recouvrement

Sécurité sociale

Syndicat CFTC
La Vie à Défendre
www.cftc.fr

Sommaire

Comprendre le système de la Sécurité sociale p.5

La Sécurité sociale p.7
Origine et création de la Sécurité sociale p.7
Les dates clés de la Sécurité sociale p.12
L'architecture du système de Sécurité sociale de nos jours p.15
L'UCANSS p.18
Cas particulier : les organismes locaux multi-branches p.20
Une gouvernance paritaire marquée par une forte présence de l'État p.21
Le contentieux de la Sécurité sociale p.29

Le mandat d'administrateur & conseiller en pratique p.31
La désignation et le statut du mandaté p.32
Les obligations du mandaté p.34
Les droits du mandaté p.36
L'indemnisation et les déplacements p.39
Mandatés, la CFTC vous accompagne p.42

Exercer son mandat dans les organismes de la branche famille p.43

La branche famille p.45
Introduction historique p.45
La branche famille en quelques chiffres p.46
Les activités de la branche famille p.47
La feuille de route politique CFTC sur la famille p.49
Les Conventions d'objectifs et de gestion (COG) p.50
L'organisation administrative de la branche famille p.53

Être administrateur à la CNAF p.55
Gouvernance de la CNAF p.55
Missions de la CNAF p.56
Composition du conseil d'administration de la CNAF p.57
Fonctionnement du conseil d'administration de la CNAF p.59
Attributions du conseil d'administration de la CNAF p.61
Rôle d'un administrateur de la CNAF p.64

Être administrateur dans une CAF p.65
Gouvernance d'une CAF p.65
Missions d'une CAF p.66
Composition du conseil d'administration d'une CAF p.71
Fonctionnement du conseil d'administration d'une CAF p.73
Attributions du conseil d'administration d'une CAF p.75
Rôle d'un administrateur de CAF p.78

Exercer son mandat dans les organismes de la branche maladie, maternité, invalidité et décès p.81

La branche maladie, maternité, invalidité et décès p.83
Introduction historique p.83
La branche maladie, maternité, invalidité, décès en quelques chiffres p.84
Les activités de la branche maladie, maternité, invalidité et décès p.86
La spécificité de la branche maladie du régime général : un acteur à part entière du système de santé français p.88
La feuille de route politique CFTC sur la maladie, maternité, invalidité, décès p.92
Les Conventions d'objectifs et de gestion (COG) de la branche maladie, maternité, invalidité, décès p.95
L'organisation administrative de la branche maladie p.97
Les risques professionnels : une branche distincte de la branche maladie mais un réseau d'organismes commun p.99

Être conseiller à la CNAM-TS p.101
Gouvernance de la CNAM-TS p.101
Missions de la CNAM-TS p.102
Composition du conseil de la CNAM-TS p.103
Fonctionnement du conseil de la CNAM-TS p.105
Attributions du conseil de la CNAM-TS p.108

Être conseiller d'une CPAM p.113
Gouvernance d'une CPAM p.113
Missions d'une CPAM p.114
Composition du conseil d'une CPAM p.115
Fonctionnement du conseil d'une CPAM p.116
Attributions du conseil d'une CPAM p.119
Rôle d'un conseiller dans une CPAM p.121

Exercer son mandat dans les organismes de la branche retraite p.123

La branche retraite p.125
Introduction historique p.125
La feuille de route politique CFTC sur la retraite p.130
Les Conventions d'objectifs et de gestion (COG) de la branche retraite p.136
L'organisation administrative de la branche retraite p.138

Être administrateur à la CNAV p.139
Gouvernance de la CNAV p.139
Missions de la CNAV p.140
Composition du conseil de la CNAV p.141
Fonctionnement du conseil de la CNAV p.143
Attributions du conseil de la CNAV p.146

Être administrateur d'une CARSAT p.153
Gouvernance d'une CARSAT p.153
Missions d'une CARSAT p.155
Composition du conseil d'administration d'une CARSAT p.157
Fonctionnement d'une CARSAT p.159
Attributions du conseil d'une CARSAT p.162
Rôle des CARSAT en matière de santé p.165
Rôle d'un administrateur à la CARSAT p.168

Exercer son mandat dans les organismes de la branche recouvrement p.169

La branche recouvrement p.171
Introduction historique p.171
Vers un percepteur social unique ? Les URSSAF voient leur champ de compétence évoluer p.173
La branche recouvrement au cœur du financement de la Sécurité sociale p.176
La feuille de route CFTC sur le recouvrement p.179
Les Conventions d'objectifs et de gestion (COG) p.181
L'organisation administrative de la branche recouvrement : acteurs et partenaires p.184

Être administrateur à l'ACOSS p.185
Gouvernance de l'ACOSS p.185
Missions de l'ACOSS p.186
Composition du conseil de l'ACOSS p.188
Fonctionnement du conseil d'administration de l'ACOSS p.190
Attributions du conseil d'administration de l'ACOSS p.193

Être administrateur ou conseiller dans une URSSAF p.199
Gouvernance d'une URSSAF régionale et d'une URSSAF départementale p.199
Missions d'une URSSAF p.200
Composition du conseil d'administration d'une URSSAF p.201
Composition du conseil d'un site départemental de l'URSSAF p.202
Fonctionnement du conseil ou conseil d'administration d'une URSSAF p.203
Attributions du conseil d'administration d'une URSSAF p.205
Attributions du conseil départemental d'une URSSAF p.208

Annexes p.209

Sigles & acronymes p.211
Lexique p.215
Le plafond de la Sécurité sociale p.219
Circuit financier simplifié du régime général p.221
Le calcul des cotisations p.222
Les exonérations de cotisations et les exemptions d'assiette p.224
Le contrôle réalisé par les URSSAF p.227
Les prestations familiales p.229
Les prestations maladie, maternité, paternité, invalidité et décès p.235
Les prestations accidents du travail et maladies professionnelles p.243
Comment calculer sa retraite ? p.246
Contacts utiles p.251

Comprendre le système de la Sécurité sociale

La Sécurité sociale **p.7**
Origine et création de la Sécurité sociale p.7
Les dates clés de la Sécurité sociale p.12
L'architecture du système de Sécurité sociale de nos jours p.15
L'UCANSS p.18
Cas particulier : les organismes locaux multi-branches p.20
Une gouvernance paritaire marquée par une forte présence de l'État p.21
Le contentieux de la Sécurité sociale p.29

Le mandat d'administrateur & conseiller en pratique **p.31**
La désignation et le statut du mandaté p.32
Les obligations du mandaté p.34
Les droits du mandaté p.36
L'indemnisation et les déplacements p.39
Mandatés, la CFTC vous accompagne p.42

Origine et création de la Sécurité sociale

« Ce qui est fondamental dans la Sécurité sociale, (…) c'est l'affirmation, au cœur de la société, du droit de tout homme à bénéficier de soutien face aux charges de la maladie, de la vieillesse, de la famille. Ce qui est donné ne l'est pas par générosité ou par compassion, c'est un droit de la personne humaine. (…) Rien ne m'empêchera de penser que là où il y a Sécurité sociale, la dignité de l'homme est mieux respectée que là où elle n'existe pas » (Simone Veil. *Discours d'ouverture du colloque officiel du 60e anniversaire de la Sécurité sociale*, 3 octobre 2005).

1930 - 1945 : la période fondatrice

Créée au lendemain de la libération, la Sécurité sociale n'est pas sortie toute armée du cerveau du législateur d'alors. Elle est le fruit d'une longue évolution des premières techniques de protection contre les risques sociaux liées aux mutations politiques, économiques, sociologiques et démographiques qui ont marqué les cent cinquante dernières années.
À la fin du 19e siècle, les techniques traditionnelles d'épargne, d'assurance privée et les solidarités familiales cèdent peu à peu du terrain à des systèmes de protection collective que consacrent les assurances sociales. Adaptées de la mutualité (système de solidarité sociale fondé sur l'entraide réciproque de membres qui cotisent), **les assurances sociales sont créées en France par l'adoption de deux lois en 1928 et 1930.**
Toutefois, ces dispositifs d'inspiration bismarckienne (voir ci-après) qui se développent au cours de ce siècle demeurent fragmentaires et insuffisants. Seuls certains salariés sont couverts (les non-salariés et les cadres sont exclus) et la protection offerte est limitée.
Les défis nés de la crise économique de 1929 et de la Seconde Guerre mondiale vont conduire à de profonds changements dans la logique de prise en charge des risques sociaux. La situation démographique, l'état de l'économie mais aussi l'émergence d'aspirations nouvelles concourent à l'avènement d'une institution nouvelle, la Sécurité sociale.
Avant même la fin des hostilités, dans une France dévastée, **le Conseil national de la résistance (CNR) décide dans son programme la construction d'un « Plan complet de Sécurité sociale** visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils seraient incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État » (Programme du Conseil national de la résistance, adopté le 15 mars 1944, Partie II b).
Il est à noter que ce conseil compte de nombreux syndicalistes dont Gaston Tessier de la CFTC.
L'originalité de ce plan est qu'il s'inspire tout à la fois des propositions du rapport Beveridge (voir ci-après), publié en 1942, sans rompre complètement avec l'héritage des assurances sociales d'esprit plus bismarckien.

La notion de risque social ! Il existe différents types de risques qui réduisent ou suppriment la capacité des individus à faire face à leurs besoins (arrêt de travail pour maladie, accident du travail, retraite) ou qui accroissent les charges qu'ils supportent (soins, maternité, charge de famille).
Ces risques économiques deviennent des risques sociaux lorsqu'un système de protection sociale en compense financièrement les conséquences. C'est l'intervention de la collectivité dans leur prise en charge qui leur confère le caractère de risque social.

Bismarck / Beveridge : deux conceptions de l'État providence

Un modèle dit bismarckien est un modèle de protection sociale qui privilégie le principe de la solidarité socioprofessionnelle. La vocation de ce système est d'assurer un revenu de remplacement aux travailleurs en cas de survenance d'un risque. Les prestations reçues sont fonction, pour grande part, des cotisations versées. Ce modèle est né des assurances sociales mises en place en Allemagne par le Chancelier Bismarck à la fin du 19e siècle.
Un modèle béveridgien est un modèle de l'État providence qui a une visée plus universaliste. Il privilégie la mise à l'abri du besoin de tous les citoyens dans le cadre d'un système national unitaire de protection sociale qui offre des prestations forfaitaires et qui est financé par l'impôt. Ce modèle est né en 1942 des travaux de Sir William Beveridge, chargé par Winston Churchill de réformer l'ensemble des mesures de la protection sociale existante.

Alexandre Parodi, alors ministre du Travail, confie à Pierre Laroque, futur premier directeur général de la Sécurité sociale, la tâche d'élaborer cette réforme ambitieuse et de concrétiser les orientations des travaux du CNR.
Entre 1945 et 1946, sur la base des ordonnances adoptées les 4 et 19 octobre 1945 portant création de la Sécurité sociale, s'institue donc en France un système de Sécurité sociale reposant sur une institution autonome. Celle-ci regroupe l'ensemble des dispositifs préexistants de prise en charge des risques sociaux. La Sécurité sociale a ainsi vocation « à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent » (Article 1er de l'ordonnance du 4 octobre 1945). Les risques couverts sont donc la maladie, la maternité, la famille et la vieillesse.
L'ordonnance du 4 octobre 1945 édicte les dispositions essentielles à l'organisation administrative et financière de la Sécurité sociale. L'institution s'organise en un réseau de caisses et d'organismes, départementaux et régionaux, chacun compétent pour la gestion d'un risque donné (maladie, retraite, famille). Une caisse nationale unique est chargée d'assurer la compensation nationale des risques gérés par les caisses locales et d'assurer la solvabilité de ces caisses. La gestion de cette institution est confiée aux intéressés eux-mêmes mais n'est pas paritaire au sens strict du terme. Les représentants des salariés sont présents dans les conseils d'administration pour trois quarts, ceux du patronat pour le quart restant. Ces représentants sont dans un premier temps désignés puis issus d'élections, organisées pour la première fois le 24 avril 1947. L'institution est placée sous tutelle de l'État qui décide par ailleurs du niveau des prestations et du montant des cotisations.

La Sécurité sociale couvre les salariés du secteur de l'industrie et du commerce dont le salaire sert de base au calcul de cotisations qui assurent le financement du système. **La contribution sociale fonde ainsi le droit de bénéficier de prestations.**

Après 1945 : l'extension et la généralisation dans la diversité

Tel qu'imaginé par ses concepteurs, le régime général de Sécurité sociale devait accueillir, à terme, l'ensemble de la population active. Cet objectif figure au sein même de l'ordonnance fondatrice de l'institution. Mais très vite, lors de la mise en œuvre du plan, cette volonté suscita de fortes résistances de certaines catégories socio-professionnelles, en particulier de la part des travailleurs non salariés et des salariés des professions à statuts (voir infra). Cette hostilité a fait échec à l'unité de la Sécurité sociale et son extension s'est faite dans la dispersion.
En marge du régime général ont ainsi subsisté des **régimes dits spéciaux**, propres à certaines catégories de salariés (mineurs, cheminots, personnels des industries électriques et gazières). **Des régimes autonomes** ont également été institués à destination des commerçants, entrepreneurs individuels et professions libérales. Enfin, le particularisme des professions agricoles a conduit également à l'émergence de régimes propres pour les salariés et les exploitants concernés.
Parallèlement à cette extension, les pouvoirs publics ont procédé en 1967 à une réforme d'ensemble du régime général qui a touché, pour l'essentiel, à l'organisation et au fonctionnement du régime. Les ordonnances du 21 août 1967 ont ainsi conduit à donner à l'institution son image actuelle. La création de trois caisses nationales (CNAM, CNAV, CNAF) en charge chacune de la gestion des risques couverts (assurance maladie et accidents du travail, vieillesse, famille) doit permettre une meilleure définition des responsabilités. Une agence centrale (ACOSS) fédérant les organismes collecteurs de cotisations (URSSAF) est chargée d'assurer une gestion commune de la trésorerie des différents risques. Les conseils d'administration de l'ensemble des organismes deviennent paritaires et sont composés de membres désignés.
Bien que les premières difficultés financières surviennent dès la fin des années soixante, les trois décennies qui suivent la création de la Sécurité sociale sont marquées par une extension continue de la protection des risques sociaux. La couverture contre les risques est ainsi étendue au plus grand nombre. C'est particulièrement vrai pour la branche famille qui ouvre, en 1978, à l'ensemble de la population résidente, le bénéfice des prestations familiales qui ont été diversifiées. C'est également le cas en ce qui concerne la couverture santé qui s'étend, avec le système de l'assurance personnelle, à toute personne qui cesse d'appartenir à un régime obligatoire d'assurance maladie ou qui ne relève d'aucun régime. Le point d'orgue de cette généralisation n'interviendra que plus tard en 1999 avec la création de la couverture maladie universelle (CMU) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Enfin, en matière de retraite, la loi Boulin du 31 décembre 1971 améliore le niveau des prestations (le taux de remplacement passe de 40 à 50 %) en contrepartie d'une augmentation de la durée d'assurance (de 30 à 37,5 annuités de cotisations). Et l'ordonnance du 26 mars 1982 abaisse de 65 à 60 ans l'âge minimum de départ en retraite.

La Sécurité sociale, de crises en réformes

Dès la seconde moitié des années 1970, les difficultés financières des régimes amènent les gouvernements successifs à prendre des mesures restrictives en vue de rétablir l'équilibre financier des branches de la Sécurité sociale.
Les années 1980 marquent le début des plans de rigueur qui font, quelque trente ans plus tard, encore l'actualité.
Au nombre des réformes qui ont impacté sensiblement la Sécurité sociale, on peut retenir :

- **la création, en 1990, de la CSG** (contribution sociale généralisée), qui traduit la volonté des pouvoirs publics de recourir à de nouvelles ressources répondant à la généralisation de la couverture contre les risques sociaux ;
- **le plan Juppé, en 1996**, qui a procédé à une réforme d'ensemble de la Sécurité sociale, touchant à la fois les prestations, l'aménagement du système de soins, mais aussi l'organisation administrative et le financement, avec l'institution de la loi de financement de la Sécurité sociale et de la CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale) ;
- **les réformes Balladur (loi du 22 juillet 1993) et Fillon (loi du 12 août 2003)** de nos systèmes de retraite qui ont toutes deux durci les conditions d'ouverture de droit à pension ;
- **la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance maladie** qui instaure une nouvelle gouvernance de la branche (création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM), évolution des conseils d'administration en conseils) et qui introduit des mesures de responsabilisation des patients en matière de recours aux soins (participation de 1 euro, médecin traitant…) ;
- **la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites** qui comprend un ensemble de mesures révisant le régime des retraites, dont la principale est de repousser de deux ans de façon progressive l'âge minimum de liquidation de pension (de 60 à 62 ans en 2018) afin d'équilibrer financièrement nos régimes ;
- **la loi du 20 janvier 2014 « garantissant l'avenir et la justice du système de retraites »**, qui augmente progressivement la durée d'assurance requise pour une retraite à taux plein (de 166 à 172 trimestres entre 2020 et 2035) pour réduire le déficit des régimes ;
- **dans le cadre du Pacte de responsabilité** qui entend améliorer la compétitivité des entreprises pour relancer l'emploi, **la loi de financement rectificative de Sécurité sociale pour 2014**, qui abaisse à compter du 1er janvier 2015 la cotisation patronale famille de 5,25 % à 3,45 % applicable aux salariés dont la rémunération n'excède pas 1,6 SMIC. Cette loi étend à l'ensemble des cotisations patronales le principe des allègements généraux sur les salaires inférieurs à 1,6 SMIC.
- **Le PLFSS pour 2018** comporte plusieurs mesures dont les conséquences seront importantes tant sur l'organisation de la Sécurité sociale que son financement :
  - Il supprime le RSI et confie à compter du 1er janvier 2018, la protection sociale des indépendants au régime général dont l'organisation sera révisée pour l'intégrer de façon progressive jusqu'au 1er janvier 2020.

- Il organise en deux temps la suppression des cotisations salariales maladie (0.75 point au 1er janvier 2018) et chômage (1.45 point entre le 1er janvier 2018 et le 30 septembre 2018 puis 0.95 point à compter du 1er octobre 2018). Il réduit la cotisation d'allocations familiales et maladie/maternité des travailleurs indépendants. Il prévoit en contrepartie l'augmentation de 1.7 point du taux de CSG (à l'exception de celui s'appliquant sur les allocations chômage, les indemnités journalières et les pensions des retraités bénéficiant d'un taux réduit de CSG).
- Il prévoit de nouvelles réductions de cotisations patronales en compensation de la suppression du crédit impôt compétitivité emploi (CICE) prévu dans le Projet de loi de finances 2018.

Les notions de « protection sociale » et de « Sécurité sociale »

La Sécurité sociale s'inscrit dans un ensemble plus vaste : celui de la protection sociale qui recouvre la plupart des efforts qui concourent à la couverture des risques et aléas de l'existence. Le champ d'application de la protection sociale s'avère ainsi on ne peut plus large puisqu'il s'étend de l'assistance à l'épargne et à l'assurance en passant par la mutualité et la prévoyance collective.

La Sécurité sociale constitue tout à la fois :

- une technique de couverture des risques et aléas de l'existence caractérisée par son extension à titre obligatoire à l'ensemble de la population ;
- et une institution qui exprime au plus haut degré les exigences du principe de la solidarité entre les membres d'une même collectivité face aux risques et aléas susceptibles d'affecter chacun d'eux.

Les dates clés de la Sécurité sociale

Les premiers régimes de socialisation des risques et la création des assurances sociales

1673. Création du premier « régime de retraite » pour les marins par Colbert.

1831 et 1853. Instauration d'un système de pension de retraite pour les militaires et fonctionnaires.

1881-1889. En Allemagne, création du premier système complet d'assurances sociales à l'initiative de Bismarck.

Le développement de l'assistance publique au cours du 19e siècle

1893. Mise en place d'une assistance médicale gratuite à destination des pauvres.

1898. Loi assurant la protection des salariés de l'industrie et du commerce contre les accidents du travail. Introduction de la notion de responsabilité présumée mais sans faute de l'employeur.

1904. Aide sociale à l'enfance abandonnée.

1905. Assistance aux vieillards infirmes et incurables.

1913. Assistance aux familles nombreuses.

1910. Loi créant le premier système interprofessionnel de retraite au bénéfice des salariés faiblement rémunérés des secteurs industriels et agricoles : les retraites ouvrières et paysannes.

1928 et 1930. Lois créant au bénéfice des salariés du commerce et de l'industrie le premier système complet et obligatoire d'assurances sociales (couverture des risques maladie, maternité, vieillesse, décès).

1932. Loi créant au bénéfice des salariés de l'industrie et du commerce le premier système obligatoire de versement d'allocations couvrant les charges familiales (« sursalaire familial ») financées par des versements des employeurs.

La création de la Sécurité sociale, le plan de 1945

Mars 1944. Le Conseil national de la résistance propose dans son programme la construction d'« un plan complet de Sécurité sociale ».

4 et 19 octobre 1945. Adoption des ordonnances portant création du système de Sécurité sociale.

Les évolutions du système de Sécurité sociale depuis le plan de 1945

Entre 1948 et 1966. Lois instaurant les régimes autonomes d'assurance maladie, maternité et vieillesse des non-salariés (travailleurs indépendants, exploitants agricoles, artisans, professions libérales).

Décret du 12 mai 1960. Les URSSAF (union pour le recouvrement des cotisations de Sécurité sociale) sont rendues obligatoires. La Mutualité sociale agricole (MSA) est créée.

21 août 1967. Réforme Jeanneney : quatre ordonnances réorganisent le régime général de la Sécurité sociale.

3 et 5 juillet 1972 et 27 décembre 1973. Lois rapprochant le niveau des prestations servies par les régimes des commerçants artisans et les régimes d'assurance vieillesse des professions industrielles, commerciales et artisanales du niveau des prestations servies par le régime général.

25 octobre 1972. Loi instituant la protection sociale obligatoire des salariés agricoles contre les accidents du travail.

4 juillet 1975. Loi assurant la généralisation à l'ensemble de la population active de l'assurance vieillesse obligatoire.

1er janvier 1978. Généralisation et universalisation des prestations familiales.

26 mars 1982. Ordonnance abaissant l'âge de la retraite de 65 à 60 ans.

1er décembre 1988. Loi créant le RMI, revenu minimum d'insertion.

29 décembre 1990. Loi créant la CSG, contribution sociale généralisée.

22 juillet 1993. Loi réformant les retraites : augmentation de la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une pension à taux plein pour les salariés du secteur privé de 37,5 à 40 annuités.

25 juillet 1994. Loi consacrant l'existence de 4 branches et leur autonomie financière et érigeant l'ACOSS (Agence centrale des organismes de Sécurité sociale) en caisse nationale à part entière.

1996. Plan de réforme de la Sécurité sociale par l'adoption de trois ordonnances : création de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) dont le produit est affecté à une Caisse spécifique chargée de l'amortissement de la dette sociale (CADES) ; réforme de la constitution de la Ve République pour créer les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) ; et enfin création de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour la branche maladie.

27 juillet 1999. Création de la couverture maladie universelle (CMU).

21 août 2003. Loi portant réforme des retraites, dite loi Fillon, qui fait évoluer de façon progressive la durée d'assurance et harmonise les durées d'assurance entre les différents régimes. Elle introduit également le dispositif « carrières longues ».

13 août 2004. Loi portant réforme de l'Assurance maladie : création du médecin traitant, du dossier médical personnel, réforme de la gouvernance de l'Assurance maladie.

21 juillet 2009. Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST ») qui réforme l'organisation de notre système de soins. Elle acte un principe de complémentarité et de coopération entre les différents acteurs du système de santé notamment via la création des Agences régionales de santé (ARS).

9 novembre 2010. Loi portant réforme des retraites : report de l'âge minimal de départ de 60 à 62 ans et de l'âge du taux plein de 65 à 67 ans.

20 janvier 2014. Loi « garantissant l'avenir et la justice du système de retraites », qui augmente progressivement la durée d'assurance requise pour une retraite à taux plein (de 166 à 172 trimestres entre 2020 et 2035). Elle prévoit notamment en contrepartie la création d'un compte personnel de prévention, une meilleure prise en compte des années d'apprentissage dans le calcul de la retraite ou des périodes de travail effectuées à temps partiel.

En 2014. Le Pacte de responsabilité proposé par le président de la République et formalisé par les partenaires sociaux par un relevé de conclusions (5 mars 2014) prévoit plusieurs mesures d'allègement de cotisations patronales. Cette réduction des ressources pour les branches de la Sécurité sociale, qui doit être compensée en partie par le transfert de recettes fiscales, a généré également des mesures d'économies négociées dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion (COG).

1er janvier 2016 : L'entrée en vigueur de la protection universelle maladie (PUMA) parachève le mouvement d'universalisation du risque maladie. Toutes les personnes (quelle que soit leur nationalité) qui travaillent ou résident en France de manière stable bénéficient de la prise en charge continue des frais de santé par l'Assurance maladie ainsi qu'une plus grande autonomie et continuité dans leurs soins.

L'architecture du système de Sécurité sociale de nos jours

Une mosaïque de régimes

Le système français de Sécurité sociale recouvre une pluralité de régimes regroupant chacun une ou plusieurs catégories socioprofessionnelles. Cette mosaïque est formée principalement :

- des régimes spéciaux qui rassemblent notamment les fonctionnaires de l'État et les salariés des entreprises à statuts (Mines, EDF, SNCF) et qui se caractérisent pour nombre d'entre eux par leur déséquilibre démographique et par voie de conséquence, économique ;

- des régimes des travailleurs indépendants (artisans, commerçants, industriels ou exerçant en libéral) dont les trois principaux ont formé un régime unique appelé le RSI dont la suppression est programmée par le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 (PLFSS). Ce régime n'existera plus à compter du 1er janvier 2020 ;

- du régime des salariés et des exploitants du monde agricole ;

- du régime général qui, conçu initialement pour accueillir l'ensemble de la population active, s'applique aux salariés de l'industrie et du commerce et à compter du 1er janvier 2018 des nouveaux travailleurs indépendants ; il demeure néanmoins le régime de référence.

L'organisation du régime général

Le régime général est le principal régime de Sécurité sociale car il couvre une large partie de la population. Il couvre, outre les salariés, de nombreuses catégories rattachées par la loi au fil des années (VRP, étudiants, travailleurs à domicile…).

Le régime général comprend cinq branches : la branche des assurances maladie-maternité-invalidité, la branche vieillesse, la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles, la branche famille et la branche recouvrement.

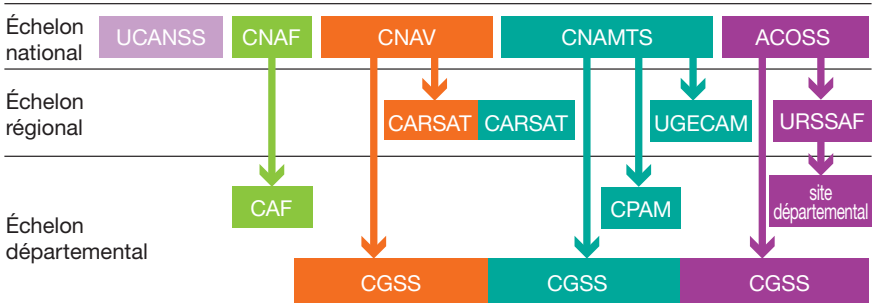
Qu'est-ce qu'une branche ?

La notion de branche est une création juridique assez récente dans l'histoire de notre système de Sécurité sociale. Bien que fréquemment citées comme ayant fait naître les « 4 branches de la Sécurité sociale », les ordonnances de 1967 relatives à l'organisation administrative et financière de la Sécurité sociale posent un principe de séparation des risques mais n'y font pas mention.

La notion de branche apparaît plus tard dans la loi du 25 juillet 1994 relative à la Sécurité sociale qui consacre l'autonomie financière des branches que les ordonnances de 1967 n'avaient finalement pas permis d'atteindre. L'article L. 200-2 du code de la Sécurité sociale est très clair : le régime général comprend quatre branches : maladie, maternité, invalidité et décès ; accidents du travail et maladies professionnelles ; vieillesse ; famille. **À noter !** Ce texte ne correspond plus à la réalité des faits puisque le recouvrement est considéré comme une branche à part entière depuis 1996.

En réalité, la branche renvoie à une organisation non seulement administrative mais aussi financière. La réforme Juppé de 1996, qui introduit les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS), consacre la connotation financière de la notion de branche. À la faveur de cette réforme, la branche devient le cadre de la fixation, par le Parlement, des objectifs de dépenses et ce, au-delà des frontières socioprofessionnelles (les LFSS fixent des objectifs de dépenses et de recettes par branche pour le régime général mais aussi pour l'ensemble des régimes obligatoires de base).

Le schéma issu des ordonnances de 1967 n'a été que peu modifié depuis cette époque où l'on est passé d'une organisation pyramidale à une organisation « en peigne » sur trois niveaux.



Au niveau national, la gestion du régime général repose sur cinq organismes nationaux (CNAMTS, CNAF, CNAVTS, ACOSS, UCANSS) issus de la scission, en 1967, de la Caisse nationale de Sécurité sociale, et qui se sont constitués en têtes de réseau. Particularité notable, la branche accidents de travail et maladies professionnelles n'est pas dotée d'une caisse nationale. Le pilotage des caisses installées sur l'ensemble du territoire est assuré par une direction spécifique au sein de la CNAMTS, la direction des risques professionnels et une commission, émanation du conseil de la CNAMTS, appelée commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CATMP).

L'échelon régional qui auparavant ne concernait que les branches vieillesse et AT/MP s'est enrichi avec la création de 22 URSSAF régionales installées en trois vagues successives entre 2012 et 2014.
On trouve également à ce niveau 15 CARSAT (Caisses régionales d'assurance retraite et de la santé au travail) qui ont remplacé les CRAM depuis le 1er juillet 2010 à l'exception de l'Île-de-France où demeure une CRAMIF, puisque le versement des prestations de retraite pour la population concernée est assuré par la CNAV.
D'implantation régionale également, 13 UGECAM (Unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie) gèrent 255 établissements de santé adhérents. Elles sont pilotées au niveau de la CNAMTS.

Au niveau départemental ou plus rarement infra-départemental, le régime général repose sur 101 CPAM, 91 sites départementaux d'URSSAF, 1 URSSAF pour les deux départements de la Corse, 102 CAF, 4 CGSS dans les DOM, 1 caisse de Sécurité sociale à Mayotte, et 1 caisse commune en Lozère.

Comme cela a été vu précédemment, les organismes du régime général de Sécurité sociale sont organisés en quatre branches : la famille, la maladie, le recouvrement, la retraite. Les réseaux d'organismes dépendent de leur caisse nationale respective en matière d'orientation stratégique de leur branche et des moyens y afférant. Par contre, le cadre légal de la gestion des ressources humaines de l'ensemble des organismes est régi par les trois conventions collectives du régime général (employés et cadres, agents de direction, praticiens-conseils). Ces conventions font l'objet d'un dialogue social national se déroulant sous l'égide de l'Union des Caisses nationales de Sécurité Sociale (UCANSS) instituée en 1969. L'UCANSS assume des missions d'intérêt commun aux organismes telles que le conseil en droit institutionnel, la mise en place d'une offre de formation institutionnelle, la gestion des carrières des agents de direction, l'accompagnement dans les opérations immobilières, une offre de mutualisation des achats, la coordination des archives historiques, etc.

Gouvernance

La gouvernance de l'UCANSS est assurée par un **COR** (conseil d'orientation) et un **COMEX** (comité exécutif).

Le COR

Le COR est composé :
- d'une part, des représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés et en nombre égal des représentants d'employeurs désignés par des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;
- d'autre part, du président et du vice-président des caisses nationales.

Il est actuellement présidé par Jean-Eudes Tesson, président de l'ACOSS.
Les membres du COR sont désignés pour une durée de cinq ans (art. L. 224-5-1 C. séc. soc.).
Le COR a été renouvelé le 29 mars 2012.

Le COR a pour missions de :
- définir les orientations RH du régime général de la Sécurité sociale ;
- arrêter le programme de négociation collective ;
- approuver le budget de gestion administrative sur proposition du COMEX ;
- donner son avis sur le rapport d'activité de l'UCANSS ;
- adopter et modifier les statuts de l'UCANSS ;
- nommer le directeur, l'agent comptable et le directeur adjoint de l'UCANSS, sur proposition du COMEX.

Le COMEX

Le COMEX est composé des 4 directeurs des 4 caisses nationales ainsi que de 4 directeurs d'organismes locaux.

Le COMEX a notamment pour mission de :
- attribuer mandat au directeur de l'UCANSS ;
- élaborer le budget ;
- proposer au COR la nomination du directeur, du directeur adjoint et de l'agent comptable ;
- élaborer le programme de la négociation collective ;
- mettre en place une instance nationale de concertation.

Le dialogue social à l'UCANSS : la fédération CFTC Protection sociale et emploi défend les personnels des organismes de Sécurité sociale

Le dialogue social à l'UCANSS se déroule au sein de différentes instances paritaires : les réunions paritaires nationales (RPN) et les instances nationales de concertation (INC). Les RPN sont le lieu de négociation. Tout avenant ou nouvel accord d'une des trois conventions collectives du régime y sont discutés. Arrêté par le COR et validé par le COMEX, le programme de négociation est triennal. Les INC sont « le lieu d'information, d'échanges et de consultation des partenaires sociaux sur les questions institutionnelles ayant un impact sur l'organisation du travail et l'emploi dans les organismes du régime général » (article 1er du protocole d'accord du 31 mars 2010). Les INC sont organisées de manière thématique, une par branche (maladie, famille, retraite, recouvrement).

Cas particulier : les organismes locaux multi-branches

Les caisses d'outre-mer

Dans chacun des quatre départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion existe une **Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS)**.
La dénomination de ces organismes, qui ont été mis en place peu après les ordonnances de 1945, illustre leur particularité. En effet, les CGSS gèrent, dans les départements d'outre-mer, l'ensemble des risques, à l'exception du risque famille dont la gestion a été confiée depuis 1971 à des CAF (Caisse d'allocations familiales) comme en métropole.
Autre distinction, elles se voient déléguer la gestion des salariés agricoles qui relèvent en métropole de caisses spécifiques, les caisses de la MSA (Mutualité sociale Agricole).
Les CGSS exercent également les missions dévolues aux URSSAF (Unions pour le recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales) et aux MSA en ce qui concerne le recouvrement des contributions et cotisations sociales.
Ces Caisses sont administrées par un conseil d'administration de 25 membres dont le fonctionnement est semblable à celui de tout organisme de base.

La Sécurité sociale à Mayotte

À Mayotte, le régime de Sécurité sociale mis en place en avril 2004 (ordonnance du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale) a permis l'introduction de l'Assurance maladie dans les mêmes conditions que le régime de base de Sécurité sociale de métropole.
En parallèle d'une CAF qui sert les prestations familiales sur le territoire mahorais depuis 2002, la caisse de Sécurité sociale de Mayotte (CSSM) gère les remboursements des frais de soins.

La Caisse commune de la Lozère

La Caisse commune de Sécurité Sociale de la Lozère (CCSSL) est de création beaucoup plus récente puisqu'elle date du 1er janvier 2009. Sa mise en place poursuit un objectif de maintien du service public de Sécurité sociale dans un département touché par la désertification rurale. Le bilan positif d'une phase d'expérimentation de 5 ans a conduit à la pérennisation de cette caisse commune désormais constituée de manière définitive.
Sa création a supposé la dissolution préalable des conseils et conseils d'administration des organismes concernés et le regroupement de leurs services en un même lieu au moyen d'un projet immobilier commun.
Organisme multi-branches, la CCSSL gère les missions d'une CAF, d'une CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie) et d'un site départemental d'URSSAF et se présente ainsi comme un guichet unique du régime général.
Sa gouvernance est définie sur la base du schéma retenu pour les organismes de la branche maladie du régime général dans la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Elle est dotée d'un conseil et d'un directeur. Le conseil comprend les différentes tendances aujourd'hui représentées dans les conseils et conseils d'administration des CPAM, CAF et URSSAF.

Une gouvernance paritaire marquée par une forte présence de l'État

L'une des caractéristiques principales de notre système de Sécurité sociale à sa création est sa gestion par les intéressés eux-mêmes. Le mode de gouvernance instauré en 1945 était un paritarisme partiel avec un poids prédominant accordé aux représentants des salariés par rapport aux représentants patronaux. Cette gestion paritaire modifiée en 1967 pour assurer un rééquilibrage entre syndicat et patronat (paritarisme intégral) s'exerce au sein de conseils d'administration.

Dans les faits, cette gestion s'est exercée dès le départ sous la tutelle et le contrôle des pouvoirs publics.

Traduction de l'interventionnisme étatique : la tutelle et le contrôle des conseils

Les organismes de Sécurité sociale sont soumis, dans leur fonctionnement quotidien, à la tutelle et au contrôle des pouvoirs publics.
À chaque organisme de gestion (national, régional, local) correspond une autorité de tutelle de même niveau.
À noter ! L'exercice de la tutelle et du contrôle au plan régional, inchangé dans son principe, a été modifié suite à la réorganisation des services de l'État intervenue au 1er janvier 2010 **(détaillé ci-après)**.

Le Code de la Sécurité sociale distingue la **tutelle** qui signifie que l'administration peut influer a priori sur les décisions prises en exerçant un pouvoir de suspension ou d'annulation (art. L. 151-1 C. séc. soc.) du **contrôle** a posteriori qui se traduit par des enquêtes et vérifications afin d'évaluer les résultats obtenus par les organismes de Sécurité sociale (art. L. 153-10 C. séc. soc.).

Attention ! La tutelle de l'État ne doit pas être confondue avec les mécanismes de contrôle interne à chaque branche qui reposent, depuis la réforme de 1967, sur les pouvoirs dévolus aux caisses nationales pour la gestion des risques. En effet, les caisses nationales ont pour principal rôle de maintenir l'équilibre financier de la branche qui les concerne.

L'exercice classique de la tutelle

Les autorités de tutelle

Sur le plan national, la tutelle incombe, principalement, au(x) ministère(s) chargé(s) de la Sécurité sociale. Le ministre du Budget intervient également chaque fois que les questions abordées ont un caractère financier. Ces ministres sont assistés respectivement par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et la Cour des comptes.

Sur le plan local, depuis le 1er janvier 2010, la Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de Sécurité sociale (MNC) se substitue au préfet de région et par voie de conséquence, aux DRASS, pour contrôler et évaluer l'activité, le fonctionnement et l'organisation des organismes locaux de Sécurité sociale. Elle comprend une cellule nationale implantée dans les locaux de la direction de la Sécurité sociale ainsi que neuf antennes interrégionales implantées dans les locaux des DRJSCS (Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale). Ces antennes ont une compétence interrégionale (voir liste et coordonnées en annexe).

Le champ de la tutelle

La tutelle sur les actes s'exerce sur :

- les décisions des Caisses régionales pour la retraite et la santé au travail (CARSAT), Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), Caisses d'allocations familiales (CAF), Unions pour le recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et Caisses générales de Sécurité sociale (CGSS) ;
- les décisions des unions et fédérations constituées par certains de ces organismes ;
- les décisions prises par le directeur agissant par délégation du conseil et les décisions prises par les commissions réglementaires du conseil ayant reçu délégation de pouvoir (art. R. 151-3 C. séc. soc.) ;
- les décisions prises par les directeurs pour l'administration du personnel ainsi que la fixation des conditions générales de travail du personnel (art. D. 281-1 C. séc. soc.).

Spécificité de la CNAM-TS !
Certains actes du directeur général de la CNAM-TS (la liste est prévue par un arrêté des ministres concernés) doivent être communiqués sous 10 jours aux ministres chargés de la Sécurité sociale et du Budget. Dans un délai de 15 jours (à compter du jour de réception), ces ministres peuvent, par décision motivée, faire connaître leur opposition à la mise en œuvre, si ces actes comportent des décisions non conformes aux lois et règlements en vigueur ainsi qu'à la Convention d'objectifs et de gestion (art. R. 221-12 C. séc. soc.).

À noter ! La tutelle s'exerce aussi sur les personnes.
Sur les personnes, elle correspond aux décisions de l'administration relatives aux administrateurs et aux agents de direction des organismes lors d'incompatibilités, de dysfonctionnements ou d'irrégularités. Elle peut conduire à la démission d'office d'un administrateur, à la suspension ou la dissolution du conseil d'administration.

Les différentes formes d'exercice de la tutelle

Le contrôle de légalité

La forme d'intervention la plus classique de l'autorité de tutelle est le contrôle de la légalité. En effet, les décisions mentionnées ci-dessus doivent être communiquées immédiatement au directeur de la Mission nationale de contrôle (MNC) qui peut, dans les huit jours, soit en prononcer l'annulation, soit en suspendre l'exécution s'il les estime contraires aux différents textes législatifs et réglementaires applicables.

Le contrôle de l'opportunité financière

Le directeur de la MNC contrôle également l'opportunité financière des décisions ayant un impact financier. Lorsqu'une décision paraît avoir des conséquences directes ou indirectes peu souhaitables sur l'équilibre financier des risques, le directeur de la MNC saisit la caisse nationale compétente. La mesure de suspension demeure en vigueur jusqu'à ce que cette dernière se prononce explicitement et que sa délibération devienne définitive.

L'approbation des budgets et le contrôle des dépassements

Les budgets établis par les CPAM, les CARSAT, les CAF et les URSSAF sont soumis à l'approbation de leur organisme national de rattachement. En effet, la loi du 25 juillet 1994 a allégé la tutelle de l'État et transmis ce pouvoir d'approbation budgétaire aux caisses nationales.

À noter ! L'organisme national est compétent pour approuver les budgets **non votés** au 1er janvier et l'inscription d'office des crédits nécessaires au paiement des dépenses obligatoires. L'organisme national a le pouvoir de se substituer, en cas de carence, au directeur ou au conseil d'un organisme de base du régime général pour ordonner l'exécution d'une dépense ou le recouvrement d'une recette lorsqu'ils ont un caractère obligatoire. En dernier ressort, l'État peut ordonner lui-même ces mesures en cas de carence de l'organisme national.

Le contrôle a posteriori et l'évaluation par l'État

En contrepartie de l'allègement de la tutelle a priori de l'État, la loi du 25 juillet 1994 a instauré un nouveau mode d'intervention de la tutelle des organismes de Sécurité sociale : le contrôle a posteriori. Dans ce cadre, la tutelle a pour rôle d'évaluer les résultats des organismes en fonction de leurs objectifs (art. L. 153-10 C. séc. soc.).
La création de la Mission nationale de contrôle (MNC) doit contribuer à la modernisation de l'exercice de ce contrôle. Son champ d'intervention est ainsi élargi aux audits de process et de chaînes d'opérations. La MNC pourra réaliser des contrôles ciblés de ces organismes à la demande de la Cour des comptes et des enquêtes non programmées, diligentées suite à des dysfonctionnements ou des problèmes ponctuels dans ces organismes.

À noter ! La MNC assure, pour le compte des préfets de région, les préparations des conseils et conseils d'administration, notamment la vérification de la situation des administrateurs au regard des incompatibilités posées par l'article L. 213-6 du Code de la Sécurité sociale (voir p. 31 les conditions de désignation).

Effets et sanctions du droit de tutelle

L'annulation a pour effet de supprimer la décision qui est réputée ne jamais avoir existé. La décision du ministre portant annulation d'une décision prise par le conseil ou le directeur d'une caisse est susceptible d'un recours pour excès de pouvoir devant le tribunal administratif.

Les COG, une autre forme d'intervention de la tutelle

Depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 prise dans le cadre de la réforme Juppé, les relations entre l'État et les organismes de Sécurité sociale reposent sur un dispositif contractuel formalisé par la conclusion de Conventions d'objectifs et de gestion déclinées en contrats pluriannuels de gestion (développé ci-après). Les services de l'État interviennent en amont pour définir contractuellement avec les caisses nationales les objectifs et les moyens budgétaires de la période couverte par la convention et en aval pour évaluer le respect des engagements souscrits. Les COG apparaissent dès lors comme une autre forme d'intervention de la tutelle.

Principes, démarches de préparation et de mise en œuvre

Les Conventions d'objectifs et de gestion (COG) ont pour but de formaliser dans un document de nature contractuel la délégation de gestion du service public de Sécurité sociale aux organismes gestionnaires.
Ces conventions sont signées par le président et le directeur de la caisse nationale (sur la base d'un mandat du conseil d'administration) et par les ministres de tutelle. Elles sont ensuite déclinées en contrats pluriannuels de gestion (CPG) entre la caisse nationale et les organismes de son réseau. Ces CPG sont signés pour le compte de chaque organisme national par le président du conseil et le directeur, et, pour le compte des organismes locaux, par le président du conseil et le directeur de l'organisme concerné (sur la base d'un mandat de leur conseil).

Les principes

- Associer étroitement l'organisme et le réseau.
- Faire converger les contributions des acteurs politiques et administratifs.
- Donner à chaque conseil ou conseil d'administration l'occasion de s'exprimer sur le bilan du CPG de l'organisme et sur les enjeux forts de la prochaine COG.
- Intégrer les apports du conseil de surveillance.
- Identifier et approfondir les grands enjeux politiques, sans trop figer les choses pour garder des marges d'ajustement avec l'État.
- Privilégier une démarche stratégique centrée sur les priorités et prendre en compte la dimension opérationnelle et les moyens correspondants à l'ambition.
- Conserver les acquis de la précédente COG, lorsqu'il n'y a pas de raison d'en changer.

La négociation d'une COG en 4 étapes

1 Existant et diagnostic

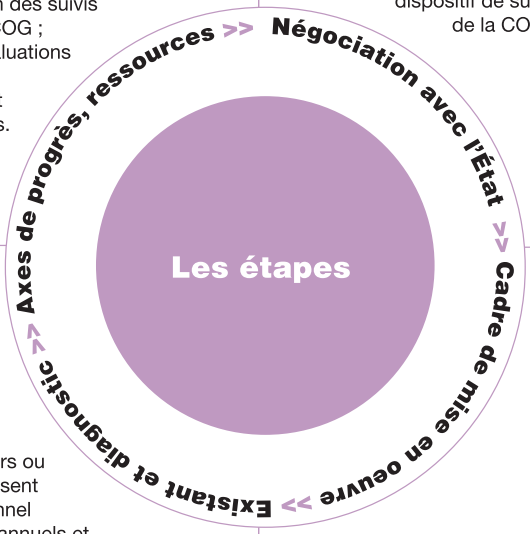
Pour cette réflexion les administrateurs ou les conseillers ont à disposition :

- la synthèse des bilans des contrats pluriannuels ;
- la synthèse des axes de progrès proposés par les caisses en gestion administrative ainsi qu'en gestion sociale ;
- la consolidation des suivis annuels de la COG ;
- le bilan des évaluations réalisées sur le fonctionnement des organismes.

2 Axes de progrès, ressources

Ils résultent du diagnostic et de l'approfondissement des principaux dossiers correspondants.

Les administrateurs ou conseillers devront se positionner sur les objectifs de la branche, l'évolution et la gestion des moyens, le dispositif de suivi et d'évaluation de la COG et des contrats pluriannuels.



3 Cadre de mise en œuvre

Les administrateurs ou conseillers définissent le cadre institutionnel des contrats pluriannuels et organisent les actions de communication institutionnelles.

Les services des organismes, les directeurs et le président du CA doivent mettre en place l'examen et la validation des contrats.

4 Négociation avec l'État

Les administrateurs ou conseillers doivent prendre connaissance des préoccupations des pouvoirs publics et rechercher les ajustements nécessaires pour parvenir à un accord.

La signature de la Convention d'objectifs et de gestion : quel intérêt pour un administrateur ?

L'occasion de repréciser les politiques

L'opportunité de porter un regard global sur la **qualité du service rendu par la caisse** :
> Quels sont les résultats actuels ?
> Quels sont les points forts et les points faibles ?
> Quelles sont les propositions de la direction et du conseil d'administration ou du conseil pour progresser ?

L'opportunité de porter un regard d'ensemble sur **les résultats de l'action sociale** :
> Quelle est l'évolution des besoins ?
> Quelle est l'efficacité des actions engagées ?
> Quels sont les inflexions, les changements nécessaires ?

À noter !
Les actions d'organisation et de gestion du personnel nécessaires à la concrétisation des objectifs sont de la seule responsabilité du directeur.

L'occasion de renforcer les politiques

Cohérence entre les enjeux locaux et nationaux : une politique qui tient compte du contexte local en référence à une politique institutionnelle.

Cohérence et cohésion au sein du conseil : un temps d'échange, d'écoute, de réflexion pour clarifier le parcours et renforcer les compréhensions.

Cohérence entre le conseil et la direction sur les grands objectifs politiques.

La signature de la Convention d'objectifs et de gestion : quel intérêt pour un administrateur ?

L'occasion de renforcer des valeurs de progrès

L'intervention des conseillers ou administrateurs est l'occasion de **positionner la réflexion sur les finalités**.

L'intervention des administrateurs ou conseillers est l'occasion d'**ouvrir de nouveaux dossiers**.

L'intervention des administrateurs ou conseillers est l'occasion d'**associer plus largement les acteurs concernés**.

L'intervention des administrateurs ou conseillers est l'occasion de **donner plus de légitimité aux objectifs de l'organisme**.

L'intervention des administrateurs ou conseillers est l'occasion de **fixer le cadre de suivi des résultats**.

L'occasion d'un autre rapport avec la tutelle

La notion de contrat, de négociation **renouvelle les formes classiques d'exercice de la tutelle**.

La notion de pluri-annualité des objectifs, associée à des règles d'évolution et de gestion des ressources, **donne de la lisibilité aux acteurs**.

La notion d'évaluation externe marque l'**obligation de rendre compte des résultats du service public**.

Les contrôles spécialisés

En plus du contrôle exercé par les services administratifs de tutelle, le contrôle de la gestion financière incombe à d'autres organismes spécialisés parmi lesquels on trouve la Cour des comptes ou les services déconcentrés du ministère chargé des Finances.

Les procédures de contrôle et de certification des comptes

La procédure de certification des comptes, mise en place depuis 2007, a modifié l'organisation et la responsabilité en matière comptable. Jusqu'à la mise en place de cette procédure, les comptes annuels des organismes de Sécurité sociale étaient vérifiés par les Comités régionaux d'examen des comptes (COREC), sous la surveillance de la Cour des comptes. Désormais, les agents comptables des organismes de base de Sécurité sociale transmettent, à fin de validation, les comptes annuels qu'ils ont établis aux agents comptables des organismes nationaux chargés de leur centralisation selon un calendrier fixé par ces derniers (art. D. 114-4-2 C. séc. soc.).
La validation, effectuée par l'agent comptable de l'organisme national, consiste à attester que les comptes annuels des organismes locaux sont réguliers, sincères et donnent une image fidèle de leur résultat, de leur situation financière et de leur patrimoine. Ce contrôle est effectué selon des modalités fixées par un référentiel de validation des comptes commun à tous les organismes nationaux et dont les principes ont été validés par un arrêté ministériel.
Les comptes annuels de l'ensemble des organismes de base ainsi validés sont centralisés par l'agent comptable de l'organisme national concerné pour présentation aux commissaires aux comptes en vue de leur certification.
Ces comptes sont transmis, accompagnés du rapport du commissaire aux comptes, aux autorités administratives compétentes et, pour information, à la Cour des comptes.
Les agents comptables des organismes à compétence nationale établissent les comptes annuels de leur organisme. Ceux-ci sont visés par le directeur de l'organisme national et transmis à la mission comptable permanente qui les diffuse au ministre chargé de la Sécurité sociale et à la Cour des comptes.

Un recours préalable en commission de recours amiable (CRA) obligatoire

Toute réclamation contre une décision prise par un organisme de Sécurité sociale et relevant du contentieux général doit faire l'objet d'un recours amiable devant la commission compétente **(sur ce point, se reporter aux commissions de recours amiable dans la partie « Attributions du conseil » pour chacune des branches concernées)**. Par conséquent aucun recours devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS) n'est recevable si la CRA n'a pas été saisie préalablement.
À noter ! Des exceptions existent à ce principe, notamment les contestations relatives à l'attribution ou au montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou la prise en charge du coût des accidents du travail et maladies professionnelles. Dans ces cas, le TASS peut être saisi directement.

La saisine du tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS)

Attention ! La loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du 21e siècle réforme le contentieux social en fusionnant les tribunaux des affaires de la sécurité sociale (TASS) et les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) au sein d'un pôle social des tribunaux de grande instance. Les TASS et TCI ont donc vocation à disparaître. Un décret en Conseil d'État doit déterminer les conditions d'application de ces dispositions.

Pour contester la décision de la CRA, il faut saisir le TASS.

Composition du TASS

Le TASS est présidé par un magistrat du tribunal de grande instance. Il comprend dans sa formation normale deux assesseurs représentant respectivement les salariés et les employeurs. Ces derniers sont désignés pour trois ans par le premier président de la cour d'appel après avis du président du TASS sur une liste dressée par le représentant de la MNC (Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de Sécurité sociale). Au sein de la CFTC, ce sont les structures géographiques qui établissent une proposition de désignation auprès du TASS. Concrètement, les UR demandent aux UD de proposer des candidats et adressent la liste des candidats concernés au TASS.
À noter ! Les membres des conseils et conseils d'administration ne peuvent être désignés assesseurs.

Champ de compétence du TASS

• Compétence d'attribution
Le TASS traite les litiges auxquels donne lieu l'application des législations et réglementations de Sécurité sociale qui ne relèvent pas, par leur nature, d'un autre contentieux.
À titre d'exemple, on peut citer : l'affiliation et l'immatriculation aux régimes de Sécurité sociale, les droits, calculs et montant de prestations, l'assiette des cotisations, le recouvrement des prestations indûment versées…

À noter ! Les contestations relatives aux régimes complémentaires aux régimes de Sécurité sociale relèvent de la compétence des tribunaux civils et non du TASS.

• Compétence territoriale
Le tribunal compétent est celui dans le ressort duquel se trouve le domicile du bénéficiaire ou l'employeur de l'intéressé.

Quelques principes généraux liés à la procédure contentieuse

Gratuité de la procédure
Devant les juridictions de la Sécurité sociale, la procédure est sans frais.
Les parties au litige sont éligibles dans les conditions requises habituellement à l'aide juridictionnelle et à l'aide à l'accès au droit.

Représentation
Sauf exceptions, les parties sont dispensées de se faire représenter par un avocat à la cour et peuvent donc comparaître personnellement devant le TCI ou le TASS.
À noter ! En qualité d'administrateur de l'organisme partie à l'instance, vous pouvez représenter ou assister un salarié devant les juridictions de la Sécurité sociale.

Délais
Le TASS est saisi par simple requête déposée ou adressée par lettre recommandée au secrétariat dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision de la CRA, soit à l'issue de l'expiration d'un délai d'un mois au-delà duquel le silence de la CRA vaut rejet.

La désignation et le statut du mandaté

La désignation et le statut du mandaté

Conditions de désignation et incompatibilités

Pour être membre d'un conseil d'administration ou conseil d'un organisme de Sécurité sociale, il faut remplir un certain nombre de conditions :

- être âgé de 18 ans à 65 ans au plus à la date d'effet de l'arrêté de nomination de l'autorité de tutelle (désignation possible jusqu'à la veille du 66e anniversaire ;
- ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation à une peine correctionnelle ou , dans les 5 années précédant la date de la nomination, à une peine contraventionnelle prononcée en application des dispositions du Code de la Sécurité sociale (fraudes, fausses déclarations etc.) ;
- ne pas avoir encouru l'une des condamnations mentionnées à l'article L. 6 du Code électoral qui concernent les divers cas d'incapacité électorale ;
- ne pas être un membre du personnel des organismes du régime général de Sécurité sociale, ni un agent exerçant ou ayant cessé d'exercer depuis moins de 5 ans des fonctions de contrôle ou de tutelle sur l'organisme concerné.

À noter !

- La liste des incompatibilités (art. L. 231-6 et L. 231-6-1 C. séc. soc.) figure au verso de l'attestation sur l'honneur remise à la personne pour sa désignation en tant qu'administrateur. En signant cette fiche, la personne atteste sur l'honneur ne pas tomber sous le coup de ces incompatibilités.
- Aucune condition de nationalité ni de résidence n'est imposée au candidat.
- Il n'est pas exigé d'être assuré social ou allocataire du régime général de Sécurité sociale.

Procédure de désignation

Les unions départementales (UD) soumettent à l'accord de la Confédération (via le CRR et l'UR) une liste de candidats à la fonction d'administrateurs.
Pour que la candidature soit valable, un dossier complet doit être envoyé à la Confédération.
1 - liste des documents de l'UD :

- extrait du procès-verbal de l'UD actant les candidatures des administrateurs locaux, titulaires et suppléants ;
- une fiche individuelle de renseignements ainsi qu'une attestation sur l'honneur, remplies et signées par chaque candidat ;

2 - liste des documents de l'UR :

- extrait du procès-verbal de l'UR qui valide la désignation ;
- un contrat de mandatement, qui engage notamment le mandaté à rendre compte du travail au conseil de la structure qui l'a désigné.

3- La Confédération entérine ensuite les candidatures, puis envoie le dossier complet à l'antenne de la Mission nationale de contrôle compétent pour validation et transmission à l'autorité de tutelle compétente.
Dès réception de l'ampliation (double authentique d'un acte officiel qui constitue un second original) de l'arrêté de nomination, la Confédération met à jour le fichier des mandatés et informe la structure désignatrice ainsi que l'intéressé.

Durée du mandat

L'administrateur de Sécurité sociale sera désormais nommé pour 4 ans, à compter du 01/01/2018 (art. D. 231-0 C. séc. soc.). Le mandat est renouvelable sans limitation.

Le mandat peut prendre fin avant l'expiration des 4 ans suite à une démission, un décès ou une déchéance de mandat.

Démission de l'administrateur

L'administrateur peut démissionner. Il envoie une lettre de démission à l'UD et à la Confédération.

Retrait du mandat par la Confédération

Sur demande du conseil de l'UD et/ou décision de la Confédération, l'administrateur peut se voir retirer son mandat.

Remplacement de l'administrateur

En cas de démission, décès ou révocation, il est procédé au remplacement de l'administrateur dès que possible pour la durée du mandat qui reste à courir.
Si le siège vacant est celui du titulaire, il peut être comblé soit par un nouvel administrateur mandaté, soit par le suppléant déjà en place (auquel cas il faudra remplacer aussi ce suppléant). Dans tous les cas, la procédure initiale est appliquée avec l'établissement du dossier complet.

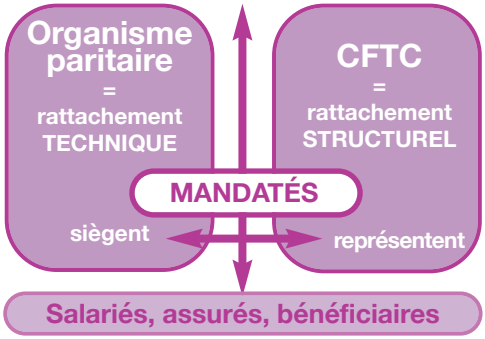
Cas particulier : dissolution du conseil d'administration

Conformément à l'article L. 281-3 du Code de la Sécurité sociale, le ministre chargé de la Sécurité sociale peut prononcer la dissolution (ou la suspension) du conseil d'administration s'il constate des irrégularités graves, une mauvaise gestion ou encore une carence de celui-ci.

Si la dissolution a lieu au cours des 4 premières années suivant sa mise en place, il est procédé à de nouvelles désignations pour la durée du mandat restant à courir jusqu'au prochain renouvellement de l'ensemble des conseils d'administration (art. L. 231- 4 C. séc. soc.).

Mandatés CFTC, acteurs au cœur de la mécanique paritaire

Le mandaté représente la CFTC dans l'organisme de Sécurité sociale où il siège. Il est donc rattaché à la fois au mouvement CFTC et à la branche de la Sécurité sociale concernée.



Cette double casquette du mandaté CFTC implique que son action ne se limite pas au cadre de l'organisme paritaire : il est également au service du mouvement CFTC dans son ensemble.

Le mandaté CFTC est ainsi amené à effectuer diverses missions :

- Il **contribue à la construction du discours CFTC** national et local.
  Grâce à ses connaissances et à son expérience, il devient force de proposition sur les politiques sociales et les évolutions souhaitables dans le domaine qui le concerne.
- Il **représente et porte le discours CFTC** dans l'organisme paritaire.
  C'est un ambassadeur de la CFTC qui transmet les positionnements confédéraux.
- Il **représente les assurés et agit en défense des intérêts des salariés**.
- Il **oriente et contrôle l'activité de l'organisme paritaire**, garantissant sa bonne gouvernance.
- Il joue un **rôle d'information, conseil et soutien auprès des adhérents CFTC, notamment dans sa structure géographique**.

> **Un rôle auprès des adhérents : en quoi consiste cette mission ?**
> En siégeant dans l'organisme paritaire, le mandaté CFTC acquiert des connaissances spécifiques sur cet organisme et son fonctionnement, des compétences utiles à l'ensemble du mouvement.
> Par des permanences au sein de la structure CFTC locale, en examinant les dossiers d'adhérents CFTC en difficulté, il contribue à l'essor de la CFTC.
> En retour, le contact avec les militants CFTC ayant recours à l'organisme lui permet de proposer des positionnements aux instances décisionnelles de la CFTC, et donc d'être porteur d'un message plus fort dans l'organisme où il siège.
> Il est fortement recommandé aux administrateurs CFTC de prendre contact avec la section syndicale CFTC de l'organisme, soit directement, soit via la fédération PSE.

- Afin d'effectuer son mandat dans des conditions optimales, il intègre son rôle, se forme et **prend conscience de sa fonction**.

Les obligations du mandaté

En raison des décisions qu'ils doivent prendre, du contenu des documents dont ils ont connaissance et pour le bon déroulement du conseil d'administration, les administrateurs et conseillers sont soumis à plusieurs obligations dont le non-respect est sanctionné. Ces sanctions sont d'ordre administratif ou pénal en fonction de l'obligation transgressée.

Le devoir de réserve et le secret professionnel

Les administrateurs doivent dans l'exercice de leur mandat se conformer à l'obligation de réserve qui s'impose à toute personne participant à la gestion d'un service public.
Toute discussion politique, religieuse ou étrangère aux buts de la caisse est interdite dans les réunions du conseil d'administration ou des ses commissions.
Ce devoir de réserve leur impose également de **ne pas divulguer les délibérations du conseil d'administration.**
En revanche, les renseignements relatifs au fonctionnement général de l'organisme, et notamment à sa situation financière n'ont pas de caractère confidentiel.

Le secret professionnel couvre, lui, tous les faits qui sont connus des administrateurs en raison de leur fonction et qui sont relatifs à la situation médicale ou sociale des personnes.
Ce peut être par exemple les indications concernant l'état de santé, l'état civil, la situation financière, le domicile, les coordonnées bancaires, les coordonnées de l'employeur, les renseignements relatifs aux cotisations dues par les employeurs…
Cette liste n'est pas limitative et c'est la jurisprudence des tribunaux qui dessine progressivement les contours de la définition de l'information à caractère secret.
Cette règle ne souffre que de dérogations limitatives et qui doivent être prévues par un texte spécifique. Par ailleurs, ces renseignements peuvent être communiqués dans les cas où les intéressés y ont expressément consenti.

Sanctions

Le non-respect de cette obligation (devoir de réserve et secret professionnel) est sanctionné pénalement par une **peine d'emprisonnement** et une **amende** de 15 000 euros (art. 226-13 C. pén.).

La personne victime de la divulgation peut en outre obtenir des **dommages-intérêts** dans le cadre d'une action en **responsabilité civile**.

La responsabilité de la gestion de l'organisme

Véritable gestionnaire de l'organisme, le conseil d'administration, mais également les administrateurs et conseillers pris individuellement, sont responsables du bon fonctionnement de celui-ci.

Sanctions

En cas d'irrégularités graves, de mauvaise gestion ou de carence du conseil d'administration d'un organisme local, le ministre chargé de la Sécurité sociale peut prononcer **la suspension ou la dissolution du conseil d'administration ainsi que la révocation d'un ou plusieurs administrateurs**, s'il est constaté que les irrégularités graves ou la mauvaise gestion de l'organisme leur sont imputables.

Le ministre chargé de la Sécurité sociale a considéré qu'il faut entendre par « **irrégularités graves** » et « **mauvaise gestion** » tout acte administratif qui constitue une violation d'un texte législatif ou réglementaire ou qui est de nature à porter un préjudice moral ou matériel aux intérêts dont la caisse a la charge (réponse à une question écrite publiée au Journal officiel (JO), débats à l'Assemblée nationale du 11 avril 1957).

Avant de prendre une décision de révocation, le ministre recueille l'avis du conseil d'administration dans lequel siège l'administrateur intéressé. Celui-ci ne pourra être nommé à ces mêmes fonctions pendant une durée de 4 ans à dater de l'arrêté de révocation (art. L. 231-5 C. séc. soc.).

Des **sanctions pénales** sont également prévues en cas de fraude ou fausse déclaration dans l'encaissement ou dans la gestion (art. L. 272-1 C. séc. soc.).

Les membres de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) peuvent proposer au ministre de tutelle « la mise en cause des responsabilités encourues dans le fonctionnement des organismes de Sécurité sociale » (art. D. 113-1 C. séc. soc.).

À noter !
Les représentants du personnel présents au conseil ou au CA sont soumis aux mêmes droits et obligations que les autres administrateurs.

Les droits du mandaté

Droit au temps nécessaire à l'exercice du mandat (art. L. 231-9 C. séc. soc.)

Les employeurs qui occupent des salariés membres d'un conseil ou d'un conseil d'administration sont tenus de laisser aux intéressés le **temps nécessaire pour se rendre et participer aux séances plénières du conseil ou des commissions qui en dépendent**.
Le temps passé hors de l'entreprise pendant les heures de travail par les conseillers ou administrateurs salariés est considéré comme du **temps de travail effectif** pour la détermination de la durée des congés payés, du droit aux prestations d'assurance sociale et familiales ainsi qu'au regard de tous les droits que le salarié tient du fait de son ancienneté dans l'entreprise.

Important ! Ce crédit d'heures ne recouvre pas le temps nécessaire à la préparation du conseil ou de la commission.

Cas particulier : horaires de travail atypiques (de nuit, le week-end)
Les conseillers ou administrateurs salariés travaillant en service continu ou discontinu posté ont droit à un aménagement d'horaires de leur travail, de façon à leur garantir un temps de repos minimum.

À noter ! **Les fonctionnaires** peuvent également bénéficier de ce crédit d'heures. En effet, le Code de la Sécurité sociale (et donc les droits dont bénéficient les salariés du secteur privé lorsqu'ils sont conseillers ou administrateurs) s'appliquent aux agents publics (arrêt du conseil d'État du 16 décembre 1994 n° 99.459 « Loubet »).
Lorsqu'ils sont représentants syndicaux appelés à siéger au sein du conseil d'administration, les salariés de droit public peuvent se prévaloir de l'article 15 du décret n°82-447 du 28 mai 1982 relatif à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique (JO du 27 octobre 1984).

Droit de disposer des moyens nécessaires à l'exercice du mandat de conseiller ou d'administrateur (art. L. 121-2 C. séc. soc.)

Les conseillers ou administrateurs disposent pour l'exercice de leur fonction de tous les moyens nécessaires, notamment en matière d'information, de documentation et de secrétariat, auprès de la caisse ou de l'organisme du conseil dans lequel ils siègent.
Cela peut se traduire concrètement par la mise à disposition d'un poste informatique ou d'une prise en charge des frais d'impression. En pratique, ces questions sont abordées lors de l'installation du conseil. Elles peuvent être traitées également par le règlement intérieur du conseil ou conseil d'administration.

Conseils !
N'hésitez pas à solliciter le secrétariat du conseil ou conseil d'administration au sein duquel vous siégez pour toute question ou difficulté que vous rencontrez dans l'exercice de votre mandat. Il doit être à votre disposition !
Et pour des informations sur le positionnement à adopter sur telle ou telle décision, vous pouvez prendre contact avec votre chef de file à la caisse nationale dont dépend votre organisme.

Droit à la formation nécessaire au mandat de conseiller ou d'administrateur (art. L. 231-10 C. séc. soc.)

« Les employeurs doivent accorder aux salariés de leur entreprise, membres d'un conseil ou d'un conseil d'administration, sur leur demande, des autorisations d'absence pour leur permettre d'assister aux sessions de formation organisées pour l'exercice de leur fonction ».
Ces sessions peuvent être organisées à l'initiative soit de l'organisme dans lequel le salarié est mandaté soit à l'initiative de l'organisation syndicale mandataire.
Par contre, si l'employeur est tenu de libérer le salarié, il n'est pas dans l'obligation de lui verser de rémunération pour les heures non travaillées.
C'est pourquoi, les caisses nationales de Sécurité sociale versent annuellement des crédits spécifiques aux organisations représentées au sein des conseils ou conseils d'administration afin d'assurer une partie du financement du coût de la formation des membres des conseils ou conseils d'administration des organismes de Sécurité sociale, et notamment les pertes de salaires.

Droit à la protection contre le licenciement (art. L. 231-11 C. séc. soc.)

En aucun cas l'exercice du mandat de conseiller ou d'administrateur ne peut constituer valablement une cause de rupture du contrat de travail quel qu'il soit (CDD, CDI…).
En outre, le licenciement d'un salarié exerçant le mandat de conseiller ou d'administrateur - ou ayant cessé son mandat depuis moins de 6 mois - doit être précédé d'un avis conforme de l'inspecteur du travail ou de l'autorité qui en tient lieu, même en cas de faute grave.
Cette protection joue dès la publication des candidatures et ce pendant une durée de 3 mois, même si la candidature n'est pas retenue et jusqu'à 6 mois après la fin du mandat.

Droit de bénéficier de l'assurance accident du travail dans le cadre du mandat de conseiller ou d'administrateur

(art. L. 412-8 6 C. séc. soc.)

Bénéfice de la législation des accidents du travail pour tout accident survenu par le fait ou à l'occasion de leurs fonctions de conseiller ou administrateur

Les conseillers ou les administrateurs sont couverts par la législation des accidents du travail applicable aux membres bénévoles des organismes sociaux pour tout accident qui interviendrait par le fait ou à l'occasion de leurs fonctions de conseiller ou d'administrateur. C'est la législation applicable au régime général des accidents du travail qui est mise en œuvre.

Bénéfice d'une assurance complémentaire (art. L. 431-3 C. séc. soc.)

En vue de compléter les prestations de base dues au titre de la législation des accidents du travail, les organismes de Sécurité sociale ont la possibilité de souscrire à une assurance complémentaire au bénéfice de leurs conseillers ou administrateurs (indemnités journalières, capital décès).

À noter !

Les représentants du personnel présents au conseil ou au CA sont soumis aux mêmes droits et obligations que les autres administrateurs.

L'indemnisation et les déplacements

Si les fonctions d'administrateur et conseiller d'un organisme de Sécurité sociale sont gratuites (art. L. 231-12 C. séc. soc.), ces derniers sont toutefois dédommagés des frais qu'ils ont engagés à l'occasion de l'exercice de leur mandat ; cette indemnisation prend plusieurs formes : indemnité de perte de salaire, indemnité forfaitaire, indemnité de déplacement et indemnité de séjour.

Réunions ou déplacements donnant lieu à indemnisation

Les réunions ou déplacements pouvant donner lieu à l'attribution d'indemnités sont :

- les séances du conseil ;
- les séances des commissions internes à l'organisme dont la création a été décidée par une délibération expresse du conseil ;
- les séances des commissions ou organismes institués par un texte légal, réglementaire ou statutaire et dans lesquels les caisses sont représentées ;
- les réunions extérieures pour lesquelles les membres ont reçu délégation du conseil, à savoir : commissions, congrès ou manifestations officielles ayant pour objet l'application des législations de Sécurité sociale ou la défense directe des intérêts matériels ou moraux de la caisse et de ses assurés.

Bien que cette énumération soit limitative, l'administration a admis certaines tolérances pour son application, plus particulièrement en ce qui concerne les déplacements qu'est appelé à effectuer le président de la caisse et notamment lorsqu'il s'agit :

- des déplacements pour se rendre au siège de la caisse en dehors des séances de conseil ou des commissions, dans la limite de quatre journées par mois, fractionnables en huit demi-journées ; il bénéficie de l'indemnisation des frais de déplacements et de repos correspondants ;
- des contacts pris avec certaines autorités ou organismes en vue de réalisations entrant dans les attributions de certains organismes ;
- de la représentation de la caisse dans certaines manifestations ou cérémonies auxquelles le président est invité ès-qualité (visite de réalisations propres à la caisse, visites inopinées des établissements rattachés).

Indemnité pour perte de salaire ou de gain

Pour les membres salariés, l'indemnité est égale à la fraction du salaire perdu. Dans le cas où un accord préalable est intervenu entre la caisse et l'entreprise, le remboursement des salaires et des charges sociales qui s'y rapportent peut être effectué (chaque mois ou chaque trimestre) directement à l'employeur qui en a fait l'avance.

Les organismes de Sécurité sociale remboursent aux employeurs des membres du conseil salariés, les salaires maintenus pour leur permettre d'exercer leurs fonctions pendant le temps de travail, ainsi que les avantages et les charges sociales y afférant (art. L. 231-12 C. séc. soc.). Ce remboursement concerne aussi bien les membres avec voix délibérative que ceux avec voix consultative.
Pour les membres ayant la qualité de fonctionnaires, les dispositions actuelles n'opérant aucune distinction quant à la situation des employeurs, leur statut juridique et leur branche d'activité, il en résulte qu'ils peuvent être indemnisés de leurs pertes de salaire au-delà d'une éventuelle autorisation annuelle d'absence.

À noter ! Lorsque le déplacement est supérieur à 50 km (aller-retour), ils ont droit, en plus du remboursement normal correspondant à la durée effective de la réunion, à une indemnité supplémentaire égale à une demi-journée comprenant, le cas échéant, des pertes de gain ou de salaire.

Indemnité forfaitaire compensatrice de frais

Cette indemnité est attribuée à tous les membres de conseil, qu'ils résident dans la commune ou hors de la commune où a lieu la réunion.
Le montant maximal de cette indemnité est fixé par arrêté. Il est actuellement de 30 euros par jour.
Le versement de cette indemnité forfaitaire est strictement subordonné à la participation à une réunion, commission, congrès ou manifestation officielle.
Cette indemnité s'ajoute aux indemnités de déplacement et de séjour auxquelles ont éventuellement droit les mandatés.

Indemnité de frais de déplacement (remboursement des frais de transport)

Ce remboursement est fonction du moyen de transport emprunté :

- Si le déplacement a lieu par **voie ferrée**, il a pour point de départ la gare la plus proche du lieu de résidence ou de travail et pour point d'arrivée la gare la plus proche du lieu de réunion. Les frais de transport par chemin de fer sont remboursés, sur la base du tarif de 1re classe de la SNCF, compte tenu éventuellement des réductions octroyées à titre personnel.
- Si le déplacement a lieu par les **transports en commun**, les frais seront calculés d'après les tarifs en vigueur au moment du déplacement.
- Pour ceux qui utilisent leur voiture personnelle, le montant des indemnités kilométriques sera calculé en fonction de la puissance du véhicule et de la distance parcourue annuellement :

Puissance fiscale	Jusqu'à 10 000 km	Après 10 000 km
5 CV et moins 6 et plus	0,52 euro 0,62 euro	0,37 euro 0,53 euro

Important ! Dans un souci d'économie de gestion, l'usage de la voiture personnelle est réservé aux déplacements pour lesquels il n'existe pas de possibilité de transport en commun ou uniquement quand cela représente la solution la plus pratique et la plus efficace. Dans tous les cas, l'usage de sa voiture personnelle doit faire l'objet d'une autorisation expresse préalable par le président du conseil, auquel il appartient de vérifier le bien-fondé des demandes et donner son accord à celles qui lui paraissent justifiées. À défaut d'un tel accord, aucune indemnisation n'est possible.

Indemnités pour frais de séjour

Les membres de conseil qui se déplacent dans le cadre de leurs fonctions peuvent bénéficier d'indemnités pour frais de séjour qui s'ajoutent aux remboursements des frais de transport et au versement de l'indemnité forfaitaire compensatrice de frais.
Ces indemnités sont fixées forfaitairement en fonction de la durée du déplacement.
Pour toute réunion exigeant un déplacement de plus de 50 km aller-retour, ils perçoivent une indemnisation correspondant à une demi-journée supplémentaire de déplacement.
Cette indemnisation est constituée, dans la majorité des cas, d'une indemnité de repas qui s'ajoute à celle qui est éventuellement due au titre de la réunion elle-même, selon l'amplitude horaire de cette dernière.

Montant des indemnités :

- déplacement obligeant à prendre un repas à l'extérieur : 24,19 euros
- déplacement obligeant à prendre deux repas à l'extérieur : 48,38 euros
- déplacement entraînant un découcher : 111,47 euros pour Paris intra-muros,101,34 euros pour les DOM, les départements 92,93,94 et 86,14 euros pour les autres départements.

Mandatés, la CFTC vous accompagne

Différents interlocuteurs sont à votre écoute pour vous soutenir et vous conseiller dans l'exercice de votre mandat. N'hésitez pas à les solliciter !

Vos interlocuteurs privilégiés

Le coordonnateur régional des réseaux, le référent dans votre région

Désigné par son Union régionale, le coordonnateur régional des réseaux (CRR) est le référent en matière de mandatés dans sa région. Il fait le lien entre les mandatés, les structures locales et la Confédération. Il accompagne les militants de sa région dans leur mandat.

> **Je suis mandaté, pourquoi le contacter ?**
> Pour en savoir plus sur le rôle du mandaté, les liens avec le mouvement, les contacts et l'actualité de la région.
> Pour rendre compte de mon mandat.
> Pour échanger des informations avec les autres mandatés.

Le chef de file, le référent dans votre branche

Le chef de file représente la CFTC dans l'instance nationale d'une branche, ce qui lui permet de connaître parfaitement son fonctionnement, son actualité et les positionnements CFTC sur les sujets d'actualité.

> **Je suis mandaté, pourquoi le contacter ?**
> Pour en savoir plus sur l'organisme paritaire et la branche, le positionnement politique CFTC.
> Pour anticiper sur une thématique à venir, sur l'actualité de la branche.

Les équipes d'appui au siège confédéral

Le service Formation et Réseaux

Les membres de ce service forment et accompagnent les militants CFTC, qu'ils soient dirigeants, formateurs, conseillers prud'hommes ou mandatés dans les organismes paritaires et les réseaux internes CFTC.

> **Je suis mandaté, pourquoi le contacter ?**
> Pour en savoir plus sur les rôles et missions du mandaté, les rencontres planifiées et l'accompagnement des mandatés.

Le service Politique sociale

Au sein du service Politique sociale, des conseillers techniques, experts sur les thématiques de la protection sociale, soutiennent, du fait de leur travail d'analyse de l'actualité sociale, les responsables politiques dans la construction d'un discours CFTC.

> **Je suis mandaté, pourquoi le contacter ?**
> Pour en savoir plus sur l'actualité de la branche et pour des questions techniques.

Retrouvez tous les contacts en annexe !

Exercer son mandat dans les organismes de la branche famille

La branche famille p.45
Introduction historique p.45
La branche famille en quelques chiffres p.46
Les activités de la branche famille p.47
La feuille de route politique CFTC sur la famille p.49
Les Conventions d'objectifs et de gestion (COG) p.50
L'organisation administrative de la branche famille p.53

Être administrateur à la CNAF p.55
Gouvernance de la CNAF p.55
Missions de la CNAF p.56
Composition du conseil d'administration de la CNAF p.57
Fonctionnement du conseil d'administration de la CNAF p.59
Attributions du conseil d'administration de la CNAF p.61
Rôle d'un administrateur de la CNAF p.64

Être administrateur dans une CAF p.65
Gouvernance d'une CAF p.65
Missions d'une CAF p.66
Composition du conseil d'administration d'une CAF p.71
Fonctionnement du conseil d'administration d'une CAF p.73
Attributions du conseil d'administration d'une CAF p.75
Rôle d'un administrateur de CAF p.78

Introduction historique

À la fin du 19e siècle, certains grands services publics et entrepreneurs privés versent des allocations spéciales à leur personnel chargé de famille.
En 1939, paraît le Code de la famille. Une prime à la première naissance pour tous les salariés et non salariés est créée.
L'ordonnance du 4 octobre 1945 intègre dans la Sécurité sociale le régime des allocations familiales. La branche famille est ainsi créée en 1946 et couvre alors 40 % des dépenses de la Sécurité sociale.
En 1967, les caisses nationales, dont la CNAF, voient le jour.
Chaque département a une CAF, voire plusieurs dans les départements très industrialisés de l'époque.

Le nombre des prestations s'est multiplié au fil du temps et l'universalité des premières a été complétée, à partir de 1970, par un nombre croissant de prestations sous condition de ressources.
Parallèlement à l'apparition de ces prestations spécifiques, l'effort consenti en France à la politique familiale décline (50,2 % des dépenses de Sécurité sociale en 1948 ; 12 % en 2011).
Quant au champ des familles couvertes par la « branche famille », réservée d'abord aux seuls salariés du régime général, il s'est progressivement étendu à la fonction publique et aux régimes spéciaux, les agriculteurs conservant leur Sécurité sociale propre au sein de la Mutualité sociale agricole.

La branche famille en quelques chiffres

Population couverte :

Allocataires de prestations en faveur des familles	près de 11,8 millions
Nombre de personnes couvertes (adultes+enfants)	près de 31,1 millions

Répartition des financements :

Cotisations versées par les employeurs	37 %
Cotisations sociales prises en charge par l'État ou la Sécurité sociale	1 %
Cotisations sociales prises en charge par l'État ou les départements	24 %
CSG	13 %
Autres impôts et produits affectés	9 %
Financement par l'État d'une partie des aides au logement	15 %
Autres recettes	1 %

Répartition des dépenses en milliards d'euros :

Prestations en faveur de la petite enfance	15,3
Prestations hors petite enfance et logement	21,5
Aides au logement	17,8
Aides indirectes (AVPF, congé de paternité, majoration de pension)	10,1
Aides contre la précarité	21,6

Au total, ces prestations et aides représentent 86,3 milliards d'euros, dont 5,2 milliards au titre du Fonds national d'action sociale.

Source : CNAF - rappport d'activité 2015

Les activités de la branche famille

La politique familiale a pour finalité essentielle d'aider les familles dans leur vie quotidienne par la prise en compte d'un certain nombre de composantes telles que le logement, les loisirs, l'éducation et la garde des enfants, la santé…

De nombreux acteurs interviennent dans cette politique :
- l'État, dans la redistribution des revenus par la fiscalité, l'éducation, le logement, les droits civils ;
- les collectivités territoriales et les associations, dans la garde des jeunes enfants, l'insertion, les loisirs ;
- les entreprises, dans les composantes familiales du droit du travail ;
- les branches maladie et vieillesse de la Sécurité sociale pour la santé et les droits à la retraite ;
- et bien entendu, la branche famille.

La branche famille est notamment en charge des prestations légales et de l'action sociale familiale. Mais elle intervient également au-delà : le savoir-faire technique des CAF, qui gèrent à grande échelle des prestations variées et complexes, a conduit l'État à les désigner comme gestionnaires de nouvelles prestations sociales en faveur des familles, du logement et de la lutte contre la précarité (ces aides sont destinées à assurer un minimum de ressources dans certaines situations de grande difficulté).
La branche famille, en contribuant ainsi à la conception et à la mise en œuvre des politiques familiales et sociales, apparaît comme l'un des principaux acteurs de la solidarité nationale et de la cohésion sociale.

Objectifs et efficacité des politiques familiales

La politique familiale occupe une place particulière au sein de la protection sociale, car le « risque » à couvrir, la famille, est de nature différente des autres risques sociaux : il s'agit d'un risque à la fois volontaire et mal circonscrit, ce qui rend la politique familiale problématique dans sa délimitation.
La politique familiale résulte de la confluence de trois finalités dont le contenu varie avec le temps :
- le libre choix des couples et la politique démographique ;
- la situation économique et sociale et le sentiment du bien-être qui ne correspond pas forcément aux besoins de la politique de l'enfant (éducation et formation) ;
- un élément de politique de l'emploi (marché du travail et égalité professionnelle).

La famille : quelle délimitation ?

Si la définition et la composition de la famille ont évolué au cours des siècles, certaines constantes demeurent :

- lieu de reproduction démographique et sociale ;
- cellule économique de base pour le consommateur ;
- espace d'amour, d'intimité et d'affection ;
- ensemble de mesures, financées par des fonds publics, dont l'attribution ou le montant sont liés à la présence d'enfants :
  - prestations de maternité et de paternité ;
  - prestations familiales (financières - ex : allocations familiales, PAJE) ;
  - prestations en nature (ex : structures d'accueil de la petite enfance) ;
  - effort d'éducation, etc.

La famille : un objectif d'équité sociale

- la Nation doit permettre à toutes les familles de réaliser leurs propres projets familiaux ;
- la Société doit protéger l'enfant dans son présent (bons CAF/cantine) et son avenir (santé, éducation) ;
- la Nation doit assurer un niveau de vie à tous les parents par :
  - une redistribution horizontale (limiter la perte de niveau de vie induite par la présence d'enfants) ;
  - une redistribution verticale (couverture minimale pour les personnes en difficulté) ;

À noter ! Le coût de l'enfant est difficile à mesurer ; si l'arrivée d'un enfant baisse le niveau de vie de la famille, c'est également un investissement pour l'avenir.

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge : un acteur particulier de la politique familiale

Plusieurs acteurs se sont succédé au niveau national pour apporter aux pouvoirs publics une expertise sur les questions liées à la famille. Après la « Conférence annuelle de la famille », puis le « Haut Conseil de la population et de la famille » et le « Haut Conseil de la famille », c'est à présent le « Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge » - HCFEA - qui assure cette mission.

Installé le 13 décembre 2016, le HCFEA est placé auprès du Premier ministre. Composé en nombre égal de femmes et d'hommes, il est chargé d'animer le débat public et d'apporter son expertise prospective et transversale sur les questions liées non seulement à la famille mais aussi à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.

Le fonctionnement et la composition du HCFEA sont fixés par le décret n°2016-1441 du 25 octobre 2016 qui prévoit une formation plénière et des formations spécialisées recouvrant l'ensemble des champs de compétence du Haut Conseil :

- le Conseil de l'âge comprend 87 membres, répartis en 6 collèges ;
- le Conseil de l'enfance et de l'adolescence comprend 67 membres, répartis en 4 collèges ;
- le Conseil de la famille comprend 73 membres, répartis en 6 collèges.

La feuille de route politique CFTC sur la famille

La défense de la famille, cellule première et vitale de la société, est une constante dans l'histoire de la CFTC. Seule réponse au défi démographique, une politique familiale active est aussi un facteur de dynamisme économique. C'est pourquoi la CFTC s'est toujours engagée dans la défense des intérêts moraux et matériels des salariés et de leur famille. La politique familiale que prône la CFTC répond à deux grands objectifs :

- assurer le renouvellement des générations en permettant aux parents d'accueillir et d'élever leurs enfants ;
- et garantir le niveau de ressources et de vie des familles par la compensation de leurs charges.

La politique familiale ne se réduit pas aux seules prestations familiales et à l'ensemble des aides monétaires, directes ou indirectes, accordées aux familles. Elle concerne tous les aspects de la vie (éducation, logement, santé, fiscalité, culture, transports). Elle doit être globale et conduite dans la durée.

La CFTC est consciente qu'il existe aujourd'hui différentes manières de vivre la famille en raison des choix de vie ou des accidents de la vie. La CFTC est au service de chacune des cellules de vie en croissance que constitue chaque famille.

Au regard des politiques sociales, une place éminente doit être faite à la politique familiale : la CFTC agit pour que la politique familiale accompagne toutes les familles, durant toutes les étapes de la vie, quelles que soient les circonstances. Si la politique familiale doit être centrée sur les évolutions conjoncturelles, elle doit aussi être pérenne. Elle doit être l'affaire de tous et pas seulement l'affaire du gouvernement. La CFTC veille à ce que chaque domaine soit pris en charge par les organismes adaptés.

Les Conventions d'objectifs et de gestion (COG)

L'organisation issue des ordonnances de 1996 constitue un tournant décisif avec, notamment, la signature d'une Convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la CNAF qui contractualise leurs relations et renforce les pouvoirs du directeur au détriment du président du CA.

Quatre évolutions majeures ont conduit la CNAF à devenir l'un des acteurs majeurs du champ social :

- une augmentation des prestations sous condition de ressources recentrant partiellement les aides sur les familles en difficulté ;
- la généralisation des aides au logement ;
- la prise en charge des minima sociaux ;
- le fort développement des prestations de service en action sociale.

De ces mutations, les CAF ont appris à modifier en profondeur leur mission, qui n'est plus simplement un métier de liquidation des droits, mais bien la prise en charge globale des situations des allocataires.
La Convention d'objectifs et de gestion (COG) est alors apparue comme l'un des moyens contractuels pertinents pour prendre en compte ces évolutions et y répondre au mieux. Elle est conclue entre les pouvoirs publics et la CNAF et couvre une période de quatre ans. Elle précise, dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale, les objectifs de gestion et les actions sur lesquelles les signataires décident de s'engager.
Les objectifs de la COG sont notamment de faciliter l'accès aux droits, de mieux accueillir les allocataires, de garantir la qualité du traitement et l'exactitude des droits, de traiter rapidement les demandes et d'assurer la régularité et la continuité des paiements.
Les progrès réalisés dans les allocations familiales au cours de la dernière décennie sont tangibles, au regard des données chiffrées sur les engagements de service et la satisfaction exprimée par les allocataires.
La convention nationale est déclinée dans chaque organisme local par un contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion (CPOG) liant la CNAF et chaque CAF. Ce contrat, établi en référence au cadre national, marque les engagements et la démarche de progrès de chaque organisation dans son contexte et ses réalités, en particulier sur la qualité de service et la politique d'action sociale.

La 1re COG 1997-2000 avait retenu pour thème l'allocataire au cœur du développement de la branche famille.

La 2e COG 2001-2004 était axée sur la progression de la qualité de service.

La COG 2005-2008 s'est donné pour objectif d'affirmer une présence politique, de concilier qualité et performance économique.

Le bilan de la COG 2001-2004 a permis de dégager des perspectives pour l'élaboration de la 3e COG signée entre l'État et la CNAF en juillet 2005. Elle a débuté avec le nouveau cadre de la décentralisation et au moment où les CAF ont commencé à gérer l'ensemble des prestations familiales des 450 000 agents de l'État.
Cette COG se caractérise par trois objectifs majeurs :

- **affirmer une présence politique :** plus que les deux précédentes conventions, cette COG porte la volonté d'un rôle plus actif joué par les allocations familiales dans la définition des politiques mises en œuvre ;
- **poursuivre dans la voie de la qualité :** la réduction des délais de traitement des dossiers, l'amélioration de la réponse au téléphone, l'amélioration des conditions d'accueil seront encore poursuivies durant cette période ;
- **accroître la performance économique :** dans un contexte contraint pour la protection sociale, cette convention a pour ambition d'accroître la performance globale en conciliant qualité et performance économique.

La COG 2009-2012 a mis l'accent sur la proposition d'une offre globale de service, l'optimisation des processus et la performance de la gestion.

Afin d'apporter aux besoins des allocataires des réponses socialement pertinentes et performantes, cette COG inscrivait son action autour de trois orientations stratégiques majeures :

- **proposer aux allocataires une offre globale de service,** tout en consolidant les acquis en matière de qualité de services ; cette offre de service associe prestations légales et interventions d'action sociale familiale et s'inscrit dans un cadre à la fois homogène et adapté à la diversité des allocataires, à la spécificité des territoires et des partenariats avec les autres acteurs du social ;
- **optimiser et sécuriser les processus de gestion :** pour assurer maîtrise des risques et maîtrise de la qualité, renforcer la lutte contre la fraude, accroître la performance économique de gestion, garantir le paiement à bon droit et la qualité de l'information financière ;
- **optimiser la performance de gestion :** en mobilisant l'ensemble des ressources de la branche comme autant de leviers au service de l'allocataire, en améliorant le fonctionnement en réseau comme réponse à la fois homogène et adaptée à la diversité des besoins et des territoires, en valorisant et adoptant les compétences des personnels à l'évolution des métiers, en se dotant d'un système d'information performant et réactif ; par ailleurs, le développement de la mutualisation et le renforcement de la coopération entre les caisses doivent contribuer à optimiser les ressources de gestion et améliorer la performance sur la qualité.

La COG actuelle 2013-2017 a fait le pari de la qualité de service et de l'efficacité.

Le pari de cette COG est pour la CNAF - et l'ensemble de son réseau - de produire un effort continu et raisonné de simplification et d'amélioration de ses processus pour la mise en oeuvre des politiques dont elle a la charge. Si cette COG poursuit, comme la précédente, le développement des services aux familles avec la progression de 7,5 % par an de ses ressources du Fonds national d'action sociale (Fnas), elle vise aussi à progresser dans l'accueil du public et le traitement des dossiers. Elle dispose pour cela de trois leviers : l'augmentation de la productivité, la mutualisation de certains services et la simplification des procédures.

La COG définit trois grandes ambitions pour la période 2013-2017 :

- **développer les services aux familles et réduire les inégalités :** la branche famille participera activement à la création de 100 000 solutions d'accueil collectif pour les enfants de 0 à 3 ans, de 100 000 solutions d'accueil individuel et de 75 000 places en école maternelle, soit au total 275 000 places d'ici 2017 ; ce renforcement de l'offre d'accueil devra poursuivre un objectif prioritaire : réduire les inégalités territoriales ou sociales ;
- **apporter une réponse globale aux besoins des allocataires, renforcer l'accès aux droits et simplifier les démarches :** cette 2e ambition entend faciliter l'accès effectif aux droits pour les familles en plaçant cette priorité au centre de l'offre de service de la branche et en améliorant le parcours d'insertion sociale des personnes et des familles en situation de précarité ; pour cela, la branche va mettre en place 100 000 « rendez-vous des droits » et participer au « choc de simplification » annoncé par le gouvernement ;
- **renforcer l'efficacité du service rendu à l'allocataire et améliorer la qualité du traitement des droits :** pour améliorer le service rendu aux usagers et verser le juste droit tout en maîtrisant les risques, la branche bénéficiera de moyens humains supplémentaires pendant les 2 premières années de la COG ; parallèlement, sur le plus long terme, elle devra rechercher une production plus efficace : amélioration de l'organisation en réseau et du pilotage national, accompagnement des caisses en difficultés, homogénéisation des coûts de gestion, modernisation des systèmes d'information et mutualisation de l'expertise.

L'organisation administrative de la branche famille

La branche famille est composée d'une caisse nationale (la CNAF) et d'un réseau décentralisé (les CAF et la caisse commune de la Lozère).
En 2017, la branche famille, c'est :

- 1 caisse nationale, la CNAF,
- 101 CAF, présentes sur lensemble du territoire métropolitain et d'outre-mer,
- 1 caisse commune, regroupant URSSAF, CPAM et CAF, dans le département de la Lozère,
- la Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) de Mayotte. Les CGSS assurent dans les DOM l'ensemble des rôles dévolus aux différentes branches de la sécurité sociale, à l'exception de la branche famille, qui est gérée par des CAF. Contrairement aux autres DOM, à Mayotte, devenu le 101e département français en 2011, les prestations familiales sont gérées directement par la CGSS.

La CNAF est un établissement public administratif placé sous la tutelle et le contrôle des pouvoirs publics (les ministères de la Sécurité sociale et du Budget).
La CNAF est administrée par un conseil d'administration, et gérée par un directeur, un agent comptable. Elle compte 400 agents.
Le conseil d'administration (CA), composé de partenaires sociaux, de représentants de l'UNAF ainsi que de personnes qualifiées, est présidé par un membre élu du CA **(développé ci-après)**.
Le directeur, nommé par décret ministériel, prépare et exécute les décisions du conseil, ordonnance les dépenses et exerce sa tutelle, notamment budgétaire, sur les CAF, nomme les directeurs et agents comptables « après concertation avec le président du conseil d'administration de l'organisme concerné et après avis du comité des carrières. Cette nomination fait l'objet d'une proposition du ministre ou de la ministre chargé de la Famille. Cette proposition est soumise au Président du conseil d'administration de la Caisse nationale. L'agent comptable est nommé par arrêté ministériel.

Les CAF sont des organismes de droit privé qui assurent une mission de service public. Chaque organisme bénéficie d'une autonomie administrative et financière. Comme tous les organismes de Sécurité sociale, ils sont soumis à la tutelle et au contrôle des pouvoirs publics.
Chaque CAF a un conseil d'administration, un directeur, un agent comptable, et compte en moyenne 260 agents.
À noter ! Il existe une grande hétérogénéité sur tout le territoire : la CAF de Mende compte 33 agents tandis que la CAF de Paris en compte 1097.
Au total, ce sont quelque 35 000 hommes et femmes qui travaillent au sein des allocations familiales.

Le directeur de la CAF est nommé par le directeur national, après concertation avec le président du conseil d'administration de la caisse locale (décret du 6 septembre 2010). Cette proposition de nomination est soumise à un vote du conseil d'administration qui peut s'y opposer si 2/3 des membres composant le CA le décident. Le directeur de la Caisse prépare et exécute les décisions du conseil d'administration, ordonnance les recettes et les dépenses, organise le travail des services, gère le personnel, préside le comité d'entreprise, et représente l'organisme dans tous les actes de la vie civile.
L'agent comptable de la CAF est également nommé par le directeur national, après concertation avec le président du conseil d'administration de la caisse locale (décret du 6 septembre 2010).
Les agents de la CAF sont chargés pour certains de la gestion des prestations légales et du développement de l'action sociale, et pour d'autres des services généraux et comptables.

Depuis 2015, le système d'information de la branche et sa stratégie numérique ont considérablement évolué, avec notamment la mise en place de « caf.fr » et la stratégie « 100 % dématérialisé 100 % personnalisé ». Les 8 anciens centres régionaux de traitement informatique (CERTI) ont laissé place à une nouvelle organisation nationale. Grâce à cette transformation de sa DSI (direction système d'information) , la branche famille a pu répondre aux commandes de l'Etat et à plusieurs grandes réformes réglementaires : création de la PrePare, modulation des allocations familiales, mise en oeuvre de la prime d'activité et du simulateur des droits…
On peut également citer les conférences régionales mises en place en 2017 en remplacement des fédérations de caisses, les relais d'études, les centres de formation ou les unions immobilières.

Gouvernance de la CNAF

Dans le cadre fixé par la réglementation, la branche famille est gérée par la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et l'ensemble des caisses d'allocations familiales (CAF), sous l'autorité des conseils d'administration, représentant les partenaires sociaux et familiaux et sous le contrôle de l'État (l'État détermine les missions de la branche, les prestations qu'elle sert, ses ressources et approuve les délibérations des conseils d'administration).
L'ordonnance du 24 avril 1996 précise la chaîne des responsabilités entre le Parlement, le Gouvernement, la CNAF et les CAF.

Constitution de l'équipe de direction (directeur et agent comptable)
Le directeur est nommé par décret ministériel après concertation avec le président du conseil d'administration de l'organisme concerné et après avis du comité des carrières. Cette nomination fait l'objet d'une information préalable au conseil d'administration qui peut s'y opposer à la majorité des deux tiers de ses membres » (Extrait de la note des services sur le projet de décret soumis au CA du 7 juillet 2010).
L'agent comptable est également nommé par arrêté ministériel selon la même procédure.

Missions de la CNAF

La CNAF définit la stratégie de la branche famille et les politiques d'action sociale. Elle répartit les ressources entre les CAF et réalise les grands investissements institutionnels.

Elle assume la gestion de la branche famille et offre la particularité de comporter une action sociale et familiale importante exercée soit dans le cadre de sa compétence propre, soit par l'entremise des caisses locales d'allocations familiales dont elle coordonne l'action.

Elle a pour rôle :

- d'assurer le financement de l'ensemble des régimes de prestations familiales dont elle a la gestion ;
  À noter ! Elle n'assure pas le régime agricole.
- de gérer un fonds national d'action sociale (FNAS) dans le cadre d'un programme défini en concertation avec le ministre chargé de la Sécurité sociale, après avis de son conseil d'administration ;
- de gérer un fonds national de gestion administrative (FNGA) dont les recettes sont constituées par une partie du produit des cotisations d'allocations familiales des régimes de salariés et de non-salariés ; ce fonds supporte les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services administratifs de la Caisse nationale ; ces dépenses comportent également les dotations, et éventuellement, les subventions et avances destinées à couvrir les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services administratifs des caisses d'allocations familiales.

Elle assure le pilotage et l'animation du réseau des CAF.

Elle produit des références et des méthodes, notamment dans le domaine des ressources humaines et de l'organisation du travail.

Elle évalue les organismes et les dirigeants.

Composition du conseil d'administration de la CNAF

Le conseil d'administration de la CNAF comprend 35 membres avec voix délibérative et 3 membres avec voix consultative, répartis de la façon suivante :

Catégorie de représentants		Avec voix délibérative		Avec voix consultative
Représentants des assurés sociaux (désignés par les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national)	CFTC	2	13	
	CFE/CGC	2		
	CFDT	3		
	CGT	3		
	FO	3		
Représentants des employeurs (désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives au niveau national)	MEDEF	6	10	
	CPME	2		
	U2P	2		
Représentants des travailleurs indépendants	CNPL		3	
	CPME			
	U2P			
Personnalités qualifiées (désignées par le ministère chargé des Affaires sociales)			4	
Représentants des associations familiales (désignés par l'UNAF)			5	
Représentants élus du personnel (élus par les cadres et les employés de l'organisme)				3
Représentants des ministères de tutelle				de 1 à 3 en fonction de l'ordre du jour
Contrôleur général économique et financier				1

Chaque organisation ayant désigné un ou plusieurs représentants au conseil d'administration désigne un nombre égal d'administrateurs suppléants (art. L. 231-3 C. séc. soc.).

À noter ! Les personnes qualifiées n'ont pas de suppléant.

La pratique de la désignation d'un chef de file

Le conseil d'administration actuel n'a pas de bureau. Bien que non mentionné dans le code de la Sécurité sociale ou même dans le règlement intérieur du conseil d'administration, il est d'usage que chaque délégation de représentants des salariés, des employeurs et de l'UNAF au sein du conseil désigne un chef de file. Cela facilite l'organisation et le dialogue avec le cabinet de la Présidence, du directeur ainsi que le secrétariat général du conseil d'administration pour les délégations qui comportent plusieurs représentants. Porteur du discours de l'organisation à laquelle il appartient, le chef de file est donc l'interlocuteur privilégié des instances. Il participe à des réunions préparatoires ou d'information sur certains sujets (travaux préparatoires à la signature des COG notamment).

À noter ! Les conséquences de la désignation d'un chef de file dans chacune des caisses nationales de Sécurité sociale sur l'organisation interne de la CFTC : d'une part, ce chef de file est chargé de faire le lien entre le conseil d'administration et le responsable politique en charge de la protection sociale à la Confédération ; d'autre part, il détient un rôle d'animation du réseau des administrateurs désignés dans les structures locales de la branche concernée.

Fonctionnement du conseil d'administration de la CNAF

Lors de la 1re réunion : élection du président et du (ou des) vice-président(s)
(art. L. 231-7 et D. 231-24 C. séc. soc.)
Au cours de la première réunion, immédiatement après son installation sous la présidence de son doyen d'âge, le conseil d'administration élit en son sein un président, et, après son installation, un vice-président.
L'élection a lieu au scrutin secret à la majorité absolue des suffrages exprimés au premier et deuxième tour, à la majorité relative au troisième tour et en cas de partage des voix, au bénéfice de l'âge.
Important ! Le président et le vice-président ne peuvent appartenir au même collège.
À noter ! Les personnes qualifiées ne sont ni électrices, ni éligibles aux fonctions de président ou vice-président.
La durée du mandat est identique à celle des administrateurs, soit 4 ans.
À savoir ! Le mandat des administrateurs CNAF a été prorogé d'une année pour prendre fin en décembre 2017, prochaine échéance de renouvellement de l'ensemble des conseils et conseils d'administration des organismes de Sécurité sociale.
La CFTC détient la présidence de la CNAF depuis sa création, en 1967.

Périodicité des réunions

Le conseil d'administration de la CNAF se réunit au moins une fois tous les trois mois. Il peut en outre être convoqué par son président toutes les fois que les besoins du service l'exigent.
Il peut enfin être convoqué en dehors des séances normales par le président, soit à l'initiative de celui-ci, soit sur l'invitation du ministre chargé de la Sécurité sociale ou du ministre chargé du Budget.
En pratique, le conseil d'administration de la CNAF se réunit en moyenne une douzaine de fois par an.

Convocation et ordre du jour

La convocation aux réunions du conseil est obligatoire lorsqu'elle est demandée par le tiers des membres du conseil.

Quorum (art. L. 231-8 C. séc. soc.)

Le conseil d'administration siège valablement dès lors que le nombre des membres présents est supérieur à la moitié du nombre total de ceux ayant voix délibérative.
Toute décision prise en séance quand le quorum n'est pas atteint est nulle et non avenue.

Suppléance (art. L. 231-3 et R. 231-2 C. séc. soc.)

Les membres suppléants ne siègent qu'en l'absence d'un membre titulaire appartenant à la même organisation.

Il n'est donc pas possible de convoquer systématiquement les administrateurs suppléants, en même temps que les administrateurs titulaires. Toutefois, dans le souci d'associer plus étroitement les suppléants aux travaux des conseils d'administration et de les mettre en mesure de remplacer sur le champ un titulaire, il n'y a pas d'obstacle à ce que leur soient adressés de façon régulière, les ordres du jour et les procès-verbaux des séances du conseil d'administration ainsi que les documents annexés.
Important ! Pour la CFTC, les administrateurs, qu'ils soient titulaires ou suppléants, sont titulaires dans des commissions.

Délégation de vote

Lorsqu'ils ne sont pas suppléés, les administrateurs peuvent donner délégation de vote à un autre membre du conseil d'administration. Dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation. La délégation doit être donnée par écrit et remise au président en début de séance.

Vote des décisions (art. R.231-1 C. séc. soc.)

Les questions soumises aux délibérations du conseil peuvent donner lieu soit au vote à main levée, soit au vote à bulletin secret.
Le vote à main levée est le mode de validation ordinaire.
Le vote à bulletin secret est obligatoire en matière d'élection et sur toute autre question lorsqu'il est demandé par un administrateur.
Les décisions sont prises à la majorité des voix, compte tenu des délégations de vote données à certains administrateurs par les absents.
Seuls les suffrages exprimés sont retenus dans le décompte des voix. Les prises d'acte, abstentions, non participation au vote ne sont pas retenues dans le décompte des voix mais sont enregistrées de manière distincte dans le relevé de décisions.
En cas de partage des voix et dans le cas où aucune majorité ne peut se dégager en cours de séance, la question peut être réinscrite à l'ordre du jour d'une séance ultérieure.
À noter ! La voix du président n'est pas prépondérante.

Utilisation de la suspension de séance

Avant de prendre acte d'une décision, faculté est donnée aux administrateurs d'un même collège de demander une suspension de séance qui sera consacrée à échanger entre eux, voire à définir ou redéfinir une position intersyndicale. Ce procédé peut être utilisé lorsque des documents sont distribués en séance et n'ont pu faire l'objet d'une lecture préalable.

Procès-verbal (art. R. 224-5 C. séc. soc.)

Chaque réunion d'un conseil donne lieu à un procès-verbal qui doit être signé par le président et le ou les vice-président(s).
Le procès-verbal doit être soumis lors de la séance suivante à l'approbation du conseil et être communiqué à tous les membres du conseil, y compris aux personnes ayant voix consultative.
Il revient à chaque administrateur de vérifier que les propos qui lui sont attribués sont fidèles à ce qui a été prononcé et que le sens du vote est correctement repris.

Attributions du conseil d'administration de la CNAF

Le conseil d'administration arrête la politique de l'institution, vote les budgets, contrôle l'activité du directeur et de l'agent comptable. Il est consulté par l'État en matière de réglementation et intervient auprès des conseils d'administration de toute CAF confrontée à des dysfonctionnements.

Les attributions des administrateurs peuvent être classées en cinq grandes catégories.

1. Un pouvoir consultatif

Le conseil d'administration peut faire toutes propositions de modification législative ou réglementaire dans son domaine de compétence. Le cas échéant, ses propositions sont transmises au Parlement.
Outre son pouvoir d'avis sur les projets législatifs et réglementaires, le conseil d'administration est consulté sur :

- le programme d'action sociale ;
- les projets établis par les CAF, de création d'œuvres ou d'institutions sociales ou de participation à la gestion de telles œuvres ou institutions ;
- les prêts ou subventions accordés à de telles œuvres ou institutions ;
- les modèles de statuts et de règlement intérieur des CAF.

À noter ! Le président du conseil d'administration est saisi pour avis lors de la nomination du directeur de l'organisme par le ministre chargé de la Sécurité sociale.

2. Un pouvoir de signature et de mise en œuvre de la COG

L'ordonnance du 24 avril 1996 prévoit la conclusion entre l'État et les organismes nationaux de conventions d'objectifs et de gestion (COG).
Une telle démarche apparaît aujourd'hui comme l'un des moyens contractuels pertinents pour prendre en compte les mutations de la branche famille et y répondre au mieux. La participation des administrateurs est essentielle lors de la préparation mais aussi lors de la mise en œuvre de la COG (se reporter au schéma "préparation de la COG et du contrat pluriannuel" page 25).
À noter ! Une délibération du conseil d'administration est nécessaire avant la signature par le président du conseil d'administration.

3. Un pouvoir de contrôle (art. L. 223.1 C. séc. soc.)

Le conseil d'administration contrôle l'activité de l'organisme en se prononçant sur les rapports qui lui sont soumis par le directeur. Ceux-ci comprennent au moins un rapport sur les relations avec les usagers et un rapport sur l'action sociale.
Le conseil d'administration contrôle l'application des dispositions législatives et réglementaires par le directeur et l'agent comptable ainsi que l'exécution de ses propres délibérations.
Le conseil d'administration exerce un droit d'inspection sur les organismes locaux dont il centralise les opérations.

Il approuve les budgets de ces organismes. Si les budgets n'ont pas été votés, arrêtés, délibérés par le conseil d'administration au 1er janvier de l'année à laquelle ils se rapportent, le conseil d'administration de la CNAF peut établir d'office lesdits budgets. Il peut prescrire aux caisses de base des mesures d'amélioration de leur gestion, les mettre en demeure de les appliquer et, en cas de carence, se substituer à elles.
Le conseil d'administration exerce un contrôle sur les opérations immobilières des organismes locaux et sur la gestion de leur patrimoine immobilier.

4. Un pouvoir de gestion financière (art. L. 224-13 C. séc. soc.)

Le conseil d'administration de la CNAF procède, compte tenu du cadre financier fixé par la loi de financement de Sécurité sociale, à la répartition des dotations nécessaires au financement des dépenses qui lui incombent. Il approuve les budgets établis à cet effet par les organismes locaux.

5. Un pouvoir de mise en place des structures de l'organisme

Le conseil adopte ses statuts via la rédaction d'un règlement intérieur qui précise ses règles de fonctionnement. Ce règlement doit être soumis à l'approbation ministérielle (art. L. 282-1 C. séc. soc.).

Constitution de commissions

Le conseil d'administration (CA) peut constituer en son sein des commissions parmi les administrateurs ayant voix délibérative et leur déléguer une partie de ses attributions à titre permanent ou temporaire. Le CA détermine le pouvoir consultatif ou délibératif de chaque commission.
Le conseil de la CNAF a ainsi constitué 7 commissions. Chacune est présidée par l'une des tendances du conseil d'administration.

1. La commission de l'administration générale (CAG) (présidence CFDT)
Elle reçoit délégation du conseil d'administration afin de préparer les décisions du conseil concernant la politique budgétaire de la branche (fonds national de gestion administrative et budget de la CNAF), d'arrêter le plan pluriannuel immobilier et de décider des opérations immobilières de la branche, de définir la politique informatique de la branche, d'en suivre l'exécution et de statuer sur les dossiers qui lui sont soumis par la direction et le conseil d'administration, dans le cadre de sa mise en œuvre. Enfin, elle fixe les orientations de formation et en suit la réalisation pour ce qui relève de la compétence du niveau national.

2. La commission de l'action sociale (CAS) (présidence MEDEF)
Elle adopte les orientations d'action sociale dans le cadre fixé par la COG et examine le fonds national d'action sociale.
Elle examine en outre de nombreux dossiers tels l'accueil de la petite enfance, les aides financières individuelles aux familles, le dossier des jeunes adultes, la réforme des prestations de service…

3. La commission des prestations légales et de la législation (CPLL) (présidence U2P)

Elle reçoit délégation du conseil d'administration pour lui faire toute proposition d'adaptation et de simplification des prestations familiales, des aides personnelles au logement, des minima sociaux dont la gestion est confiée par la loi aux CAF. Elle reçoit également délégation du CA pour l'examen des textes de nature législative ou réglementaire dont la Caisse est saisie.

4. La commission de l'information et de la communication (CIC) (présidence CFE-CGC)

Elle définit les orientations pluriannuelles de la communication stratégique de la CNAF dont elle suit la mise en œuvre. Elle valide le schéma directeur national et adopte la charte graphique institutionnelle.

5. La commission de la recherche et de la prospective (CRP) (présidence CGT)

Elle reçoit délégation du conseil d'administration dans le but de préparer les décisions relatives au programme de recherche et d'en suivre la réalisation, de prendre les décisions concernant les propositions de recherche non prévues dans le programme, mais cohérentes avec ses orientations, d'un montant supérieur ou égal à 23 000 €, d'éclairer, dans ce cadre, les décisions en matière de politique de soutien aux jeunes chercheurs (attributions de bourses doctorales, d'un prix de la CNAF).

6. La commission des relations internationales (CRI) (présidence UNAF)

Elle positionne l'institution dans les organisations internationales. Elle a vocation à améliorer la connaissance de la CNAF dans le domaine des politiques familiales étrangères et à définir la politique internationale de la branche.

7. La commission du financement (présidence CGT-FO)

Elle est chargée du suivi de la situation de la trésorerie de la branche ainsi que de la situation financière de la protection sociale. Elle est ainsi amenée à examiner différents sujets tels que la situation prévisionnelle de trésorerie de la branche, les relations financières entre la branche famille et l'État ou le projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Elle étudie également chaque année le rapport de l'agent comptable sur les comptes de l'organisme.

Le conseil d'administration est saisi pour avis de tout projet de mesure législative ou réglementaire ayant une incidence sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans son domaine de compétence. L'avis doit être notifié au ministre chargé de la Sécurité sociale dans un délai de 21 jours à compter de la réception du projet.

Rôle d'un administrateur de la CNAF

Un administrateur national est d'abord le représentant de la Confédération ou de l'organisme qui le mandate. À ce titre, il doit, en toutes occasions, exprimer les positions établies au sein des instances de son organisation.

Il doit, ensuite, essayer de comprendre les logiques des pouvoirs publics et porter jugement sur le contenu des politiques menées. À ce titre, l'administrateur national est un informateur de son organisation. Il doit sans cesse comprendre et faire comprendre à ses mandants l'écart existant entre la théorie (les conceptions de l'organisme auquel il appartient, en matière de politique familiale en particulier, de protection sociale en général) et la réalité (la pratique gouvernementale et sa transcription sur le terrain : son application par l'organisme national, en l'occurrence la CNAF).

L'administrateur national doit avoir une vue globale de l'institution et évaluer sans cesse l'impact des mesures décidées au plan gouvernemental et des directions prises au niveau central. À ce titre, il se doit de comparer les résultats globaux de l'institution année par année et repérer les meilleures pratiques, les meilleures techniques des caisses de base.

L'administrateur national se doit de participer à l'élaboration de la politique de l'institution, donc de savoir faire la part du souhaitable et du possible, en ayant, cependant, toujours le souci de la satisfaction des besoins des allocataires. Car, au travers du mandat confié par une confédération ou un organisme, il s'agit toujours de représenter et de défendre les intérêts des « usagers », sans oublier, en tant que représentant de partenaires sociaux, les salariés des CAF qui auront à mettre en œuvre les mesures retenues.

Le rôle de l'administrateur CFTC auprès de la Confédération et du Mouvement

Acteur de développement de la CFTC, l'administrateur se doit de relayer, dans les meilleurs délais, les décisions prises au niveau national et les votes de la CFTC, auprès du responsable confédéral en charge de la branche famille qui les répercutera auprès de l'ensemble de nos administrateurs locaux. Ces derniers pourront ainsi plus facilement se prononcer dans leur propre CA.
Il peut aussi interroger les administrateurs locaux sur des questions qui les concernent, en particulier en matière d'action sociale pour étayer ses propositions au niveau national.

Gouvernance d'une CAF

Les CAF sont des organismes de droit privé qui assurent une mission de service public. Chaque organisme bénéficie d'une autonomie administrative et financière. Comme tous les organismes de Sécurité sociale, les CAF sont soumises à la tutelle et au contrôle des antennes locales de la Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de Sécurité sociale (MNC) qui ont remplacé les DRASS.

Constitution de l'équipe de direction

Chaque CAF a un conseil d'administration, un directeur et un agent comptable.
Le conseil d'administration arrête, en cohérence, avec les orientations nationales, la politique de l'organisme. Il règle, par ses délibérations, les affaires de l'organisme.

Les directeurs de CAF sont nommés par le directeur de la CNAF après avis du comité des carrières et concertation avec le président du conseil d'administration de la caisse locale. Cette nomination fait l'objet d'une information préalable au conseil d'administration, qui peut s'y opposer à la majorité des deux tiers de ses membres (décret du 6 septembre 2010).

La procédure de nomination des agents comptables est strictement identique.

Missions d'une CAF (art. L. 212-1 C. séc. soc.)

Les caisses d'allocations familiales sont chargées de verser les prestations familiales **(voir détails des prestations en annexe)** aux salariés, aux indépendants, ainsi qu'à la population non active.
Outre cette fonction classique, elles mènent une action sociale familiale en faveur de leurs ressortissants et de leurs familles dans le cadre du programme fixé par la COG. Ainsi, elles organisent les interventions du fonds national d'action sociale, notamment par la réalisation d'une vaste politique contractuelle avec les départements et les municipalités **(voir ci-après le focus sur l'action sociale)**.
Enfin, ce sont les CAF qui versent l'allocation du RSA (revenu de solidarité active), qui a remplacé le revenu minimum d'insertion (RMI) le 1er juin 2009.

Focus : L'action sociale des CAF en faveur des familles

Qu'est-ce que l'action sociale familiale des CAF ?

Volet important de la politique familiale, l'action sociale familiale des CAF s'inscrit au cœur de la vie quotidienne des familles.
Destinée à toutes les familles du régime général et des régimes assimilés, et particulièrement aux familles en difficulté, elle est fédérée autour de deux grandes finalités :

- favoriser l'épanouissement de l'enfant et accompagner la fonction parentale ;
- contribuer au développement social local et renforcer la cohésion sociale.

Complémentaire des prestations légales, elle contribue à améliorer le quotidien des allocataires et de leur famille.
Elle développe des équipements et des services individuels ou collectifs susceptibles d'aider les familles dans leur vie quotidienne (crèches, haltes-garderies, lieux d'accueil parents-enfants, relais assistantes maternelles, centres de loisirs sans hébergement, contrats locaux d'accompagnement à la scolarité, centres sociaux, aide à domicile, foyers de jeunes travailleurs, etc.). Des aides financières, dont l'attribution est fixée par le CA, sont prévues dans certains cas pour les familles fragilisées.
L'action sociale familiale des CAF se veut préventive : elle tente d'agir le plus en amont possible des risques d'exclusion et privilégie la participation des familles aux projets qui les concernent.
Décentralisée, elle est placée sous la responsabilité des conseils d'administration des CAF qui, dans le cadre des orientations nationales et à partir d'un diagnostic local, décident des adaptations nécessaires dans le souci d'une bonne répartition des interventions. L'expertise des CAF concernant les besoins des familles constitue un outil d'aide à la décision pour les projets locaux de politique familiale et sociale, notamment à destination des populations en difficulté. L'approche territoriale des interventions, sur la base d'un diagnostic local, si possible partagé avec les partenaires, et d'une communication des résultats, permet aux CAF de mettre en œuvre une action sociale familiale avec la participation des services de l'État, des collectivités publiques et des associations. C'est ainsi que les CAF, s'appuyant sur un réel partenariat, contribuent activement à la politique de la ville.

De quels moyens disposent les CAF ?

L'action sociale familiale des CAF représente un investissement important avec 5 % de la masse financière gérée par la branche famille. En 2017, le montant total des dépenses d'action sociale des CAF représente plus de 6 milliards d'euros.

Quels sont les champs d'intervention ?

L'action sociale familiale des CAF est fédérée autour de deux grandes finalités : favoriser l'épanouissement de l'enfant et accompagner la fonction parentale ; contribuer au développement social local et renforcer la cohésion sociale.

Ainsi, l'engagement financier des CAF en faveur des équipements d'accueil des enfants continue à progresser fortement pour une offre de service équilibrée sur les territoires, une diversification, une souplesse et un décloisonnement des équipements et des services, et une amélioration de la qualité de l'accueil collectif et individuel.

Les loisirs et les vacances sont également un champ d'action par le biais du développement des Contrats Enfance Jeunesse et de la politique vacances décidée par le CA.

Enfin, l'accompagnement des familles, le soutien aux jeunes adultes dans leur projet d'autonomie et l'amélioration du cadre de vie des familles (logement et habitat, animation de la vie sociale locale) sont des domaines privilégiés de l'action sociale.

L'offre de service de l'action sociale familiale des CAF

Elle vise principalement à mettre à la disposition des familles des aides diverses, des services et des équipements et mobilise notamment :

- les prestations de service, c'est-à-dire la prise en charge d'une partie du coût de fonctionnement de certains équipements et services tels que les crèches, centres sociaux, etc., ces prestations peuvent être augmentées si la collectivité locale conclut avec la CAF un contrat enfance jeunesse ;
- les contrats enfance jeunesse (CEJ) qui couvrent l'ensemble des enfants de 0 à 6 ans pour son volet enfance et de 6 à 16 ans pour son volet jeunesse ;
- l'offre directe de services comme, par exemple, celle des travailleurs sociaux ;
- les subventions aux associations qui assurent des services aux familles (aide au foyer) ou participent à des actions de développement local en partenariat ;
- les aides financières attribuées aux familles allocataires, définies librement par les conseils d'administration de chaque CAF ;
- les différentes aides à l'investissement.

Les partenaires d'une CAF

Les champs d'intervention d'une CAF sont nombreux : petite enfance, soutien aux familles, et notamment aux familles monoparentales, logement, lutte contre la pauvreté, la précarité et le handicap. D'où une multitude de partenaires.

La petite enfance

Le versement des prestations liées à la petite enfance, destinées à atténuer les dépenses engendrées par la naissance d'un enfant et à offrir aux parents un libre choix quant à l'exercice d'une activité professionnelle ou aux modes de garde des jeunes enfants, conduit les CAF à travailler avec des partenaires internes mais surtout externes à l'institution de la Sécurité sociale.

- Les partenaires relevant de la protection sociale : ce sont essentiellement les URSSAF pour le paiement des cotisations relatives aux prestations de garde d'enfant en circuit de tiers payant ; mais les CAF travaillent également avec les centres de protection maternelle et infantile (PMI) qui sont chargés de donner leur agrément pour les assistantes maternelles et de signaler des examens pré et post-natals non subis.
- Les partenaires externes : il s'agit des communes ou communautés de communes qui détiennent la liste des gardiennes ou assistantes maternelles agréées et passent avec les CAF des contrats enfance jeunesse (CEJ) ; il s'agit aussi des crèches et garderies qui sont financées par les CAF grâce au versement d'aides collectives d'action sociale ; il s'agit enfin des relais assistantes maternelles (RAM) qui conseillent les parents ainsi que les assistantes maternelles dans la recherche du mode de garde approprié pour leur(s) enfant(s).
- Les familles, via le site www.mon-enfant.fr, peuvent s'informer sur l'ensemble des modes d'accueil existants et les coordonnées des assistantes maternelles qui ont accepté de figurer sur le site, mais aussi sur les projets innovants en matière d'enfance et jeunesse sur leur département.

L'entretien des enfants

Les prestations liées à l'entretien des enfants sont versées aux familles pour atténuer les charges d'éducation de ceux-ci :

- Les partenaires relevant de la protection sociale : les CAF travaillent avec les Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) pour le placement des enfants à la suite de décisions des tribunaux ; elles collaborent avec les centres sociaux qui perçoivent, outre une prestation de service animation globale, des aides sur les fonds propres de l'action sociale de leur CAF. Les services aux prestations familiales gèrent les fonds versés par les CAF au titre des prestations familiales. Enfin les services départementaux d'action sociale coordonnent l'action sociale départementale.
- Les partenaires externes : les CAF sont en rapport avec les tribunaux pour les décisions de justice de placement des enfants, avec l'inspection académique pour l'agrément des établissements scolaires et le suivi de l'assiduité scolaire, la chambre des métiers pour la signature des contrats d'apprentissage, le trésor public pour le recouvrement des dettes liées à l'entretien des enfants (dettes alimentaires, frais d'hospitalisation…).

L'aide aux vacances

Le soutien au départ en vacances des familles a toujours été un axe important de la politique d'action sociale des CAF, qui cherchent à resserrer les liens familiaux et sociaux, à favoriser l'épanouissement des enfants et des jeunes et l'insertion sociale des familles les plus fragiles. Cette aide s'adresse prioritairement aux familles ne partant pas en vacances pour des raisons financières ou de précarité sociale. Les CAF cherchent à leur apporter un soutien global.

Leur action s'appuie sur plusieurs partenaires : elles interviennent à la fois sur les freins financiers en soutenant les centres de vacances qui proposent à ces familles un accueil spécifique, en versant des aides aux familles mais aussi en leur proposant un accompagnement par des travailleurs sociaux. Par ailleurs, dans le cadre du contrat enfance jeunesse (Cej), conventionnement qui les lie aux collectivités territoriales, les CAF financent des séjours de vacances en direction des enfants et des jeunes.

Les CAF s'appuient également sur d'autres dispositifs : systèmes d'épargne bonifiée, partenariats avec l'ANCV, chèques vacances… La gestion des différentes aides individuelles est le plus souvent déléguée par les CAF au service mutualisé VACAF, qui permet de cibler l'aide aux vacances et de contribuer à l'évaluation de cette politique.

La jeunesse et les activités de loisirs

Qu'ils soient jeunes ou adolescents, tous les enfants ont droit aux loisirs. C'est pourquoi la CAF subventionne les accueils de loisirs sans hébergement (ALSH), plus communément appelés centres aérés. Ils fonctionnent pendant l'année scolaire le mercredi et avant et/ou après la classe. Ils fonctionnent également pendant les petites et/ou grandes vacances scolaires.

Pour les adolescents, il existe souvent des accueils de loisirs spécifiques appelés « accueil de jeunes ». Ils proposent un projet pédagogique qui invite les jeunes à être acteurs de leurs loisirs et à développer des valeurs de citoyenneté, d'autonomie et de responsabilité.

Les partenaires des CAF sont les associations ou les collectivités territoriales qui gèrent les accueils de loisirs. Les tarifs sont établis par le gestionnaire de la structure. Grâce au financement de la Caf, ces structures conventionnées peuvent proposer des tarifs en fonction du quotient familial.

Le logement

Les prestations rattachées au logement sont destinées à permettre aux locataires et aux accédants à la propriété de faire face à leurs charges.

- Les partenaires relevant de la protection sociale : les CAF sont en rapport avec les CARSAT (ex CRAM) pour obtenir les justificatifs de pensions perçues par les bénéficiaires de l'allocation de logement à caractère social ; les CAF travaillent avec les services départementaux d'action sociale qui assistent des usagers pour les démarches d'obtention d'un logement ; elles gèrent, depuis le 1er janvier 2011 les CCAPEX (Commissions de coordination des actions de prévention des expulsions locatives) en lieu et place des CDAPL ; le fonds de solidarité pour le logement (FSL) afin de verser des aides financières pour le maintien ou l'accès au logement des locataires ; le fonds d'aide aux accédants à la propriété en difficulté (FAAPD) pour

l'attribution de prêts aux accédants en situation d'impayés ; le fonds social énergie (FSE) afin de verser des aides financières pour éviter la rupture dans la fourniture d'énergie ; les caisses de retraites pour obtenir des justificatifs de pension.

- Les partenaires externes : pour l'obtention de certaines pièces justificatives (quittances…), les CAF peuvent s'adresser aux organismes HLM, aux bailleurs privés. Elles sont aussi en relation avec des établissements bancaires afin de verser directement les aides au logement (circuit tiers payant) et la direction générale des impôts (DGI) pour contrôler les déclarations de ressources. La DGI transmet directement les déclarations à la CAF.

L'isolement

Les prestations liées à l'isolement visent à assurer un revenu familial minimum et à aider les personnes qui assument seules la charge d'un enfant. Il s'agit du RSA majoré qui est l'équivalent de l'ancienne API (allocation parent isolé).

- Les partenaires relevant de la protection sociale : les CAF sont en rapport avec les CPAM pour la couverture sociale des bénéficiaires de l'API.
- Les partenaires externes : les CAF travaillent avec les tribunaux pour les procédures de recouvrement des pensions alimentaires et la direction générale des impôts pour le contrôle des déclarations de ressources.

La pauvreté et la précarité

Les prestations s'y référant sont destinées à assurer un revenu minimum aux personnes les plus démunies et à les inciter à reprendre une activité professionnelle.
On retiendra les CPAM qui sont en rapport avec les CAF pour la couverture sociale des bénéficiaires du RSA.
Ce sont aussi les DDCS (Directions départementales de la cohésion sociale), qui gèrent, sur délégation préfectorale, les dossiers RSA, valident les contrats d'insertion et assurent l'aide médicale. Les services départementaux d'action sociale instruisent les dossiers RSA. Les centres communaux d'action sociale (CCAS) sont chargés d'établir les contrats d'insertion. Pôle emploi intervient également auprès des bénéficiaires du RSA.

Le handicap

Les prestations versées sont destinées à assurer une autonomie financière aux adultes handicapés et à compenser les charges supplémentaires d'éducation d'un enfant handicapé.

- Les partenaires relevant de la protection sociale : les CPAM et les CARSAT (ex CRAM) sont partenaires pour ce qui concerne la couverture sociale des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), les justificatifs des avantages d'invalidité non cumulables avec l'AAH.
- Les partenaires externes sont multiples :
  - les CAF peuvent être en relation avec les hôpitaux, les écoles et maisons d'accueil spécialisées ;
  - les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) constituent les dossiers d'AAH ;
  - les commissions des droits à l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) apprécient l'incapacité et émettent des avis pour l'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ;
  - les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) établissent les demandes de versement direct de l'AAH.

Composition du conseil d'administration d'une CAF

Le conseil d'administration d'un CAF comprend 24 membres avec voix délibérative et 3 membres avec voix consultative, répartis de la façon suivante :

Catégorie de représentants		Avec voix délibérative		Avec voix consultative
Représentants des assurés sociaux (désignés par les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national)	CFTC	1	8	
	CFE/CGC	1		
	CFDT	2		
	CGT	2		
	FO	2		
Représentants des employeurs (désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives au niveau national)	MEDEF	3	5	
	CPME	1		
	U2P	1		
Représentants des travailleurs indépendants	CNPL	1	3	
	CPME	1		
	U2P	1		
Personnalités qualifiées (désignées par le préfet)		4		
Représentants des associations familiales (désignés par l'UNAF)		4		
Représentants élus du personnel (élus par les cadres et les employés de l'organisme)				3

À noter ! Dans les DOM, à ces 24 membres s'ajoutent 2 représentants des exploitants agricoles (2 titulaires et 2 suppléants).

Chaque organisation ayant désigné un ou plusieurs représentants au conseil d'administration désigne un nombre égal d'administrateurs suppléants (art. L. 231-3 C. séc. soc.).

Élection du président ou de la présidente et du (ou des) vice-président(e)s
(art. L. 231-7 C. séc. soc.)

Au cours de la première réunion, les administrateurs procèdent à l'élection du président et de 1 à 3 vice-président(s).

L'élection a lieu au scrutin secret à la majorité absolue des suffrages exprimés au premier et deuxième tour, à la majorité relative au troisième tour.

À noter ! Les personnes qualifiées ne sont ni électrices, ni éligibles aux fonctions de président ou vice-président.

La durée du mandat est identique à celle des administrateurs.

À savoir ! Le mandat des administrateurs.trices CAF a été prorogé d'une année pour prendre fin en décembre 2017, prochaine échéance de renouvellement de l'ensemble des conseils et conseils d'administration des organismes de Sécurité sociale.

Le président ou la présidente veille à la régularité du fonctionnement de la caisse, il (ou elle) préside la réunion du conseil et peut déléguer ses pouvoirs au directeur par mandat spécial ou général. Il ou elle est secondé(e) par les président(e)(s) dans toutes ses fonctions, dans les conditions fixées par le conseil d'administration.

Actuellement, la CFTC détient 21 présidences. C'est l'organisation syndicale qui en détient le plus.

Fonctionnement du conseil d'administration d'une CAF

Périodicité des réunions

Le conseil d'administration d'une CAF se réunit au moins une fois tous les trois mois.
Il peut en outre être convoqué par son président toutes les fois que les besoins du service l'exigent.
Enfin, la convocation aux réunions du conseil est obligatoire lorsqu'elle est demandée par le tiers des membres du conseil ou par la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de Sécurité sociale (MNC).

Convocation et ordre du jour

La convocation est obligatoire lorsqu'elle est demandée par le tiers des membres du conseil ou par le directeur de la MNC.

Quorum (art. L. 231-8 C. séc. soc.)

Le conseil d'administration siège valablement dès lors que le nombre des membres présents est supérieur à la moitié du nombre total de ceux ayant voix délibérative.
Toute décision prise en séance quand le quorum n'est pas atteint est nulle et non avenue.

Suppléance

Les membres suppléants ne siègent qu'en l'absence d'un membre titulaire appartenant à la même organisation (art. L. 231-3 et R. 231-2 C. séc. soc.).
Il n'est donc pas possible de convoquer les administrateurs suppléants, en même temps que les administrateurs titulaires.
Toutefois, tous les membres suppléants reçoivent dans des conditions identiques la même documentation que celle qui est adressée aux membres titulaires.
Important ! La CFTC veut favoriser la délégation : en effet, dans un souci de renouvellement de notre délégation, il est demandé à l'administrateur titulaire de déléguer à son suppléant le soin de siéger de temps en temps pour qu'il appréhende son rôle. Un suppléant au conseil d'administration peut également occuper des fonctions de titulaire au sein d'une ou plusieurs commissions. Dans un souci de répartition de la charge de travail et pour favoriser un fonctionnement en équipe et une bonne communication au sein de la délégation, il est opportun de lui confier les commissions les plus « actives ».

Délégation de vote

Lorsqu'ils ne sont pas suppléés, les administrateurs peuvent donner délégation de vote à un autre membre du conseil d'administration. La délégation doit être donnée par écrit et remise au président en début de séance.
À noter ! Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Vote des décisions (art. R. 231-1 C. séc. soc.)

Les questions soumises aux délibérations du conseil peuvent donner lieu soit au vote à main levée, soit au vote à bulletin secret.
Le vote à main levée est le mode de votation ordinaire.
Le vote à bulletin secret est obligatoire en matière d'élection et sur toute autre question lorsqu'il est demandé par un administrateur.
Les décisions sont prises à la majorité des voix, compte tenu des délégations de vote données à certains administrateurs par les absents.
Seuls les suffrages exprimés sont retenus dans le décompte des voix. Les prises d'acte, abstentions, non participation au vote ne sont pas retenues dans le décompte des voix mais sont enregistrées de manière distincte dans le relevé de décision.
En cas de partage des voix et dans le cas où aucune majorité ne peut se dégager en cours de séance, la question peut être réinscrite à l'ordre du jour d'une séance ultérieure.
À noter ! La voix du président n'est pas prépondérante.

Utilisation de la suspension de séance

Avant de prendre acte d'une décision, faculté est donnée aux administrateurs d'un même collège de demander une suspension de séance qui sera consacrée à échanger entre eux, voire à définir ou redéfinir une position intersyndicale. Ce procédé peut être utilisé lorsque des documents sont distribués en séance et n'ont pu faire l'objet d'une lecture préalable.

Procès-verbal

Chaque réunion du conseil donne lieu à un procès-verbal qui doit être signé par le président et le ou les vice-président(s). Dans les dix jours qui suivent la séance, les procès-verbaux des délibérations du conseil sont envoyés à la MNC.
Le procès-verbal doit être soumis lors de la séance suivante à l'approbation du conseil et communiqué à tous les membres du conseil, y compris les personnes ayant voix consultative.
Il revient à chaque administrateur de vérifier que les propos qui lui sont attribués sont fidèles à ce qui a été prononcé et que le sens du vote est correctement repris.

Attributions du conseil d'administration d'une CAF

Le conseil d'administration arrête, en cohérence avec les orientations nationales, la politique de l'organisme. Il règle, par ses délibérations, les affaires de l'organisme.

Ses attributions peuvent être classées en cinq grandes catégories.

1. Un pouvoir d'administration (art. R. 121-2 C. séc. soc.)

Le conseil d'administration vote les budgets de la gestion administrative et de l'action sociale familiale établis par le directeur selon les orientations politiques de la caisse. Il vote également les budgets d'opérations en capital concernant les programmes d'investissements, de subventions ou de participations financières.
La procédure budgétaire est désormais, et ce depuis 1996, inscrite dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion signées entre l'État et la CNAF, relayées par les contrats pluriannuels de gestion signés entre la CNAF et les CAF. Bien que ces contrats portent sur un domaine plus vaste que celui de la gestion administrative, ce dernier secteur en constitue l'un des axes.
À partir de ces contrats, les organismes locaux ont la responsabilité de leurs moyens à l'intérieur d'une limite financière calculée selon des paramètres institutionnels. L'organisme national vérifie le respect, par le gestionnaire, des limites financières et des règles établies.
Important ! Le vote des différents budgets constitue une des prérogatives fondamentales du conseil d'administration et ne saurait être délégué à une commission (Lettre DRSS, Paris 17 septembre 1965).

2. Un pouvoir de détermination de la politique de la caisse (art. L. 231-8-1 C. séc. soc.)

Le conseil d'administration oriente et contrôle l'activité de la caisse en se prononçant principalement sur les rapports qui lui sont soumis par le directeur.
Ceux-ci concernent notamment les relations avec les usagers, l'action sociale et l'activité générale de l'organisme.
Au moins une séance annuelle du conseil d'administration est consacrée aux relations de la caisse avec les usagers. Cette séance est publique.
Le conseil d'administration peut entendre toute personne ou organisation utile à son action.

3. Un pouvoir de contrôle (art. R. 121-2 C. séc. soc.)

Le conseil d'administration contrôle l'application par le directeur et l'agent comptable des dispositions législatives et réglementaires, ainsi que l'exécution de ses propres délibérations.

Le pouvoir de contrôle dont dispose le conseil d'administration sur le fonctionnement de l'organisme ne l'autorise cependant pas à se substituer ou à donner des injonctions au directeur dans l'exercice des pouvoirs propres de décision qui lui sont reconnus par les dispositions réglementaires applicables, ni à annuler ou à réformer les décisions prises à ce titre.

4. Un pouvoir de représentation de la caisse

Il s'agit de la participation obligatoire à des instances prévues par des textes législatifs ou réglementaires, de la participation facultative aux conseils d'administration d'œuvres d'intérêt général et d'associations.

5. Un pouvoir de mise en place des structures de la caisse

Le conseil d'administration établit les statuts et le règlement intérieur de l'organisme (art. R. 121-1 C. séc. soc.).
Le préfet dispose d'un délai de trente jours à compter de la date de réception pour les approuver ou s'y opposer (art. R. 281-4 C. séc. soc.).

Constitution de commissions

L'organisation des travaux du conseil d'administration est réglée par les statuts de l'organisme, qui sont approuvés par l'autorité de tutelle dans le cadre des modèles de statuts arrêtés par le ministre chargé de la Sécurité sociale. Ces modèles prévoient un certain nombre de commissions réglementaires qui peuvent être complétées, par les statuts, de commissions facultatives.
Ainsi, au sein du conseil d'administration d'une CAF, on trouve **obligatoirement** :

1. Une commission de recours amiable (CRA)

Elle connaît des réclamations formulées dans les domaines relevant du contentieux général contre les décisions prises par les organismes de Sécurité sociale.
Elle se compose de deux administrateurs choisis parmi les représentants des salariés et de deux administrateurs parmi les représentants des non-salariés. Il est également prévu un nombre identique de suppléants dans chacune des catégories susvisées.
Elle est élue pour une année civile et renouvelée lors du CA de décembre pour l'année suivante.

2. Une commission des marchés

Les travaux, les fournitures, les prestations intellectuelles et les services pour le compte des organismes de droit privé, jouissant de la personnalité civile, assurant en tout ou partie la gestion d'un régime légalement obligatoire d'assurance couvrant la maladie, la maternité, la vieillesse, l'invalidité, le décès, le veuvage, les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de prestations familiales ainsi que les unions ou fédérations desdits organismes, font l'objet de marchés dont le mode de passation et les conditions d'exécution respectent les garanties prévues en matière de marchés de l'État.

La commission, désignée par le conseil d'administration, est chargée, après examen des offres des entreprises, d'attribuer, pour le compte de l'organisme, les marchés visés ci-dessus, d'un montant égal ou supérieur à 90 000 € HT. Elle dispose de pouvoirs sans nécessité de délégation de la part du conseil.
Elle est composée de 4 administrateurs au moins, désignés par le conseil d'administration. Ce dernier désigne également un nombre de suppléants égal à celui des titulaires.
La commission ne peut délibérer valablement que si 3 administrateurs au moins sont présents pendant l'ensemble de la séance.
La commission élit son président. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante. Le directeur et l'agent comptable participent aux délibérations avec voix consultative.
Tout projet de marché soumis à la décision de la commission doit être assorti d'une note de présentation qui doit être transmise aux membres de la commission ainsi qu'à l'autorité de tutelle au moins 5 jours avant la date de la réunion. La motivation de la décision est portée au procès-verbal de la commission.

3. La commission des pénalités (art. L. 114-9 C. séc. soc)

Elle est chargée d'émettre un avis sur les pénalités encourues par les allocataires, que le directeur de l'organisme peut décider d'émettre en cas de fraude avérée.

> Chaque conseil de CAF peut également créer des commissions, soit à titre permanent, soit en vue d'un objectif limité dans le temps. Ces commissions sont dites **facultatives**. Généralement, les CA s'appuient, en dehors des commissions légales, sur 2, voire 3 commissions, **une d'administration générale, une d'action sociale et une d'action sociale individuelle**.

Rôle d'un administrateur de CAF

L'administrateur local, du fait de sa proximité et de l'action de contrôle qu'il exerce, est le premier à discerner l'impact d'une mesure : c'est un rôle de veilleur qui est le sien et, bien conscient de sa mission, il se doit d'avertir les instances nationales de l'organisation qui le mandate et celles de l'institution par le truchement des administrateurs nationaux.

Un travail sérieux consiste à connaître sa caisse, à en étudier les indicateurs, à améliorer la position de sa CAF dans le réseau, à connaître les réalisations qui se font ailleurs pour orienter la direction dans le bon sens, ou mieux, pour accompagner cette direction vers une « saine productivité », c'est-à-dire au service unique des usagers, des allocataires.

Cette obligation de mener une politique de diagnostic préalable de sa circonscription, de suivi régulier des politiques engagées, d'évaluation a posteriori des résultats et de communication de ces résultats, c'est cela le vrai rôle de l'administrateur et c'est particulièrement évident en action sociale. L'implication des administrateurs dans le tissu de la circonscription et leur travail concret dans les commissions de la caisse leur apportent une grande connaissance des problèmes, des besoins des allocataires et des insuffisances, voire des incohérences de certaines prestations légales. Il importe donc de faire ressortir ces problèmes qui sont liés bien souvent à la complexité des textes ou des dispositifs et qui bloquent l'accès au droit des plus démunis c'est-à-dire ceux qui butent sur le manque de « lisibilité » de notre système de prestations.

Le rôle de l'administrateur local, surtout s'il est président de caisse ou s'il dirige une commission, est de savoir travailler en synergie avec les administratifs, toujours dans le but de satisfaire les besoins des « usagers ».
En réalité, de grands avantages peuvent être retirés de l'association administratifs/administrateurs. Par nature, les administrateurs sont les porte-parole des usagers, des allocataires, alors que les directions sont plus contraintes, plus techniques. Cette liberté des conseils peut donc être très utile, afin de mieux argumenter par rapport à ces contraintes.

Leur « légitimité politique » est complémentaire de la « légitimité technique » du directeur et de son équipe. Un jeu d'association bien mené des deux rôles et bien compris des partenaires peut démontrer une grande efficacité. Nous pouvons ajouter sur ce point que la représentation dans les structures, par exemple dans les centres sociaux, assure une connaissance « de l'intérieur » qui permet à la CAF de mieux se positionner, notamment quand il s'agit d'agréer ces mêmes structures.

Il est souhaitable que les administrateurs se pénètrent de l'idée qu'ils sont les garants de la neutralité de l'institution et de son indépendance – relative certes, mais tout de même réelle, notamment en matière d'action sociale – à l'égard des pouvoirs publics et des collectivités locales.

Acteur du développement de la CFTC, l'administrateur doit participer à la vie de sa structure en rendant compte de ses missions à celle-ci (lors d'un conseil d'UD par exemple) et en mettant son expertise au service des militants (en organisant des permanences physiques ou téléphoniques).
Il ne doit pas oublier non plus que les administrateurs de la caisse nationale ont besoin de connaître les problèmes que rencontre sa CAF (charges de travail, mise en œuvre de la réglementation...), mais aussi les initiatives qu'elle a mises en œuvre et dont la diffusion pourrait profiter à l'ensemble du réseau.

Exercer son mandat dans les organismes de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

La branche maladie, maternité, invalidité et décès p.83
Introduction historique p.83
La branche maladie, maternité, invalidité, décès en quelques chiffres p.84
Les activités de la branche maladie, maternité, invalidité et décès p.86
La spécificité de la branche maladie du régime général : un acteur à part entière du système de santé français p.88
La feuille de route politique CFTC sur la maladie, maternité, invalidité, décès p.92
Les Conventions d'objectifs et de gestion (COG) de la branche maladie, maternité, invalidité, décès p.95
L'organisation administrative de la branche maladie p.97
Les risques professionnels : une branche distincte de la branche maladie mais un réseau d'organismes commun p.99

Être conseiller à la CNAM-TS p.101
Gouvernance de la CNAM-TS p.101
Missions de la CNAM-TS p.102
Composition du conseil de la CNAM-TS p.103
Fonctionnement du conseil de la CNAM-TS p.105
Attributions du conseil de la CNAM-TS p.108

Être conseiller d'une CPAM p.113
Gouvernance d'une CPAM p.113
Missions d'une CPAM p.114
Composition du conseil d'une CPAM p.115
Fonctionnement du conseil d'une CPAM p.116
Attributions du conseil d'une CPAM p.119
Rôle d'un conseiller dans une CPAM p.121

La branche maladie, maternité, invalidité et décès

Introduction historique

Si d'autres dispositifs lui ont préexisté, la loi sur les assurances sociales de 1930 est la première initiative qui rend obligatoire un dispositif de couverture du risque maladie et décès au profit d'une catégorie de travailleurs – en l'espèce les ouvriers du commerce et de l'industrie – financé au moyen de cotisations payées par les intéressés et leurs employeurs. La gestion est alors assumée par des caisses publiques mais aussi par des caisses mutualistes, patronales et syndicales. Au total, on ne compte pas moins de 800 caisses sur l'ensemble du territoire.

Aux termes des ordonnances du 4 et du 19 octobre 1945, la prise en charge du risque maladie est complètement rénovée. Dans le cadre du régime général, une Caisse nationale de Sécurité sociale et un réseau de Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) sont chargés d'assurer au niveau local le service des prestations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès au profit de l'ensemble des travailleurs salariés et de leurs ayants droit.

L'année 1967 est marquée par la mise en place de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS) chargée de la gestion, d'une part, des prestations maladie, maternité, invalidité et décès, et d'autre part, des prestations accidents du travail et maladies professionnelles. La responsabilité du conseil d'administration de la CNAM-TS est renforcée puisque la législation lui confère la prérogative de pouvoir décider de mesures visant à assurer l'équilibre financier de la branche, soit par la hausse du taux de cotisation, soit par une modification du niveau des prestations.

Cette organisation administrative et financière évoluera peu jusqu'à l'adoption du plan Juppé en 1996 puis de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance maladie (voir infra).

La notion d'Assurance maladie

Même si elle est souvent réduite à la seule branche maladie du régime général qui est la plus importante au regard du nombre d'assurés et du volume de prestations versées, **l'Assurance maladie recouvre en fait l'ensemble des branches maladie des régimes obligatoires** de base (régime général, régime agricole, régime des indépendants, régime des mines, de la RATP, etc.).

En 2016, l'Assurance maladie représentait ainsi 185,2 milliards d'euros de dépenses, dont 173,2 milliards pour le seul régime général. La France consacre quelque 11 % de son PIB à ses dépenses de santé, ce qui la place au sixième rang des pays de l'OCDE de ce point de vue.

En 2004, **pour améliorer la coordination inter-régimes, a été créé l'UNCAM** (Union nationale des caisses d'assurance maladie) qui regroupe les trois principaux régimes d'Assurance maladie (général, agricole, indépendants). Le rôle de l'UNCAM est de conduire la politique conventionnelle, de définir le champ des prestations admises au remboursement et de fixer le taux de prise en charge des soins. Le directeur général de l'UNCAM est le directeur général de la CNAM-TS ; et le président de l'UNCAM est le président de la CNAM-TS.

La branche maladie, maternité, invalidité, décès en quelques chiffres

Les assurés de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général

Aujourd'hui, relèvent de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général l'ensemble des travailleurs salariés du secteur privé et leurs ayants droit (conjoint, enfants, etc.). Mais sont affiliés également d'autres catégories de la population : étudiants, employés de maison, contractuels de la fonction publique, bénéficiaires de la CMU, praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, etc.
Les fonctionnaires, mais aussi d'autres professions relevant de régimes spéciaux, relèvent également de l'assurance maladie du régime général pour ce qui est des prestations en nature **(voir en annexe)**.
En 2016, près de 59,2 millions de personnes étaient ainsi couvertes par la branche maladie du régime général.
91 % de la population est assurée par la CNAMTS qui finance 86 % de l'ensemble des dépenses d'Assurance maladie.

Les ressources et les dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général

Les recettes

À l'origine, la branche était principalement financée par le produit des cotisations sociales (salariales et patronales). Depuis 1996, les pouvoirs publics ont transféré de façon concomitante quasiment l'intégralité des points de cotisation salariale maladie vers la cotisation sociale généralisée (CSG) et affecté une part croissante des produits de la CSG à la branche.
En 2015, les recettes de la branche maladie se répartissent de la manière suivante : 46 % pour la maladie, 34 % pour la CSG, 18 % de contributions sociales diverses, impôts et taxes hors CSG et 2 % de transferts.
Au final, les ressources de la branche sont constituées pour moitié environ du produit des cotisations sociales et pour l'autre du produit de la CSG et d'impôts et taxes (taxes sur le tabac et l'alcool, taxe de l'industrie pharmaceutique).

Les dépenses

L'essentiel des dépenses de la branche est constitué par le versement de prestations (environ 94 % des dépenses). La branche consacre en outre une partie de ses ressources à l'action sanitaire et sociale et à la prévention (9,3 milliards d'euros en 2014).
Les charges de gestion (dépenses de personnel) représentent environ 4 % des charges totales.

À noter ! Le champ des prestations sociales versées par la branche est loin de se réduire aux seules prestations maladie.

Le déficit de la CNAM s'est réduit continûment depuis 2010, passant de 11,7 milliards d'euros en 2010 à 4,8 milliards d'euros en 2016). La récession en 2009 a durablement creusé l'écart entre recettes et dépenses. Une progression de l'ONDAM sensiblement inférieure aux évolutions antérieures et des mesures de recettes au bénéfice de l'assurance maladie ont permis de réduire le déficit qui retrouve son niveau d'avant crise.

Les prestations légales maladie représentent le principal poste de dépense (143 milliards d'euros en 2015). L'Assurance maladie verse également des prestation légales au titre de la maternité (3,5 milliards d'euros) aux établissements publics, cliniques privées et soins de ville. L'Assurance maladie a également pour charge de verser les indemnités journalières au titre de la maternité-paternité (3 milliards d'euros), du décès et de l'invalidité (5,6 milliards d'euros).

Les activités de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

L'essentiel de l'activité de la branche consiste à assurer le **versement de prestations sociales.**
Les prestations sociales de l'Assurance maladie se composent de deux types de prestations : **les prestations légales** (prestations en nature et en espèces) et **les prestations extra-légales** (action sanitaire et sociale).
Pour plus d'information sur les prestations se reporter à l'annexe « Prestations maladie, maternité, paternité, invalidité, décès AT/MP ».
Cependant, depuis une quinzaine d'années, l'Assurance maladie s'est engagée dans une profonde évolution afin d'enrichir son périmètre d'action. Aux activités liées à son métier de base (verser à bon droit et efficacement les prestations), l'Assurance maladie développe désormais des missions et des compétences en lien avec la gestion du risque santé (rembourser de façon avisée les prestations) et la lutte contre le non-recours.

L'évolution de la dépense de santé depuis 1950

Depuis les années 1950, la France consacre une part croissante de ses ressources aux dépenses de soins. Ainsi, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) est passée de 2,6 à 8,9 points de PIB entre 1950 et 2015. La croissance des dépenses a été très forte en début de période, au moment où se constituait l'infrastructure sanitaire et se développait l'assurance maladie. Elle est plus faible depuis la fin des années 1980. Par ailleurs, depuis les années 1970, on assiste à un mouvement de convergence des niveaux de dépenses de santé parmi les pays les plus développés, les États-Unis faisant toutefois figure d'exception (17,5 % du PIB).
La part des dépenses de soins hospitaliers est restée globalement stable, passant de 43,1% en 1950 à 45 % en 2015. Le taux de croissance annuelle du montant des dépenses hospitalières, +15 % dans les années 1950, a ralenti fortement pour s'établir à +2,1 % en 2015.
La part des soins ambulatoires a augmenté sur l'ensemble de la période pour s'établir à environ 38%).
En 2015, la consommation de soins de ville s'élève à 65,9 milliards d'euros. Elle inclut la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).
Au total, l'ensemble de la rémunération sur objectifs de santé publique représente une dépense brute de 416,6 millions d'euros pour 2016 pour l'Assurance maladie qui est provisionnée dans l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie, à nouveau respecté cette année. Entre 2012 et 2016, cet investissement a crû de 41,5 %, à un rythme moyen annuel de 9,1 %, en raison de l'évolution positive des résultats de la ROSP en matière de santé publique, d'efficience et de modernisation du cabinet (294,4 millions en 2012, 351,9 millions en 2013, 377,4 millions en 2014, 404 millions d'euros en 2015.

À noter ! La consommation de soins de médecine de ville est restreinte aux seuls honoraires de médecins perçus en ville, et ne comprend ni les consultations externes des hôpitaux publics, ni les honoraires perçus en établissement privé (que ce soit pour une hospitalisation complète ou pour un autre motif).
La part du financement des dépenses de santé par la Sécurité sociale a nettement progressé (de 51 % en 1950 à 77 % en 2005 puis 77 % en 2014). La part assumée par l'État, de 12 % en 1950, a quant à elle fortement diminué pour se stabiliser autour de 1 % entre 1990 et 2005. Symétriquement, la part supportée par les mutuelles, de 5,8 % en 1950, a atteint 13,3 % en 2014, et celle laissée à la charge « des ménages et des assurances complémentaires hors mutuelles » est passée de 31 % en 1950 à 8,4 % en 2014.
Source : Études et Résultats, n°890, DREES, septembre 2014. .
L'objectif de la **gestion du risque** santé est de parvenir à offrir des soins sûrs et de qualité aux meilleurs coûts. Au final, l'enjeu est la maîtrise de la progression des dépenses de santé et ainsi celle de l'évolution des dépenses d'Assurance maladie. La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie a nettement affirmé cette évolution.

Concrètement, la gestion du risque santé par l'Assurance maladie regroupe 5 types d'actions :

1. **connaître le risque**, c'est-à-dire les comportements des assurés, leurs déterminants, et les facteurs de coût du risque et de son évolution – d'où l'intérêt pour l'Assurance maladie de disposer de systèmes d'information exhaustifs, y compris en ce qui concerne l'hôpital et le secteur médico-social, et des capacités techniques nécessaires à leur exploitation ;
2. **prévenir la survenue du risque**, en agissant sur le comportement des assurés ;
3. **limiter l'aggravation des sinistres**, à ce titre, l'Assurance maladie finance notamment des actions de prévention destinées aux assurés en affection de longue durée (ALD) ;
4. **réduire les coûts de la réparation des sinistres**, en promouvant un recours aux soins plus pertinent, en maîtrisant les coûts de production des soins par des actions visant à infléchir les pratiques soignantes et en opérant une gestion active du périmètre du remboursement ;
5. **fournir des services à l'assuré ou au fournisseur de prestations**, par exemple en mettant à la disposition des médecins des profils de prescription leur permettant d'auto-évaluer leurs pratiques.

(Source Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, rapport de juillet 2008).

La spécificité de la branche maladie du régime général : un acteur à part entière du système de santé français

À ses débuts, et conformément à l'objectif de « garantir les travailleurs contre les risques susceptibles de réduire ou supprimer leur capacité de gain » (art. L. 111-1 C. séc. soc.), l'essentiel des dépenses de l'Assurance maladie était constitué par les **indemnités journalières versées aux assurés**.
Plus de soixante ans après sa création, la branche maladie a changé de fonction. Désormais, elle consacre l'essentiel de ses ressources au **remboursement des prestations de soins**. En 2015, les prestations en nature représentent plus de 37 % de ses charges et les indemnités journalières 4,3 %.
Son rôle dans le financement des dépenses de santé tend à faire de l'Assurance maladie un acteur majeur du système de santé aux côtés des pouvoirs publics, des prestataires de soins (professionnels de santé, établissements de santé et médico-sociaux), des organismes complémentaires santé (mutuelle, assurance, institut de prévoyance), des assurés et des patients.

L'Assurance maladie, un « Assureur solidaire santé »
Assureur, car en contrepartie du paiement de cotisations et de CSG prélevées sur ses revenus, l'assuré bénéficie de prestations en cas de survenue du risque.
Solidaire, car l'assuré reçoit des prestations selon ses besoins et il n'est pas pratiqué de sélection des assurés en fonction de leurs revenus ou de leurs conditions sociales.
Santé, car l'Assurance maladie participe au remboursement des frais de santé engagés par les assurés et participe à la solvabilisation de la demande de soins.

Des missions importantes dans le système de santé…

L'accès aux soins

La première fonction de l'Assurance maladie a été de contribuer de façon essentielle à **l'accès aux soins** des Français en remboursant en moyenne 75 % de la dépense de santé. Cependant, ce taux moyen cache d'importantes disparités. Les soins de ville (remboursement des honoraires, des médicaments, des produits de santé) ont tendance à être moins bien remboursés, du fait notamment des déremboursements de certaines prestations ou de l'instauration de franchises et de forfaits, mais surtout en raison de la généralisation massive des dépassements d'honoraires ou du décrochage entre les tarifs conventionnels et les tarifs réels comme dans le secteur de la dentisterie ou de la lunetterie.
Pour autant, l'Assurance maladie continue à bien rembourser des soins dits lourds ou coûteux (soins hospitaliers et ALD) qui concernent une minorité d'assurés mais en augmentation constante et régulière.

Il en résulte un phénomène sensible de concentration des dépenses d'Assurance maladie. Le taux de prise charge des pathologies lourdes est très élevé. Grâce au dispositif des affections de longue durée (ALD), il s'établit à 93 %. Il s'agit là indéniablement d'un point fort du système de santé français car les assurés sociaux souffrant d'une ALD ont des dépenses de santé en moyenne sept fois plus élevées que les autres personnes. Le dispositif des ALD illustre tout particulièrement le principe de solidarité de la protection sociale française : tous les assurés sont égaux face aux pathologies lourdes, tous sont soignés de la même manière. En raison du niveau de prise en charge des ALD, environ 60 % des dépenses de santé sont concentrées sur 16 % des assurés mais 80 % des assurés connaissent un jour ou l'autre une ALD.

En outre, 15 millions des assurés (soit 25 % des assurés) ont des remboursements inférieurs à 100 euros, et plus de 4 millions d'entre eux n'ont eu aucun remboursement dans l'année.

Les facteurs d'augmentation de la dépense de santé

Entre 2005 et 2010, les pathologies chroniques, qu'elles soient ou non en ALD, contribuent pour 80 % à la croissance des dépenses. La dépense est générée par les patients souffrant de pathologies chroniques aggravées, non pas tant parce que leurs dépenses moyennes augmentent de plus en plus, mais parce que leurs effectifs augmentent plus vite que ceux de la population globale.

Au sein de la catégorie ALD, quatre pathologies concentrent les remboursements et expliquent 70 % de la progression des dépenses : pathologies cardiovasculaires, cancers, affections psychiatriques et diabète.

L'effet du vieillissement est aujourd'hui bel et bien décelable dans l'augmentation des dépenses de santé. D'abord, l'effet de la hausse du niveau de vie est moins prépondérant, n'écrasant plus les autres facteurs. Ensuite le phénomène de vieillissement s'est accéléré, avec l'entrée de la génération du baby-boom dans les âges où l'état de santé se dégrade. Enfin, l'écart de consommation de soins entre les personnes âgées et le reste de la population s'est accru.

La régulation de l'offre de soins

L'Assurance maladie assume également une fonction de **régulation de l'offre de soins**, et en particulier en matière de soins de ville. Cela se traduit par la négociation et la signature de convention avec les représentants des professions de santé (médecins, chirurgiens, infirmiers, paramédicaux). Ce rôle a été réaffirmé par la loi du 13 août 2004 et codifié à l'article L. 111-2-1 du Code de la Sécurité sociale.

Des actions de prévention auprès de ses assurés

Enfin, l'Assurance maladie participe aux côtés de l'État à la politique nationale de santé publique en menant des actions de prévention auprès de ses assurés **(voir ci-dessous)**.

La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance maladie (art. L.111-2-1 C. de la Séc. soc.)
Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources.
L'État, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire.
En partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'Assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'État.
Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'Assurance maladie.

... toujours plus étroitement encadrées par les pouvoirs publics

Mettant en avant l'augmentation des dépenses de santé depuis cinquante ans (et donc des dépenses de la branche maladie) et le besoin de financement qui en découle, les pouvoirs publics ont développé des dispositifs visant à mieux réguler les dépenses d'Assurance maladie. Cela s'est notamment traduit par des mesures d'encadrement et de contrôle de l'action menée par l'Assurance maladie. Cette orientation politique s'est renforcée depuis 1996 avec l'adoption de la réforme conduite par Alain Juppé. La tendance va nettement dans le sens d'une restriction de l'autonomie de l'Assurance maladie vis-à-vis du pouvoir politique (Parlement et administration). L'État tend à retrouver un rôle central dans la gestion de l'Assurance maladie.

Un encadrement financier annuel : l'ONDAM

Depuis 1996, les dépenses d'Assurance maladie doivent respecter l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), objectif prévisionnel de dépenses voté annuellement par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de Sécurité sociale (LFSS) prévue par les articles LO 111-3 et suivants du Code de la Sécurité sociale.
Certes, l'ONDAM n'est pas opposable et ne constitue pas une enveloppe financière fermée, ce qui signifie que le droit au remboursement est préservé même si l'objectif est dépassé. Mais son montant détermine les ressources allouées aux différentes institutions, en particulier l'Assurance maladie, comme les marges de manœuvre financière dans le cadre des accords passés avec les professionnels de santé (par exemple pour une décision de revalorisation tarifaire). Les orientations décidées par le conseil de la CNAM-TS doivent respecter cet objectif de dépense. C'est un premier niveau de contrôle des dépenses d'Assurance maladie et de l'action de la branche.
On distingue deux périodes pour l'ONDAM. Une période qui s'étend de sa mise en œuvre en 1997 à 2010 où l'ONDAM a été systématiquement dépassé. Face au dépassement récurrent de l'ONDAM, de nouvelles mesures ont été prises : depuis 2004, un comité d'alerte est chargé de veiller à ce que le niveau d'évolution de l'ONDAM soit le plus proche de celui voté par le Parlement. À défaut, des mesures d'économie doivent être décidées.

Depuis 2010, s'est ouverte une deuxième période où l'ONDAM a été sous-exécuté, c'est-à-dire que les dépenses constatées y ont été inférieures à celles qui avaient été initialement prévues.
Cette capacité à tenir cet objectif depuis 7 années doit être saluée dans la mesure où le périmètre de l'ONDAM n'a cessé de s'élargir pendant cette période et ce, à un moment où les dépenses de santé étaient plus dynamiques.

Des objectifs pluriannuels fixés avec l'État : les Conventions d'objectifs et de gestion (COG)

À l'instar de toutes les branches de Sécurité sociale, les objectifs de la branche, les moyens de fonctionnement pour les réaliser et les actions prioritaires à mener font l'objet d'une négociation avec l'État et sont contractualisés par la signature d'une Convention d'objectif et de gestion d'une durée de 4 ans (art. L. 227-1 C. séc. soc.). La COG impacte par la suite les organismes locaux puisqu'elle fait l'objet d'une déclinaison au niveau local par la signature d'un contrat pluriannuel de gestion (CPG) entre la CNAM-TS et la CPAM **(voir ci-après)**.

Un pilotage interne resserré autour du directeur général de la CNAM-TS

L'encadrement de l'Assurance maladie a connu une nouvelle étape avec l'adoption de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Un des objectifs de la loi était de clarifier les responsabilités en renforçant le pilotage de la branche et des organismes locaux par le directeur général (cela s'étant traduit par une évolution de la gouvernance des organismes dirigés depuis par des conseils et des conseillers et non plus par des conseils d'administration et des administrateurs).
À noter ! Le DG de la CNAM-TS est également le directeur de l'UNCAM **(voir supra)**.

La création des ARS : des agences aux compétences très larges

En 2009, l'État a accru de façon considérable son contrôle sur l'activité de la branche maladie avec la réorganisation de l'échelon régional en matière sanitaire par la création des Agences régionales de santé (ARS – **voir encadré ARS**). Désormais, les CPAM devront contractualiser leurs actions de gestion du risque avec l'ARS de leur ressort **(voir encadré ARS)** sur la base d'un contrat conclu entre l'UNCAM et l'État.

Pour aller plus loin

Les chiffres clés de la Sécurité sociale : www.securitesociale.fr
Les comptes nationaux de santé, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

La feuille de route politique CFTC sur la maladie, maternité, invalidité, décès

Défendre les principes fondamentaux de l'Assurance maladie

La CFTC considère que la Sécurité sociale, et l'Assurance maladie en particulier, constituent des éléments à part entière de notre pacte républicain. La CFTC estime que cette institution en est devenue l'un des éléments constitutifs, au même titre que les valeurs d'égalité, de liberté et de fraternité.
La CFTC est attachée aux principes qui fondent l'Assurance maladie :

- son caractère **universel** (tous les Français bénéficient d'une assurance maladie) et **obligatoire** (tous les Français doivent cotiser à l'Assurance maladie conformément aux règles en vigueur) ;
- assis sur un financement **solidaire** dans lequel chacun contribue en fonction de ses revenus et reçoit selon ses besoins et les biens portants payent pour les indemnités et les soins et traitement des malades et des patients ;
- avec pour objectif, d'une part d'assurer aux assurés un service de **qualité homogène** sur l'ensemble du territoire, et d'autre part de garantir des soins sûrs et coordonnés autour des besoins du patient.

La CFTC apprécie l'opportunité des évolutions à entreprendre à l'aune du respect de ces principes.

La question du déséquilibre financier de l'Assurance maladie

Depuis une vingtaine d'années, les comptes de l'Assurance maladie n'ont jamais été à l'équilibre. La cause principale de ce déséquilibre est un **accroissement des dépenses** (porté par la croissance soutenue des **dépenses de santé**, principal facteur d'augmentation des dépenses d'Assurance maladie) plus important que le niveau des recettes. L'essentiel du déficit est donc de nature structurelle. Dès lors, il convient d'agir sur tous les leviers pour permettre à l'Assurance maladie d'équilibrer ses comptes.
Toutefois, les comptes de la branche peuvent être impactés de façon plus conjoncturelle par la baisse du niveau d'activité économique (crise financière et économique entamée en 2007 par exemple). Au déficit structurel s'ajoute alors un déficit conjoncturel grevant d'autant les comptes de la branche.
En la matière, les pistes défendues par la CFTC ont été constantes : décider, dans un premier temps, des mesures nécessaires pour contenir les déficits (amélioration de l'efficience, developpement des soins primaires de proximité pour désengorger l'hopital et appui aux techonologies numériques) puis dans un second temps, arrêter les modalités permettant un financement pérenne de la Sécurité sociale.

Les priorités d'actions de la CFTC

1. Replacer la personne au cœur du système de santé

La CFTC considère **le droit à la santé comme un droit fondamental**. Toute personne doit être protégée des risques majeurs tout au long de sa vie. Notre système d'Assurance maladie solidaire a largement contribué à l'effectivité de ce droit. Cependant, l'éclatement du système ne favorise pas une prise en charge efficiente de la personne. Il est urgent de replacer la personne au cœur du système de santé, de la naissance à la fin de vie et de favoriser une coordination des soins et traitements efficients. Pour exemple, l'absence quasiment totale de lien entre services hospitaliers et médecin traitant suite à une hospitalisation est encore très souvent la règle.

Pour y remédier, il est urgent de construire un parcours de soins lisible, compréhensible et accessible pour l'ensemble des citoyens, quels que soient son statut (actif, inactif) et son lieu de résidence sur le territoire. Ce parcours de soins doit prendre appui sur le médecin traitant, le dossier médical personnel (DMP) et un haut niveau de remboursement de tous les soins dès lors qu'ils sont médicalement justifiés. Pour l'assuré, le parcours de soins doit être synonyme de soins justes et de qualité.

2. Défendre les intérêts des assurés sociaux : assurer un haut niveau de remboursement des actions de prévention et de tous les soins et traitements médicalement justifiés

Pour certains spécialistes, l'Assurance maladie a vocation à recentrer ses remboursements sur les seuls assurés touchés par des pathologies lourdes, graves et coûteuses.

La CFTC estime au contraire que la pérennité de notre assurance solidaire tient avant tout à l'effectivité du principe fondateur selon lequel « **chacun paye selon ses moyens et reçoit selon ses besoins** ». Cela signifie pour la CFTC qu'il importe de bien rembourser l'ensemble des soins, notamment les soins dits courants qui concernent une majorité d'assurés, dès lors qu'ils sont médicalement justifiés. En effet, la solidité du système tient au fait que l'ensemble des assurés y adhère parce qu'il a le sentiment de pouvoir en bénéficier dès lors qu'il en a besoin.

3. Approfondir l'évolution en matière de gestion du risque santé

Cet approfondissement doit favoriser une prise en charge de qualité aux justes coûts mais aussi éviter les gaspillages financiers et la dispensation de soins non adaptés. Les COG et les conventions conclues avec les professionnels de santé doivent permettre de développer la gestion du risque. Pour la CFTC, deux axes permettront encore de mieux soigner au juste coût : le développement des référentiels de bonne pratique et la relance de la formation continue des professionnels de santé.

Toutefois, cette évolution doit impérativement s'accompagner d'une réflexion sur la politique actuelle visant à réduire les frais de gestion, notamment à l'égard des personnels des organismes et de leurs conditions de travail.

L'un des objectifs prioritaires de la branche demeure d'assurer un service de qualité à l'égard de l'assuré. La recherche excessive d'économies ne manquera pas de nuire à terme à la qualité du service et à la cohérence d'action du réseau. De plus, un potentiel de services à destination des assurés peut et doit être développé, ce qui implique la mobilisation de moyens humains et financiers.

4. Favoriser la prévention par une action sur les déterminants de santé

Pour des motifs d'ordre aussi bien social (la prévention favorise la réduction des inégalités de santé), sanitaire (l'accroissement de la prévalence des pathologies chroniques et des complications qui y sont liées) que financier (réduire les coûteuses dépenses de soins qui sont évitables par la prévention), l'Assurance maladie doit favoriser une évolution du système de santé vers plus de prévention, de dépistage, et de santé publique.

La CFTC souhaite que soit définie par l'Assurance maladie une politique globale de prévention susceptible d'assurer le dépistage et la prévention des pathologies d'un assuré de la naissance à la fin de vie (de la prévention dentaire et nutritionnelle chez le jeune enfant au suivi post-professionnel pour l'assuré inactif).

La CFTC souhaite que l'Assurance maladie accentue son action de prévention et y consacre davantage de moyens.

Les campagnes de dépistage doivent être multipliées sur la base de l'expérience acquise pour le dépistage du cancer du sein.

La CFTC pense qu'il est indispensable que le suivi des personnes dans les périodes de transition de la vie soit mieux assuré. Nous pensons ici notamment aux périodes d'inactivité forcée ou choisie ou aux périodes de fin d'activité professionnelle et de départ à la retraite.

Enfin, il est indispensable que les pouvoirs publics conduisent une politique de prévention globale et cohérente. L'amélioration de l'état de santé de la population française passe par des actions en faveur de l'éducation et de la qualification, de logements sains et sûrs, et surtout d'une politique dynamique d'amélioration des conditions de travail.

Les Conventions d'objectifs et de gestion (COG) de la branche maladie, maternité, invalidité, décès

Depuis 1996, cinq COG ont été signées entre la CNAM-TS et l'État. Les deux premières COG (1997-1999 ; 2000-2005) ont fixé les premiers objectifs du réseau en matière de santé publique, de service rendu à l'usager et de renforcement de l'efficacité du réseau.

La COG 2006-2009 a révélé une rupture importante. Marquée par le nouvel environnement législatif (loi du 9 août 2004 sur la santé publique et loi du 13 août 2004 sur l'Assurance maladie), cette COG consacre l'évolution de l'Assurance maladie puisque le développement des fonctions de **gestion du risque santé** constitue le cœur de la convention. Pour le réseau, cet axe se traduit par de nouvelles actions de dépistage (cancer du sein) et de prévention à destination des assurés (le programme M'T dents), de lutte contre les inégalités de santé et de promotion de l'efficience auprès des offreurs de soins (médecins, paramédicaux et établissements de santé) notamment par l'action des délégués de l'Assurance maladie (DAM). La COG a également approfondi les actions visant à favoriser **l'efficience du réseau** notamment par une logique de rapprochement des organismes locaux (sur la période 2006-2009, le nombre de CPAM est passé de 128 à 102 sur la métropole), des opérations de mutualisation et la réduction des écarts de coût de gestion. Enfin, cette COG fixait des objectifs en matière de renouvellement des effectifs à hauteur de 60 % (un peu plus d'un départ sur deux remplacé).
Malgré des désaccords sur certains points, **la CFTC a émis un avis favorable sur la COG 2006-2009** considérant que la pérennité du système d'Assurance maladie français passe, d'une part, par la mobilisation de tous les acteurs autour de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et de l'objectif de « soigner mieux et aux justes coûts » et d'autre part, par la promotion de la qualité et de la sécurité des soins et des traitements et par une politique globale de prévention tout au long de la vie.

La COG 2010-2013 s'inscrit dans la continuité de la précédente. Elle approfondit ainsi les missions de **gestionnaire du risque santé** et poursuit la **maîtrise médicalisée** (développement du Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)).
La COG fixe de nouveaux objectifs en matière d'**offre de services** à destination de l'ensemble des assurés (développement du compte assuré sur internet, élargissement de SOPHIA, service d'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques). Des projets nouveaux tels que l'accompagnement de la sortie d'hospitalisation, l'éducation thérapeutique du patient sont prévus. Enfin, la COG envisage le **partage des rôles entre les CPAM et les nouvelles ARS**, notamment en matière d'action de prévention. Des actions pour renforcer l'efficience du réseau sont également programmées. Pour ce qui est des **moyens humains**, la COG prévoit la création de 500 postes pour les nouveaux métiers mais programme le remplacement d'un seul départ à la retraite sur deux (cette moyenne nationale étant pondérée selon la situation de la caisse).

La délégation CFTC s'est abstenue lors de l'examen du projet en conseil de la CNAM-TS. En accord avec une grande partie des orientations, elle a considéré que les moyens n'étaient pas à la hauteur des objectifs fixés. La crainte majeure de la CFTC est de constater la dégradation de la cohésion du réseau et de la qualité du service aux assurés au terme de la période couverte par la COG. C'est pourquoi la CFTC a défendu en conseil une montée en charge progressive et responsable des objectifs de la COG, notamment en matière de productivité des organismes.

COG 2014-2017

Dans ce cadre l'État et l'Assurance maladie poursuivront quatre objectifs majeurs :

- **garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins ;**
- **assurer un service performant et une relation de qualité avec les usagers ;**
- **contribuer à la Stratégie nationale de santé et à l'efficience du système de soins ;**
- **renforcer l'efficacité collective de l'Assurance maladie et conforter la performance des Unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM).**

La COG prévoyait également de rendre 4 390 postes, avec un taux de renouvellement à 53 %.

Bien qu'ayant émis un avis favorable lors de la présentation des orientations de la COG en février 2014, **la CFTC s'est abstenue** lors du vote. Cet avis avait été accompagné de sérieuses réserves concernant les moyens financiers et humains dont la CNAMTS disposerait pour mettre en œuvre cette politique et continuer d'assurer ses missions. Compte tenu de l'ampleur de la réduction de postes, la CFTC avait exposé ses doutes quant à la capacité de l'Assurance maladie à poursuivre les transformations du réseau au rythme élevé des dernières années, sans qu'il soit observé des impacts sur la qualité des services, ou sur les risques psychosociaux des personnels de l'Assurance maladie.

L'organisation administrative de la branche maladie

La branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général est composée d'une caisse nationale (la CNAM-TS), établissement public administratif placé sous la tutelle de l'État, et d'un réseau décentralisé d'organismes de droit privé qui assurent une mission de service public (les CPAM). Chaque organisme bénéficie de l'autonomie administrative et financière. Comme tous les organismes de Sécurité sociale, ils sont soumis à la tutelle et au contrôle des pouvoirs publics : les ministères de la Sécurité sociale et du Budget au plan national, et les antennes de la mission nationale de contrôle au plan local.

Plus concrètement, en 2016, la branche maladie, c'est :
- une caisse nationale, la CNAM-TS, qui compte 2 000 salariés ;
- un réseau de 102 CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie) en France métropolitaine (+ 1 CCSS en Lozère) et environ 85 169 collaborateurs ;
- 5 CGSS (Caisse générale de Sécurité sociale) dans les départements d'outre-mer (+ 1 CSS à Mayotte) ;
- 13 UGECAM (Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie) et environ 14 600 collaborateurs **(voir ci-dessous)** ;
- un service national du contrôle médical reparti sur le territoire en échelons régional et local du contrôle médical **(voir ci-dessous)** ;
- 16 caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT, ex-CRAM **(voir « Être conseiller de CARSAT »)**) et une Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF).

Le service du contrôle médical de l'Assurance maladie

Constitué de praticiens conseils (médecins, pharmaciens, chirurgiens, dentistes), il est organisé de façon pyramidale et structuré en échelons :
- un échelon national, dirigé par un médecin-conseil national, placé près du DG ;
- un échelon régional du service médical dirigé par un médecin-conseil régional ;
- un échelon local dirigé par un médecin-conseil chef de service. Il constitue le pôle auprès de chaque caisse primaire.

Les praticiens conseils disposent d'un statut particulier dans le réseau en raison de leur profession et des garanties déontologiques qui y sont attachées. Chaque médecin-conseil est libre de son avis mais celui-ci peut être contesté au moyen d'une expertise médicale.
Leurs missions sont de deux ordres :
- l'analyse et le contrôle des demandes de prestations des patients et les activités de professionnels de santé et établissements de santé ;
- l'action en gestion du risque par le conseil des assurés et professionnels de santé sur la réglementation médico-sociale et sur le bon usage des soins, l'accompagnement des assurés et professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des ALD (affections de longue durée), et la promotion de la maîtrise médicalisée (bonne application de la réglementation et des pratiques médicales).

Le groupe UGECAM

Créées en 1997 par le conseil d'administration de la CNAM-TS, les 13 UGECAM assurent, dans leur circonscription, l'orientation et la gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux de l'Assurance maladie du régime général. Elles le font en conformité d'une part avec les orientations fixées par la COG et d'autre part avec les priorités et les dispositifs de planification sanitaire et médico-sociale établis par les ARS.

Une direction du groupe UGECAM directement rattachée au DG de la CNAM-TS est chargée de coordonner l'activité des établissements.

Les UGECAM assument la gestion d'environ 255 établissements, ce qui représente plus de 14 000 salariés et 13 500 équivalents temps plein pour un chiffre d'affaires d'environ 900 millions d'euros.

L'activité sanitaire est assurée par 85 établissements. Les établissements sont plutôt spécialisés sur les soins de suite (50 % des lits) et la rééducation fonctionnelle (37 % des lits). Pour l'activité médico-sociale (75 établissements), les établissements ont aussi spécialisé leurs activités sur la prise en charge de l'enfance inadaptée et la rééducation fonctionnelle.

Le bénéfice majeur de cette spécialisation est de permettre la mise en place de filières intégrées sur un même site et d'offrir un service cohérent de prise en charge médicale et médico-sociale par la mise en commun des équipes pluridisciplinaires et des plateaux techniques.

Toutefois des obstacles subsistent, tels un parc immobilier vétuste et peu adapté à l'activité, un dimensionnement et une cohérence géographique des établissements à adapter, des difficultés de recrutement sur certaines professions et des problèmes de financement.

Les risques professionnels : une branche distincte de la branche maladie mais un réseau d'organismes commun

Aperçu historique

Ce n'est qu'après plusieurs années d'intenses débats que l'Assemblée nationale de la IIIe République adopte la loi du 9 avril 1898, qui aménage le droit de la responsabilité civile. Elle établit un compromis entre les intérêts des travailleurs (réparation automatique d'un accident du travail sans nécessité de démontrer la faute de l'employeur) et les intérêts patronaux (réparation forfaitaire du dommage et non-réparation intégrale). En contrepartie du droit à la réparation automatique de son dommage, la victime perd son droit à agir en justice sur le fondement de la responsabilité civile de droit commun.
Cette loi marque un tournant : elle fonde l'idée d'une responsabilité de l'employeur fondée sur l'existence d'un risque professionnel. Elle est ainsi la première loi à introduire les mécanismes de l'assurance pour garantir un risque social. Cette loi, qui concerne dans un premier temps exclusivement le secteur de l'industrie, va progressivement s'étendre à d'autres secteurs, notamment les secteurs agricole et commercial.
Ensuite, les modalités de prise en charge vont évoluer. D'abord indemnisées directement par leurs employeurs, les victimes vont acquérir très rapidement la possibilité d'agir directement auprès des assureurs pour obtenir réparation (1905).
Puis, le système d'indemnisation va s'étendre pour inclure les maladies professionnelles (1919) et les accidents de trajet (1946).
Ce système de réparation perdurera jusqu'à l'intégration du risque professionnel à la Sécurité sociale en 1946. Dès lors, la procédure de reconnaissance et le versement des indemnités liées aux risques professionnels seront assurés par les organismes de Sécurité sociale (Caisse primaire et Caisse régionale). Le financement demeure du ressort exclusif des employeurs mais ces derniers ont désormais l'obligation de cotiser auprès de la Sécurité sociale.

Organisation administrative et financière

À compter de la loi du 31 juillet 1994, **la gestion financière du risque accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP) est clairement séparée des autres risques sociaux, le risque professionnel faisant l'objet d'une branche à part entière**. La branche AT/MP dispose ainsi d'un compte de résultat et d'un bilan propres. Comme toute branche, elle formalise également ses objectifs au moyen de Conventions d'objectifs et de gestion (COG).
Cette gestion distincte du risque AT/MP n'a pas entraîné la création d'une nouvelle Caisse nationale. Le choix a été fait d'en confier la gestion à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM-TS) déjà en charge des assurances maladie-maternité-invalidité-décès. Toutefois, en raison de la spécificité de la branche (financement quasi exclusif sur des cotisations employeurs), il a été décidé de confier à une commission strictement paritaire les compétences du conseil de la CNAM-TS en matière de gestion des AT/MP : la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CATMP) (art. L. 221-4 C. séc. soc.) **(voir le détail des attributions de la CATMP dans la partie «Être conseiller à la CNAM-TS»)**.

En outre, cette clarification comptable et financière n'a pas eu de conséquence sur l'organisation administrative du réseau des organismes du régime général.
Les CPAM ont toujours en charge l'instruction des dossiers de déclaration des AT/MP et la liquidation des droits. Sur la base de ces informations, les services de la CARSAT établissent la tarification du risque et notifient à chaque établissement son taux de cotisation AT/MP. Les services prévention et tarification du risque AT/MP (qui comptent près de 2 100 équivalents temps plein) sont également placés auprès des CARSAT tout comme les services sociaux (environ 2 900 équivalents temps plein).
La tendance impulsée par la CNAM-TS est d'ailleurs à la recherche d'une synergie entre l'ensemble des services. L'objectif recherché est de positionner l'Assurance maladie comme étant capable d'appréhender de façon globale la situation de l'assuré et de lui apporter une réponse cohérente en termes de santé et de santé au travail, de prévention et d'accompagnement social.
À noter ! Depuis 2009, chaque conseil d'administration de CARSAT est assisté d'une commission régionale des AT/MP. De composition strictement paritaire, son avis sera requis pour toute question relative aux AT/MP. Elle mène ses travaux avec l'appui des comités techniques régionaux (CTR), en charge de l'animation de la politique régionale de prévention par secteur d'activité.

Gouvernance de la CNAM-TS

Depuis la réforme initiée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, le pilotage de la CNAM-TS (Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés) est assuré conjointement par un conseil (et non plus un conseil d'administration), un directeur général (et non plus un directeur) et un conseil de surveillance.
De façon concrète, il revient à chacune des instances d'assumer des fonctions distinctes que l'on peut résumer ainsi :

- le conseil de la CNAM-TS définit les orientations stratégiques de la branche ;
- le directeur général assure la mise en œuvre des orientations et assume les tâches relatives à la gestion de la branche ;
- le conseil de surveillance assure un contrôle a posteriori de la branche.

Missions de la CNAM-TS

En vertu de l'article L. 221-1 du Code de la Sécurité sociale, il revient à la Caisse nationale de :

- gérer d'une part les assurances maladie, maternité, invalidité et décès, et d'autre part les accidents du travail et les maladies professionnelles (avec délégation de compétence à la commission AT/MP) et de déterminer les conditions de leur équilibre financier ;
- définir les orientations, les principes et les objectifs qui guident son action et celle de l'Assurance maladie en général, et d'en assurer la mise en œuvre ;
  - élaboration et application de la COG ;
- assurer la mise en œuvre des accords dits « conventionnels » conclus entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs des professionnels de santé ;
  - mise en place du parcours de soins ;
- développer la maîtrise médicalisée et accompagner l'évolution des comportements des acteurs ;
  - développement du CAPI, promotion des référentiels de bonnes pratiques ;
- définir et promouvoir la prévention de la maladie, des accidents du travail et des maladies professionnelles en réalisant les actions nationales utiles ;
  - campagne de dépistage, de vaccination, programme d'éducation thérapeutique ;
- organiser et diriger le service médical de l'Assurance maladie ;
- déterminer et coordonner l'activité des organismes des branches maladie et AT/MP (CPAM, CARSAT…), négocier et attribuer les budgets aux caisses locales dans le cadre de contrats pluriannuels de gestion (CPG) et assurer des services de conseil et d'appui au réseau dans son activité ;
- organiser et coordonner l'action sanitaire et sociale du réseau ;
  - attribution des dotations paramétriques aux CPAM et ventilation dans le réseau des crédits non consommés.

Composition du conseil de la CNAM-TS

Le conseil de la CNAM-TS est composé de 35 membres ayant voix délibérative et de 6 membres ayant voix consultative, répartis de la façon suivante :

Catégorie de représentants		Avec voix délibérative		Avec voix consultative	
Représentants des assurés sociaux (désignés par les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national)	CFTC	2	13		
	CFE/CGC	2			
	CFDT	3			
	CGT	3			
	FO	3			
Représentants des employeurs (désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives au niveau national)	MEDEF	7	13		
	CPME	3			
	U2P	3			
Représentants de la Mutualité française			3		
Personnalités qualifiées (désignées par le ministère chargé des Affaires sociales)	Fonds CMU	1	2		
	UNSA	1			
Représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'Assurance maladie	CISS	1	4		
	FNATH	1			
	UNAPL	1			
	UNAF	1			
Représentants élus du personnel (élus par les cadres et les employés de l'organisme)	Employés			1	3
	Praticiens			1	
	Cadres			1	
Directeur général					3
Agent comptable					1
Contrôleur général économique et financier					1

Important ! Chaque organisation ayant désigné un ou plusieurs représentants au conseil désigne un nombre égal d'administrateurs suppléants. Ainsi la délégation CFTC est composée de 4 représentants, soit 2 titulaires et 2 suppléants.

La pratique de la désignation d'un chef de file

Bien que non mentionné dans le code de la Sécurité sociale ou même dans le règlement intérieur du conseil, il est d'usage que chaque délégation au sein du conseil désigne un chef de file. Cela facilite l'organisation et le dialogue avec le cabinet de la présidence, du directeur ainsi que le secrétariat général du conseil pour les délégations qui comportent plusieurs représentants. Porteur du discours de l'organisation à laquelle il appartient, le chef de file est donc l'interlocuteur privilégié des instances. Il participe à des réunions préparatoires ou d'information sur certains sujets (travaux préparatoires à la signature des COG notamment).

À noter ! Les conséquences de la désignation d'un chef de file dans chacune des Caisses nationales de Sécurité sociale sur l'organisation interne de la CFTC : d'une part, ce chef de file est chargé de faire le lien entre le conseil et le responsable politique en charge de la protection sociale à la Confédération ; d'autre part, il détient un rôle d'animation du réseau des administrateurs désignés dans les structures locales de la branche concernée.

Fonctionnement du conseil de la CNAM-TS

Lors de la 1ère réunion : élection du président et du (ou des) vice-président(s)
(art. L. 231-7 et D. 231-24 C. séc. soc.)
Au cours de sa première réunion, immédiatement après son installation sous la présidence de son doyen d'âge, le conseil élit en son sein un président, et, après son installation, un (ou des) vice-président(s).
L'élection a lieu au scrutin secret à la majorité absolue des suffrages exprimés au premier et deuxième tour, à la majorité relative au troisième tour et en cas de partage des voix, au bénéfice de l'âge.
Important ! Le président et le vice-président ne peuvent appartenir au même collège.
À noter ! Les personnes qualifiées ne sont ni électrices, ni éligibles aux fonctions de président ou vice-président.
La durée du mandat est identique à celle des administrateurs, soit 4 ans.
À savoir ! Le mandat des conseillers CNAMTS désignés en 2014 a pris fin en décembre 2017, à l'échéance de renouvellement de l'ensemble des conseils et conseils d'administration des organismes de Sécurité sociale. Il a donc été écourté d'une année.
Depuis 1996, la CFDT occupe la présidence de la CNAM-TS.

Périodicité des réunions

Le conseil de la CNAM-TS se réunit chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par trimestre civil. Il fixe semestriellement le calendrier de ses travaux.
Il peut être convoqué en dehors des séances normales par le président soit à l'initiative de celui-ci, soit sur l'invitation du ministre chargé de la Sécurité sociale ou du ministre chargé du Budget.
En pratique, au sein de la CNAM-TS, le conseil se réunit habituellement une fois par mois.

Convocation et ordre du jour

La convocation, l'ordre du jour et les documents s'y rapportant doivent parvenir aux membres du conseil, au moins huit jours ouvrables avant la réunion, sauf exception motivée par l'urgence.
Le conseil ne peut délibérer valablement que des affaires régulièrement inscrites à l'ordre du jour.
Les demandes de renvoi, à une autre séance du conseil ou à une commission, d'une question régulièrement inscrite à l'ordre du jour, doivent faire l'objet d'une décision majoritaire du conseil.

Quorum

Le conseil ne peut délibérer valablement que si la majorité des membres ayant voix délibérative assiste à la séance. Lorsque le quorum est atteint au début de la discussion d'une question, la délibération se poursuit jusqu'à son terme.
Important ! Toute décision prise en séance quand le quorum n'est pas atteint est nulle et non avenue.

Suppléance

Les membres suppléants ne siègent qu'en l'absence d'un membre titulaire appartenant à la même organisation (art. L. 231-3 et R. 231-2 C. séc. soc.).
Il n'est donc pas possible de convoquer systématiquement les administrateurs suppléants, en même temps que les administrateurs titulaires.
Toutefois, tous les membres suppléants reçoivent dans des conditions identiques la même documentation que celle qui est adressée aux membres titulaires.
Important ! La CFTC veut favoriser la délégation : en effet, dans un souci de renouvellement de notre délégation, il est demandé à l'administrateur titulaire de déléguer à son suppléant le soin de siéger de temps en temps pour qu'il appréhende son rôle. Un suppléant au conseil peut également occuper des fonctions de titulaire au sein d'une ou plusieurs commissions. Dans un souci de répartition de la charge de travail et moyennant un fonctionnement en équipe et une bonne communication au sein de la délégation, Il est opportun de lui confier les commissions les plus actives.
Important ! Parité homme/femme ! Le Conseil confédéral incite fortement les structures à favoriser davantage la représentation féminine lors du renouvellement des mandatés dans les organismes de Sécurité sociale, soit à hauteur de 50 %. Ce pourcentage doit être respecté par niveau de désignation – UR ou UD - sur l'ensemble des branches.
Important ! Il est à noter qu'aucune condition de nationalité ni de résidence n'est exigée. Toutefois, il est conseillé d'être attentif à la proximité entre le lieu de travail ou de domicile et le siège de l'organisme.

Délégation de vote

Lorsqu'ils ne sont pas suppléés, les administrateurs peuvent donner délégation de vote à un autre membre du conseil. La délégation doit être donnée par écrit et remise au président en début de séance.
À noter ! Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Vote des décisions

Les questions soumises aux délibérations du conseil peuvent donner lieu, soit au **vote à main levée**, soit au **vote à bulletin secret**.
Le vote à main levée est le mode de votation ordinaire.
Le vote à bulletin secret est obligatoire en matière d'élection et sur toute autre question lorsqu'il est demandé par un administrateur.
Les décisions sont prises à la **majorité des voix**, en tenant compte des délégations de vote données à certains administrateurs par les absents.

Seuls les suffrages exprimés sont retenus dans le décompte des voix. Les prises d'acte, abstentions, non-participations au vote ne sont pas retenues dans le décompte des voix mais sont enregistrées de manière distincte dans le relevé de décision.
En cas de partage des voix et dans le cas où aucune majorité ne peut se dégager en cours de séance, la question peut être réinscrite à l'ordre du jour d'une séance ultérieure.
À noter ! La voix du président n'est pas prépondérante.

Utilisation de la suspension de séance

Avant de prendre acte d'une décision, faculté est donnée aux administrateurs d'un même collège de demander une suspension de séance qui sera consacrée à échanger entre eux, voire à définir ou redéfinir une position intersyndicale. Elle peut être utile également si les débats qui ont lieu sur une question sont de nature à remettre en cause le sens du vote décidé préalablement au sein de la délégation et/ou avec le responsable politique confédéral chargé du dossier. Ce procédé peut enfin être utilisé lorsque des documents sont distribués en séance et n'ont pu faire l'objet d'une lecture préalable.

Procès-verbal

Chaque réunion d'un conseil donne lieu à un procès-verbal qui doit être signé par le président et le (ou les) vice-président(s). Dans les dix jours qui suivent la séance, les procès-verbaux des délibérations du conseil sont envoyés au ministre en charge de la Sécurité sociale et au ministre chargé du Budget.
Le procès-verbal doit être soumis lors de la séance suivante à l'approbation du conseil et communiqué à tous les membres du conseil, y compris les personnes ayant voix consultative (art. R. 225-5 C. séc. soc.).
Il revient à chaque administrateur de vérifier que les propos qui lui sont attribués sont fidèles à ce qui a été prononcé et que le sens du vote est correctement repris.

Attributions du conseil de la CNAM-TS

Depuis 2004, le conseil est recentré sur des missions stratégiques.

Les attributions des conseillers CNAM-TS peuvent être classées en 5 grandes catégories :

1. Un pouvoir consultatif

Le conseil va ainsi définir la contribution de l'Assurance maladie à la mise en œuvre de la politique de santé, notamment en matière d'organisation du système de soins. L'Assurance maladie conservait un rôle important en la matière, en particulier sur la régulation des soins de ville. Mais la mise en place des ARS a modifié ce partage des rôles avec l'administration.
Le conseil va certainement se recentrer sur sa seconde mission qui consiste à définir à intervalle régulier les orientations en matière de gestion du risque santé **(voir supra)**, principal levier d'évolution des missions de la branche.
Par ailleurs, annuellement, le conseil détermine l'évolution des charges et produits de la caisse, c'est-à-dire les propositions que l'Assurance maladie présente aux ministres compétents en vue du projet de loi de financement de Sécurité sociale (PLFSS).

2. Un pouvoir de signature et de mise en œuvre de la COG

Tous les quatre ans, le conseil, avec l'appui des commissions, fixe les orientations de la COG. Il revient ensuite au président et au directeur général de la signer.

3. Un pouvoir de contrôle

Le conseil décide des principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes.
Le conseil s'intéresse également à la politique d'amélioration de la qualité des services rendus à l'usager, de la politique de communication à l'égard des assurés sociaux et des professionnels de santé.
Son rôle est également d'assurer les principes directeurs quant à l'organisation du réseau des organismes régionaux, locaux et de leurs groupements ou unions.

4. Un pouvoir de gestion financière

Le conseil détermine le montant des différents budgets nationaux de gestion et d'intervention : Fonds national de gestion (FNG), Fonds des actions conventionnelles (FNAC), Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS), Fonds de prévention, d'éducation et d'information à la santé (FNPEIS).
De plus, le conseil peut être saisi par le ministre chargé de la Sécurité sociale de toute question relative à l'Assurance maladie.

5. Un pouvoir de mise en place des structures de l'organisme

Le conseil adopte ses statuts par l'établissement d'un règlement intérieur qui doit être soumis à l'approbation ministérielle.

Constitution de commissions

Le conseil peut constituer en son sein des commissions auxquelles il peut déléguer une partie de ses attributions. Actuellement, il existe sept commissions. Seule la commission de la réglementation dispose d'une délégation de pouvoir.
Conseil ! Pour un travail efficace au sein des commissions, les représentants CFTC ont intérêt à connaître ce qui se passe dans le réseau. D'où la nécessité pour les conseillers nationaux CFTC que les conseillers de CPAM fassent remonter de l'information !

1. La commission de la réglementation (COR) (présidence U2P)
Elle délibère sur les projets de textes législatifs réglementaires dont le conseil de la CNAM-TS est saisi pour avis. Elle dispose d'une délégation de compétence du conseil. C'est une commission importante en raison du nombre conséquent de textes législatifs et réglementaires dont est saisie pour avis la Caisse nationale.
La commission donne notamment son avis sur les dotations versées par la CNAM-TS à des organismes extérieurs ou sur le montant des subventions d'équilibres versées à d'autres régimes. D'ailleurs, un de ses axes de travail est de mieux inventorier les contributions de la CNAM-TS.

2. La commission de la relation aux publics et de l'action sanitaire et sociale (CORPASS) (présidence CGT)
Elle prépare les délibérations du conseil portant sur les objectifs d'amélioration de l'offre et de la qualité des services rendus aux assurés et professionnels de santé, les orientations en matière de relations avec le réseau associatif, les orientations de politique d'action sanitaire et sociale (ASS) concernant le réseau, notamment en matière de lutte contre la précarité et les dispositifs d'aide à l'accès aux soins, la partie des fonds budgétaires (FNASS, FNPEIS, FNGA) relevant de son champ de compétence.

3. La commission de suivi des dépenses (CSDS) **(présidence CFTC)**
Elle suit et analyse l'évolution des dépenses de santé et prépare les travaux du conseil portant sur l'évolution des charges et produits et les mesures d'équilibre et sur la politique de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes.
Elle a pour but de mieux connaître les facteurs d'évolution des dépenses de l'Assurance maladie, d'analyser de façon plus fine certains segments de la dépense (par les dépenses de transport). Ses travaux alimentent ensuite la réflexion du conseil sur les orientations à décider en matière de gestion du risque.

4. La commission de santé prévention (CSP) (présidence FNMF (Fédération nationale de la mutualité française))
Elle prépare les délibérations du conseil portant sur les orientations en matière de prévention, d'éducation sanitaire, d'information sanitaire et tout ce qui concourt à la politique de santé publique (notamment la coordination du réseau) et sur la partie des fonds budgétaires (FNASS, FNPEIS, FNGA) relevant de son champ de compétence.

5. La commission de l'organisation des soins (COS) (présidence CGT-FO)
Elle prépare les délibérations du conseil portant sur les orientations générales en matière d'organisation des soins et de fonctionnement du système de soins (ville et hôpital), du système de santé et d'offre de soins gérés par l'Assurance maladie (établissements des UGECAM, centre de santé, clinique dentaire et d'appareillage).

6. La commission de l'animation du réseau et des moyens (CARM) (présidence CPME)
Elle prépare les délibérations du conseil portant sur les orientations en matière d'organisation du réseau, de politique immobilière pour l'ensemble des organismes du réseau, de budgets de gestion de l'Assurance maladie.
La CARM a suivi tout le processus de fusion de caisses primaires en 2006 et 2009. Elle suit également les projets de mutualisation menés par les CPAM du réseau.

7. La commission des systèmes d'information (CSI) (présidence CFE-CGC)
Elle prépare les délibérations du conseil portant sur les orientations stratégiques en matière de système d'information (comme la liquidation médicalisée) et les orientations relatives aux démarches qualité et procédure de certification.

Une commission spécifique : la Commission accidents du travail et maladies professionnelles (CATMP) (présidence MEDEF)
Cette commission strictement paritaire assume les compétences du conseil de la CNAM-TS en matière d'ATMP (art. L. 221-4 C. séc. soc.).
La CATMP participe à l'élaboration des orientations de la convention d'objectif et de gestion (COG) dont elle suit ensuite la mise en œuvre. Ainsi, la COG 2014-2017, qui touche à sa fin, fixait les priorités nationales d'actions pour la branche AT/MP. La future COG 2018-2021 est en cours de préparation.
La CATMP a en charge la définition de la politique nationale de prévention mise en œuvre par les services prévention des caisses régionales avec l'appui des neufs comités techniques nationaux (CTN). Même si le nombre d'accidents du travail s'est stabilisé et le nombre de maladies professionnelles a diminué sur la période 2014-2017, le développement d'une politique de prévention ambitieuse, en adéquation avec le plan santé au travail 2016-2020 (PST3), reste une priorité. La CATMP a formalisé un plan national d'actions autour de trois risques prioritaires : les TMS, les risques liés aux manutentions et les risques liés à l'exposition des CMR.
Enfin, la CATMP, toujours avec l'appui des CTN, assume les missions liées à la tarification du risque AT/MP. Elle approuve ainsi les taux réels et les taux nets moyens et pour chaque secteur d'activité. Sur la base de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS), elle peut décider du relèvement des taux de cotisations nécessaires à l'équilibre de la branche.

Les orientations de la CFTC en matière d'AT/MP

Au sein de cette commission, la feuille de route de la CFTC est établie sur la base de principes simples : d'une part, respecter la dignité humaine par l'effectivité du droit à la sécurité et à la santé au travail, d'autre part, défendre et garantir les intérêts des assurés sociaux.

De façon plus concrète, la CFTC défend le renforcement de la place des représentants des salariés au sein du réseau pour contribuer à l'effectivité de la prévention en entreprise. Le paritarisme consolidé par la mise en place des commissions régionales d'AT et de MP (CRATMP) ainsi que par le renforcement des moyens des comités techniques régionaux (CTR) redynamisés doit conduire à une plus grande efficacité de la prévention en milieu de travail au bénéfice de la santé des salariés. C'est la première priorité de la CFTC.

La deuxième priorité que se fixe la CFTC est de parvenir à une **amélioration notable de la réparation aux victimes d'AT/MP**. Réparer équitablement d'abord, reclasser ou réinsérer efficacement ensuite la personne victime d'un AT/MP sont des devoirs pour la branche. C'est aussi garantir le respect de la dignité de la personne humaine et de sa famille. La CFTC est attachée historiquement à cette valeur.

L'amélioration de la réparation aux victimes d'AT/MP passe également par une politique de lutte résolue contre le phénomène de sous-déclaration et de sous reconnaissance des AT/MP afin que toutes les victimes du travail soient justement indemnisées.

Enfin, **assurer le suivi effectif des salariés tout au long de leur vie** est la troisième priorité de la CFTC. Cela passe par un dispositif efficace de traçabilité des expositions professionnelles. La CFTC regrette que le compte personnel de prévention de la pénibilité n'ait pas eu la chance d'être appliqué. Remplacé par le C2P (compte professionnel de prévention), ce système ne tracera plus que les expositions à six facteurs de risques (au lieu de dix précédemment) susceptibles d'ouvrir des droits à une retraite anticipée. Pour les facteurs de risques sortant du système, la CFTC déplore que la retraite anticipée ne soit ouverte qu'aux victimes d'une maladie professionnelle dont l'incapacité est supérieure à 10 %.

Enfin, la CFTC milite pour que la traçabilité du risque chimique soit renforcée. Ce facteur de risque est susceptible de produire des effets avec retard sur la santé des salariés concernés. Prévoir un système de départ anticipé à la retraite pour cause de maladie avérée semble donc incompatible. Pour la CFTC, ce facteur ne devait donc pas être sorti du compte de prévention.

Gouvernance d'une CPAM

Les CPAM sont des organismes de droit privé exerçant une mission de service public. Elles assurent les relations de proximité avec les publics de l'Assurance maladie.
Les missions de gestion, notamment du personnel de la caisse, reviennent au directeur.

De façon générale, le conseil doit être tenu régulièrement informé par le directeur de la CPAM de la mise en œuvre des orientations qu'il définit et formule, autant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement.
Le conseil peut être saisi par le directeur de toute question relative au fonctionnement de la caisse.
Par ailleurs, le conseil peut organiser son fonctionnement interne et décider de la création d'un bureau.

Le directeur de la CPAM
Il est nommé par le directeur général de la CNAM-TS conformément aux dispositions de l'article L. 217-3-1 du Code de la Sécurité sociale. Le conseil peut s'opposer à la nomination à la majorité des deux tiers selon les modalités fixées par l'article R. 217-10 du Code de la Sécurité sociale.
Il assure le fonctionnement quotidien de la caisse sous le contrôle du conseil.

Missions d'une CPAM (art. L. 211-1 et suivants C. séc. soc.)

La fonction première d'une CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie) est d'assumer toutes les tâches relatives au service des prestations légales prévues dans le cadre des assurances gérées par la branche maladie, maternité, invalidité et décès et la branche AT/MP. Elle assure ainsi l'affiliation et la gestion des droits des assurés sociaux, le traitement des feuilles de soins, l'instruction des demandes présentées par les assurés et en particulier le remboursement de frais de santé, le versement d'indemnités journalières ainsi que le versement des prestations.

Une deuxième fonction d'une CPAM est d'être un acteur au service des assurés de sa circonscription. Pour cela, les organismes locaux disposent de Fonds (fonds d'action sanitaire et sociale, fonds de prévention) pour mener des actions locales en lien avec les associations et octroyer des aides individuelles au profit des assurés (aide à l'achat d'une prothèse auditive par exemple).

Enfin, une CPAM accomplit toutes les missions liées à la gestion du risque santé en lien avec l'échelon local du service médical et le service social de la CARSAT. Elle participe au déploiement au plan local des campagnes de prévention (soins bucco-dentaires, pathologies chroniques). Elle participe à l'organisation et à la régulation de l'offre de soins territoriale, notamment en veillant au respect des dispositions prévues par les conventions médicales ou contrôlant la facturation des établissements de santé. Désormais, elle devra élaborer avec l'ARS (Agence régionale de santé) un programme régional de gestion du risque santé.

Composition du conseil d'une CPAM

(art. L.211-2 ; R. 211 -1 C. séc. soc.)

Le conseil d'une CPAM est composé de 23 membres ayant voix délibérative et de 3 ayant voix consultative répartis de la façon suivante :

Catégorie de représentants		Avec voix délibérative		Avec voix consultative
Représentants des assurés sociaux (désignés par les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national)	CFTC	1	8	
	CFE/CGC	1		
	CFDT	2		
	CGT	2		
	FO	2		
Représentants des employeurs (désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives au niveau national)	MEDEF	4	8	
	CPME	2		
	U2P	2		
Représentants de la Mutualité française			2	
Personnalité qualifiée	UNSA		1	
Représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'Assurance maladie	CISS	1	4	
	FNATH	1		
	UNAPL	1		
	UNAF	1		
Représentants élus du personnel (élus par les cadres et les employés de l'organisme)	Employés			1
	Praticiens			1
	Cadres			1
Directeur général				1
Agent comptable				1

Important ! Chaque organisation ayant désigné un ou plusieurs représentants au conseil désigne un nombre égal d'administrateurs suppléants. Ainsi la délégation CFTC est composée de 2 représentants, soit 1 titulaire et 1 suppléant.

Lors de la 1re réunion : élection du président et du (ou des) vice-président(s)
(art. L. 231-7 et D. 231-24 C. séc. soc.)
Au cours de sa première réunion, immédiatement après son installation sous la présidence de son doyen d'âge, le conseil élit en son sein un président, et, après son installation, un (ou des) vice-président(s).
L'élection a lieu au scrutin secret à la majorité absolue des suffrages exprimés au premier et deuxième tour, à la majorité relative au troisième tour et en cas de partage des voix, au bénéfice de l'âge.
Important ! Le président et le vice-président ne peuvent appartenir au même collège.
À noter ! Les personnes qualifiées ne sont ni électrices, ni éligibles aux fonctions de président ou vice-président.
La durée du mandat est identique à celle des administrateurs, soit 4 ans.
À savoir ! Tout comme pour les conseillers CNAMTS, les conseillers CPAM désignés en 2014 verront leur mandat prendre fin en mars-avril 2018, année de renouvellement de l'ensemble des conseils et conseils d'administration des organismes de Sécurité sociale.

Périodicité des réunions

Le conseil d'une CPAM se réunit chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par trimestre civil. Il fixe semestriellement le calendrier de ses travaux.
Il peut être convoqué en dehors des séances normales par le président soit à l'initiative de celui-ci, soit sur l'invitation du directeur de la MNC (Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de Sécurité sociale).
En pratique, au sein de la CNAM-TS, le Conseil se réunit habituellement une fois par mois.

Convocation et ordre du jour

La convocation, l'ordre du jour et les documents s'y rapportant doivent parvenir aux membres du conseil, au moins huit jours ouvrables avant la réunion, sauf exception motivée par l'urgence.
Le conseil ne peut délibérer valablement que des affaires régulièrement inscrites à l'ordre du jour.
Les demandes de renvoi à une autre séance du conseil ou à une commission d'une question régulièrement inscrite à l'ordre du jour doivent faire l'objet d'une décision majoritaire du conseil.

Quorum

Le conseil ne peut délibérer valablement que si la majorité des membres ayant voix délibérative assiste à la séance. Lorsque le quorum est atteint au début de la discussion d'une question, la délibération se poursuit jusqu'à son terme.
Important ! Toute décision prise en séance quand le quorum n'est pas atteint est nulle et non avenue.

Suppléance

Les membres suppléants ne siègent qu'en l'absence d'un membre titulaire appartenant à la même organisation (art. L. 231-3 et R. 231-2 C. séc. soc.).
Il n'est donc pas possible de convoquer systématiquement les administrateurs suppléants en même temps que les administrateurs titulaires.
Toutefois, tous les membres suppléants reçoivent dans des conditions identiques la même documentation que celle qui est adressée aux membres titulaires.
Important ! La CFTC veut favoriser la délégation : en effet, dans un souci de renouvellement de notre délégation, il est demandé à l'administrateur titulaire de déléguer à son suppléant le soin de siéger de temps en temps pour qu'il appréhende son rôle. Un suppléant au conseil peut également occuper des fonctions de titulaire au sein d'une ou plusieurs commissions. Dans un souci de répartition de la charge de travail et moyennant un fonctionnement en équipe et une bonne communication au sein de la délégation, Il est opportun de lui confier les commissions les plus actives.

Parité homme/femme : le Conseil confédéral incite fortement les structures à favoriser davantage la représentation féminine lors du renouvellement des mandatés dans les organismes de Sécurité sociale, soit à hauteur de 50 %. Ce pourcentage doit être respecté par niveau de désignation – UR ou UD – sur l'ensemble des branches.

Délégation de vote

Lorsqu'ils ne sont pas suppléés, les administrateurs peuvent donner délégation de vote à un autre membre du conseil. La délégation doit être donnée par écrit et remise au président en début de séance.
À noter ! Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Vote des décisions

Les questions soumises aux délibérations du conseil peuvent donner lieu, soit au **vote à main levée**, soit au **vote à bulletin secret**.
Le vote à main levée est le mode de votation ordinaire.
Le vote à bulletin secret est obligatoire en matière d'élection et sur toute autre question lorsqu'il est demandé par un administrateur.
Les décisions sont prises à la **majorité des voix**, en tenant compte des délégations de vote données à certains administrateurs par les absents.
Seuls les suffrages exprimés sont retenus dans le décompte des voix. Les prises d'acte, abstentions, non-participations au vote ne sont pas retenues dans le décompte des voix mais sont enregistrées de manière distincte dans le relevé de décision.
En cas de partage des voix et dans le cas où aucune majorité ne peut se dégager en cours de séance, la question peut être réinscrite à l'ordre du jour d'une séance ultérieure.
À noter ! La voix du président n'est pas prépondérante.

Utilisation de la suspension de séance

Avant de prendre acte d'une décision, faculté est donnée aux administrateurs d'un même collège de demander une suspension de séance qui sera consacrée à échanger entre eux, voire à définir ou redéfinir une position intersyndicale. Elle peut être utile également si les débats qui ont lieu sur une question sont de nature à remettre en cause le sens du vote décidé préalablement au sein de la délégation et/ou avec le responsable politique confédéral chargé du dossier. Ce procédé peut enfin être utilisé lorsque des documents sont distribués en séance et n'ont pu faire l'objet d'une lecture préalable.

Procès-verbal

Chaque réunion d'un conseil donne lieu à un procès-verbal qui doit être signé par le président et le (ou les) vice-président(s). Dans les dix jours qui suivent la séance, les procès-verbaux des délibérations du conseil sont envoyés au directeur de la MNC.
Le procès-verbal doit être soumis lors de la séance suivante à l'approbation du conseil et communiqué à tous les membres du conseil, y compris les personnes ayant voix consultative (art. R. 225-5 C. séc. soc.).
Il revient à chaque administrateur de vérifier que les propos qui lui sont attribués sont fidèles à ce qui a été prononcé et que le sens du vote est correctement repris.

Attributions du conseil d'une CPAM

Comme pour le conseil de la CNAM-TS depuis 2004, l'activité du conseil d'une CPAM est recentrée sur la définition des missions stratégiques.

L'arrêté du 29 décembre 2004 fixe les statuts types des caisses primaires **(voir annexe)** qui peuvent être modifiés sur décision du conseil de la CPAM à la majorité qualifiée.

Le conseil établit les statuts et son règlement intérieur.

Le conseil de CPAM a pour rôle de déterminer sur proposition du directeur quatre orientations :
1) les orientations du Contrat pluriannuel de gestion (CPG) ;
2) les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'usager ;
3) les axes de la politique de communication à l'égard des usagers ;
4) les axes de la politique de gestion du risque.

Le conseil peut demander pour les points 2 à 4 de présenter un second projet tenant compte de l'avis du conseil.

En outre le conseil délibère sur les actions suivantes :
- la politique d'action sanitaire et sociale menée par la caisse dans le cadre des orientations définies par la caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés ;
- les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers, notamment par une commission spécifique constituée à cet effet ;
- les opérations immobilières et la gestion du patrimoine de la caisse ;
- l'acceptation et le refus des dons et legs ;
- la représentation de la caisse dans les instances ou organismes au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.

Il approuve les budgets de gestion et d'intervention établis par le directeur et arrête le compte financier après avoir entendu l'agent comptable.

Enfin, il examine le rapport d'activité pour l'année écoulée préparé par le directeur, au plus tard avant la fin du premier semestre de chaque année.

Outre les commissions réglementaires (commission de recours amiable et commission des marchés), le conseil peut constituer en son sein des commissions et leur déléguer une partie de ses attributions. Très souvent les CPAM disposent de commissions pour le versement des prestations supplémentaires, pour mener l'action sanitaire et sociale ou gérer les relations avec les professionnels de santé conventionnés.

Le directeur de la CPAM négocie et signe avec le directeur général de la CNAM-TS le CPG de la caisse dont il a la charge.
Il a une mission générale de préparation et de mise en œuvre des travaux du conseil. Il prépare notamment les propositions de la caisse concernant le CPG.

Il assume également les fonctions liées à la gestion de la caisse. Il prend toutes les mesures nécessaires à l'organisation et au fonctionnement de la caisse nationale, à sa gestion administrative, financière et immobilière. Il est en charge de l'exécution des budgets de gestion et d'intervention tels qu'approuvés par le conseil.
Enfin, il a toute compétence en matière d'organisation de la caisse. Ainsi, il nomme les agents de direction autres que les agents comptables.
Il joue également le rôle de relais de la caisse nationale et des directives établies au plan national. Il prend les décisions qu'impliquent les mesures arrêtées par la CNAM-TS pour l'organisation et le pilotage du réseau. Il transmet au conseil et au DG de la CNAM-TS le rapport d'activité et de fonctionnement de la caisse.
Enfin, dans le cadre du programme régional de gestion du risque établi par le directeur de l'ARS (Agence régionale de santé) et inclus au projet régional de santé de l'ARS, le directeur signe un contrat avec le directeur de l'ARS de son ressort.

Les Agences régionales de santé (ARS)

Les ARS sont en place depuis le 1er avril 2010. Elles sont issues de la fusion de plusieurs organismes : DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales), DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), ARH (Agence régionale de l'hospitalisation), URCAM (Union régionale des caisses d'assurance maladie), GRSP (Groupement régional de santé publique), MRS (Mission régionale de santé), et une partie des services des anciennes CRAM (Caisses régionales d'Assurance maladie).
Les ARS disposent d'un large champ de compétence : veille et sécurité sanitaire, santé publique, soins ambulatoires et hospitaliers, médico-social et professions de santé.
Le pilotage de l'ARS est assuré par un directeur général nommé par un décret en conseil des ministres.
Le projet régional de santé arrêté par celui-ci est le document stratégique de la politique régionale de santé.

Un conseil de surveillance placé auprès du DG veille au respect de la politique définie. La CFTC dispose d'un siège au sein de ce conseil de surveillance. Les représentants CFTC (titulaire et suppléant) sont issus d'un conseil de CPAM du ressort de l'ARS.
L'ARS est assistée d'une conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA). La CFTC dispose d'un siège au sein du collège des partenaires sociaux de l'Assemblée plénière de la CRSA.

Rôle d'un conseiller dans une CPAM

La raison d'être de la présence des organisations syndicales au sein des conseils est d'assumer le rôle de représentant des assurés sociaux. Le conseiller CFTC doit donc avant toute chose se préoccuper des intérêts des assurés de sa circonscription et les défendre en conseil et en commission. Il s'attachera à la qualité du service rendu aux assurés comme à l'accès aux soins.

Ensuite, il doit s'assurer de la bonne gestion de la caisse et de l'utilisation juste et efficace des fonds dont dispose la caisse pour mener à bien ses missions.

Il est aussi un relais des positions CFTC en matière d'assurance maladie **(cf. feuille de route)**.

Les conseillers CFTC ont un large champ d'intervention et peuvent exprimer les spécificités d'une politique locale d'Assurance maladie, dite de proximité, au service des assurés sociaux.
Il est important de s'impliquer dans les commissions, notamment celle relative à la politique conventionnelle des professionnels de santé, qui permet de suivre les soins prodigués à la population et d'en mesurer le service rendu.

Exercer son mandat dans les organismes de la branche retraite

La branche retraite **p.125**
Introduction historique p.125
La feuille de route politique CFTC sur la retraite p.130
Les Conventions d'objectifs et de gestion (COG) de la branche retraite p.136
L'organisation administrative de la branche retraite p.138

Être administrateur à la CNAV **p.139**
Gouvernance de la CNAV p.139
Missions de la CNAV p.140
Composition du conseil de la CNAV p.141
Fonctionnement du conseil de la CNAV p.143
Attributions du conseil de la CNAV p.146

Être administrateur d'une CARSAT **p.153**
Gouvernance d'une CARSAT p.153
Missions d'une CARSAT p.155
Composition du conseil d'administration d'une CARSAT p.157
Fonctionnement d'une CARSAT p.159
Attributions du conseil d'une CARSAT p.162
Rôle des CARSAT en matière de santé p.165
Rôle d'un administrateur à la CARSAT p.168

Introduction historique

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, l'ordonnance du 19 octobre 1945 crée le régime général qui rassemble (à l'exception des salariés agricoles) tous les salariés du secteur privé. Ils doivent, quel que soit le montant de leur salaire, cotiser à l'assurance vieillesse, dans la limite d'un plafond de cotisations. Le système est fondé sur le principe de répartition.
La loi du 22 mai 1946 pose le principe de la généralisation de la Sécurité sociale à l'ensemble des citoyens. Ainsi en 1946, à l'initiative des organisations syndicales, et notamment de la CFTC, est créée la Sécurité sociale. Notre système de retraite est alors mis en place. Malgré les réformes qui vont se succéder, notamment à partir des années 80, notre système a su pérenniser ses fondamentaux, tel son régime de répartition.

Une mosaïque de systèmes de retraite

Pour des raisons historiques et socio-économiques, il existe des régimes de retraite différents pour les salariés du secteur privé, les salariés du secteur public, les fonctionnaires et les travailleurs indépendants.

En France, trois grandes catégories de régimes de retraite existent :
- **le régime des salariés du secteur privé** (le « régime général » géré par l'assurance retraite), qui couvre 68,04 % des actifs (2015) ;
- **les régimes spéciaux des salariés du secteur public** (État, collectivités locales, entreprises publiques) qui représentent 18,3 % des actifs (2015) ;
- **les régimes des non-salariés** (artisans, commerçants, professions libérales et agriculteurs) qui concernent 10,5 % des actifs (2015).

Un système par répartition

Il se caractérise par une redistribution immédiate aux retraités des cotisations versées par les actifs. Ainsi, les régimes redistribuent au cours d'une année, sous forme de pensions versées aux retraités, les cotisations encaissées la même année auprès des actifs. Ce fondement répond à deux objectifs de solidarité :
- une solidarité entre les différentes branches professionnelles du secteur privé (industrie, commerce, services, mines et agriculture) ;
- une solidarité entre les générations (salariés et retraités) ;
- une solidarité intra-générationnelle avec des mécanismes de redistribution (hauts salaires vers bas salaires).

Caractéristiques principales de notre système de retraite

Les régimes de retraite obligatoires français sont régis par un certain nombre de grands principes :

- **Un financement assuré par des cotisations assises sur le revenu**
  Le financement français des régimes de retraite s'inscrit essentiellement dans un cadre professionnel puisqu'il repose avant tout sur des cotisations imputées sur les revenus du travail (salaires, traitements, revenus professionnels). Néanmoins, les régimes de retraite bénéficient d'un certain nombre de ressources d'ordre fiscal : fraction de la CSG, prélèvements sur les produits du patrimoine et des placements.
- **Une prise en compte de la dimension familiale**
  Cette dimension familiale s'exprime notamment avec le **mécanisme de la réversion**, c'est-à-dire la poursuite du versement d'une partie de la retraite d'un titulaire décédé à son conjoint survivant. C'est aussi le cas avec majorations des durées d'assurance pour enfants.
- **Une forte dimension sociale sur-mesure**
  Deux exemples : le minimum vieillesse garantit à chacun une ressource minimum, même si la période de cotisation est inférieure à celle obligatoire. Par ailleurs, les personnes en rupture d'activité professionnelle (chômage, maladie, congé maternité) peuvent acquérir des droits à la retraite pour ces périodes d'inactivité.
- **Une gestion démocratique des régimes de retraite**
  C'est l'élément qui différencie le système global des systèmes d'assurances privées. Les cotisants des régimes de base et des régimes complémentaires, c'est-à-dire les assurés et, le cas échéant, leurs employeurs, sont en effet partie prenante des évolutions puisqu'ils participent aux conseils d'administration des caisses de retraite.

Un système solidaire

- Une **pension minimum** : créé en 1956, le **minimum vieillesse** est une garantie pour toute personne âgée résidant en France de bénéficier d'une somme minimale pour vivre. Institué pour les personnes âgées qui n'ont pas acquis de droits suffisants pour obtenir l'assurance vieillesse de la Sécurité sociale, il est versé par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ;
- Des **subventions de l'État** attribuées à certains régimes : exploitants agricoles, SNCF, RATP, mines, marins...
- **Diverses taxes** affectées aux régimes de retraite ;
- Certains avantages familiaux, des cotisations au titre du service militaire, du chômage, versés par le FSV.

Notre système se décompose ensuite en deux grands ensembles :

- Un **régime obligatoire** :
  - Retraite de base (Sécurité sociale avec la CNAV) ;
  - Retraite complémentaire (régimes ARRCO/AGIRC) ;
- Un **régime facultatif** :
  - Retraite supplémentaire (régimes complémentaires collectifs) ;
  - Assurance retraite individuelle (capitalisation/fonds de pension).

La CFTC soutient fortement ce **système par répartition** qui privilégie la solidarité inter et intra générationnelle et qui a largement prouvé son efficacité, en dépassant les crises économiques et sociales.
Au contraire, le **système par capitalisation** (inspiré du modèle anglo-saxon), qui repose sur un financement individuel par un contrat d'épargne retraite, principalement alimenté par les fonds de pension, n'offre qu'un degré minimal de sécurité et se révèle très inégalitaire. Il ne représente que 9 % des actifs des retraites.

Des réformes pour pérenniser le système

Le vieillissement de la population, la dégradation de la situation économique et ses conséquences sur le marché de l'emploi vont accélérer le rythme des réformes conduites pour assurer la pérennité d'un système désormais fragilisé.

En **1993**, la **durée de cotisation** pour bénéficier d'une retraite à taux plein passe de 37,5 ans à 40 ans et le **salaire moyen de référence** est calculé sur la base non plus des 10 mais des 25 meilleures années.

En **2003**, une réforme plus profonde touche à la fois le secteur privé et celui du public. La **durée de cotisation** du secteur public est alignée sur celle du secteur privé (40 ans et 160 trimestres). Cette durée augmentera à partir de 2009, d'un trimestre par an jusqu'à 2012.

L'âge d'ouverture possible des droits à la retraite est maintenu (60 ans). Les salariés ayant travaillé au-delà et disposant de 40 années de cotisation bénéficient, dès 2004, d'une majoration (3 % par année supplémentaire). Elle garantit un objectif de retraite (minimum) égal à 85 % du SMIC, affirme le droit à l'information de tous les assurés, harmonise les règles des différents systèmes d'assurance vieillesse et étend la retraite complémentaire obligatoire à des professions jusqu'alors non visées (commerçants…). Enfin, le texte introduit la notion de revoyure qui implique qu'une discussion sur l'évolution de notre système de retraite s'ouvre régulièrement.

En **2008**, les principes de **convergence entre les différents systèmes**, mis en place en 2003, s'accélèrent. Les principaux paramètres intervenant dans le calcul des pensions (durée de cotisation, décote/surcote et mode d'indexation des pensions) sont alignés. Par ailleurs, une priorité est donnée à l'emploi des seniors en leur ouvrant la possibilité de cumuler emploi et retraite. L'âge de départ est reporté à 70 ans.

En **2010**, la concertation prévue dès 2003 s'ouvre dans un contexte de dégradation accélérée des comptes des régimes privés et publics.
Les points majeurs de cette réforme sont les suivants :

- **Âge d'ouverture des droits à la retraite :** depuis le 1er juillet 2011, l'âge d'ouverture des droits à la retraite a été progressivement relevé de 60 à 62 ans, à raison de 4 mois supplémentaires par an ; en 2018, il atteindra 62 ans, pour les assurés nés en 1956. Il existe un certain nombre de dérogations à cette règle : pénibilité, carrières longues, catégories actives de la fonction publique (policiers, infirmières, pompiers, douaniers...), régimes spéciaux…

- **Âge d'annulation de la décote :** à compter du 1er juillet 2016, l'âge du départ à la retraite à taux plein (quel que soit le nombre de trimestres cotisés) a été progressivement relevé de 2 ans (à 67 ans) à raison de 4 mois supplémentaires par an, pour atteindre 66 ans en 2019 et 67 ans en 2023.
- **Durée de cotisation :** la réforme confirme le principe de l'augmentation de la durée d'assurance prévue par la loi de 2003. Pour bénéficier d'une retraite à taux plein, les assurés nés en 1953 et 1954 doivent disposer de 41 ans et 1 trimestre. Depuis août 2011, les assurés nés en 1955 devront disposer de 41 ans et 2 trimestres (= 166 trimestres). En 2020, la durée de cotisation atteindra 41,5 ans.
- **Pénibilité :** le taux d'incapacité requis pour bénéficier du dispositif de compensation de la pénibilité est fixé à 10 % (il a été abaissé depuis le projet de loi initial), à condition de pouvoir justifier du fait que cette incapacité résulte de l'exposition à des facteurs de pénibilité. Environ 30 000 personnes par an ont pu bénéficier du dispositif, étendu par ailleurs aux agriculteurs.
- **Carrières longues :** le dispositif carrières longues a été prolongé et amélioré. Les assurés ayant commencé leur activité à 16 ou 17 ans peuvent continuer à partir à la retraite à 60 ans. Ceux qui ont démarré à 14 ou 15 ans partent à 58 ou 59 ans. L'âge de la retraite a augmenté progressivement pour ces assurés au rythme de 4 mois par an, mais sans dépasser 60 ans.
- **Mères de trois enfants et parents d'enfants handicapés :** pour les mères de 3 enfants, âgées de 55 ans ou plus et qui ont interrompu leur carrière pour s'occuper d'un de leurs enfants, la retraite à taux plein à 65 ans est maintenue. Une mesure qui a bénéficié à 135 000 femmes. Les parents d'enfants handicapés qui ont interrompu leur carrière pour s'occuper de leurs enfants peuvent également continuer à bénéficier de la retraite à taux plein à 65 ans, quel que soit le nombre de trimestres validés.
- **Égalité salariale entre hommes et femmes :** les entreprises doivent prendre des mesures et engager des négociations pour réduire les écarts de salaires entre hommes et femmes durant la carrière. À défaut, un dispositif de pénalités financières sera mis en place.
- **Maternité et retraite :** pour ne pas pénaliser les femmes qui ont pris des congés maternité, les indemnités journalières versées pendant ces congés sont prises en compte dans le calcul de la retraite.
- **Emploi des seniors :** pour inciter les entreprises à embaucher des seniors, celles-ci ont droit à une aide (égale à 14 % du salaire) versée pendant 1 an lorsqu'elles embauchent une personne âgée de plus de 55 ans en recherche d'emploi.
- **Fonction publique :** pour les fonctionnaires dont l'âge d'ouverture des droits est aujourd'hui à 60 ans, le relèvement de l'âge (jusqu'à 62 ans) s'est fait, comme pour le secteur privé, à raison de 4 mois par an jusqu'à 62 ans, depuis le 1er juillet 2011. Pour les fonctionnaires en catégorie active (policiers, infirmières, pompiers, douaniers...), cet âge a été décalé de 2 ans dans les mêmes conditions que dans le secteur privé, à 52 ou 57 ans (au lieu de 50 ou 55 ans auparavant), selon les catégories.

En 2014, la loi **« garantissant l'avenir et la justice du système de retraite »** est promulguée. Parmi les principales mesures prévues par ce texte, figurent notamment un dispositif de pilotage du système de retraite, **un allongement de la durée de cotisation** (cf. tableau « Durée d'assurance requise par âge ») requise pour percevoir une retraite

au taux plein, ainsi qu'une série **de mesures dites de « justice »** destinées à « corriger » certaines inégalités sur le marché du travail (notamment en faveur des femmes) et à prendre en compte les modalités d'entrée des jeunes dans la vie active. Il comprend également des mesures de **simplification et de lisibilité**. Et introduit **un compte personnel** (en points) pour prendre en compte les périodes de travail exposées à des facteurs de pénibilité, indépendamment des conséquences physiques effectivement constatées sur la santé du travailleur au moment de la liquidation de ses droits.

Quelques chiffres repères

Le régime général est le premier régime de retraite français. Il couvre 68 % des actifs en 2015. Le nombre de cotisants s'élève à 17,5 millions. Quant aux retraités du régime général, ils sont 13,9 millions en 2015.
À titre de comparaison, les régimes spéciaux des salariés du secteur public (État, collectivités locales, entreprises publiques) représentent 18,3 % des actifs en 2015. À cette même date, les régimes des non-salariés (artisans, commerçants, professions libérales et agriculteurs), concernent, quant à eux, 10,5 % de la population active.

La feuille de route politique CFTC sur la retraite

Défendre les principes fondamentaux de la retraite

Le cœur des réformes successives depuis 1993 a été la pérennité financière des régimes et de façon plus accessoire l'équité et la lisibilité. Si le problème du financement a été en grande partie résolu, des efforts sont désormais à consentir pour construire un régime plus lisible et plus équitable dans lequel les jeunes actifs aient pleinement confiance.

La CFTC est donc favorable à une réforme systémique des retraites. Quel en serait le contenu ? Il ne s'agit pas d'instaurer le même régime pour tous. Il convient de prendre en compte le passé. C'est le mode d'acquisition des droits et le mode de calcul qui doivent être uniformisés, les taux de cotisation pouvant rester différents selon les régimes, voire au sein des régimes. **Il s'agit de savoir si ce résultat est atteint par un ajustement progressif ou par l'instauration d'un régime unique national. C'est là que se situe le débat.**

Les droits acquis doivent reposer sur des bases considérées comme justes. Ils doivent donc être proportionnels aux cotisations. **Quant aux droits non contributifs, qui relèvent de la solidarité nationale, rien ne justifie qu'ils diffèrent selon les régimes.**

Si nous devions aller vers une réforme systémique, qu'elle soit effectuée publiquement et assumée. Le cœur de la réforme consiste à établir le cahier des charges de ce qui est demandé au système de retraite.

Il importe de définir un cahier des charges portant sur 5 principes essentiels :

- Le premier est celui de **la répartition**, c'est-à-dire de la solidarité intergénérationnelle et de la solidarité entre tous les cotisants.
- Le nouveau régime ne doit remettre en cause ni les pensions actuellement versées ni les droits acquis avant son instauration.
- Le nouveau dispositif doit également garantir **la prise en compte des travaux pénibles**, des droits familiaux et des aléas de la vie.
- Conformément au principe de solidarité intergénérationnelle, le nouveau système doit faire **bénéficier les retraités de toute augmentation de la richesse nationale** et empêcher les jeunes d'être pénalisés si notre pays rencontre des difficultés. Actuellement, en cas de difficultés, ce sont les jeunes qui sont sacrifiés.
- Enfin, la retraite **forme un salaire différé, une partie des salaires actuels étant employée au paiement des pensions**. C'est pourquoi les partenaires sociaux, tant du secteur privé que du secteur public, doivent assumer le rôle majeur dans le pilotage du nouveau régime. Comme les enjeux macroéconomiques ne sauraient être ignorés, il faut prévoir l'organisation tous les 5 ans d'une conférence sur les retraites, qui réunirait l'État et les partenaires sociaux et qui définirait les évolutions.

Pour la CFTC, la juste réforme consisterait à unifier la gouvernance des dépenses d'assurance vieillesse par l'instauration d'un pilote et interlocuteur unique. Cela n'implique pas forcément la fusion « pure et dure » des régimes, ni l'uniformisation des droits, mais une gouvernance unifiée, soucieuse des intérêts de l'ensemble des affiliés et leur offrant un guichet unique.

Le régime unifié pourrait proposer une harmonisation progressive des règles définissant l'accumulation des droits, tout en maintenant des efforts de contribution, et donc des droits différenciés selon toutes les catégories de travailleurs (pénibilité dans les catégories actives, différences de traitement public/privé).

Il s'agirait d'une étape décisive vers la convergence des régimes par rapport à la dynamique actuelle et un premier jalon vers le régime universel social d'activité (RSUA) que nous appelons de nos vœux.

La question du déséquilibre financier de la retraite

Le financement des retraites : un déficit croissant ?

Aujourd'hui, le financement des retraites dans notre système actuel représente une part importante dans les dépenses publiques. À court terme, après une période d'amélioration du solde, celui-ci devrait connaître une dégradation temporaire, en 2018 et 2019, sous l'effet de l'arrêt des hausses de cotisation vieillesse, et de la fin progressive du relèvement de l'âge légal d'ouverture des droits sans relais immédiat de l'augmentation de la durée d'assurance. À l'échéance de 2020, le solde global du système serait de - 0,4 % du PIB, en légère dégradation par rapport au dernier exercice de projection (- 0,2 % du PIB). Le déficit serait toutefois moindre qu'anticipé avant les réformes réalisées par les lois de 2010 et 2014 et les mesures prises par les partenaires sociaux en 2015. À long terme, le système ne serait pas équilibré dans les scénarios de croissance de la productivité à 1 % et 1,3 % et l'horizon d'équilibre reculerait sensiblement dans les autres scénarios par rapport au dernier exercice de projection, notamment sous l'effet de l'ajustement de plusieurs facteurs (hypothèses économiques, baisse du solde migratoire, hausse de l'espérance de vie, diminution prononcée de la masse salariale de la fonction publique). Ces hypothèses conduisent à une baisse des prélèvements consacrés au financement des retraites (de 13,8 % du PIB en 2016 à 12,7 % en 2070).

Quelques chiffres repères

Retraite, tous régimes (base et complémentaire) : 300 milliards d'euros.
Nombres de retraité(e)s de droit direct : 15,8 milliards d'euros.
Pension moyenne de droit direct : 1 322 euros bruts mensuels.
Pension de droit direct des femmes est inférieure de 39,8 % en moyenne à celle des hommes.

Effectifs de retraités dans les principaux régimes au 31 décembre 2015

Ensemble des retraités de droit direct ou dérivé (en milliers)

Ensemble (tous régimes confondus)	17 071
Dont retraités résidant en France	15 476
Régime général	13 907
MSA salariés	2 516
ARRCO	12 369
AGIRC	2 941
Fonction publique d'État-civils	1 741
Fonction publique d'État-militaires	503
CNRACL	1 141
FSPOEIE	95
IRCANTEC	1 959
MSA non-salariés	1 484
MSA complémentaire non-salariés	718
RSI commerçants	1 162
RSI artisans	919
RSI complémentaire	1 255
CNAVPL	326
CNIEG	164
SNCF	263
RATP	43
CRPCEN	70
CAVIMAC	47
ENIM	nd
CANSSM	nd

Du fait de l'allongement de l'espérance de vie et d'un faible solde migratoire, le régime aurait un besoin de financement dans les prochaines années.
La baisse du rapport démographique des 20-59 ans sur les 60 ans et plus s'est accélérée à partir de 2006 – année où l'on compte 2,5 personnes de 20 à 59 ans pour chaque personne de 60 ans et plus (2 en 2016 selon les données provisoires) – et le phénomène se poursuivrait jusque vers le début des années 2030 en raison de l'arrivée à l'âge de 60 ans des générations du baby-boom. Au-delà, le rapport démographique continuerait à baisser mais à un rythme moindre, puis aurait tendance à se stabiliser en fin de période de projection ; en 2070,

on dénombrerait 1,25 personne de 20-59 ans par personne de 60 ans et plus, avec une incertitude de +/- 0,25 selon les différents scénarios démographiques retenus par l'INSEE en projection. **La CFTC propose que l'assiette de contribution soit élargie à tous les revenus quelle que soit leur nature (revenus du capital et revenus du travail)**.

La CFTC, attachée aux fondamentaux de notre système de retraite en France, souhaite que soit entrepris un vrai travail transparent sur le financement. **Deux préalables s'imposent à nous : l'emploi et la revalorisation des salaires.**
De plus, l'augmentation des recettes ne pourra être efficace sans une compensation au centime près de l'ensemble des allègements de cotisations sociales par le budget de l'État. La CFTC est toujours demandeuse d'une évaluation sérieuse des répercussions des exonérations de cotisations sur l'emploi.

Les pistes retenues par la CFTC

Amélioration des parcours

Notre système de retraite doit permettre un traitement équitable quels que soient les parcours professionnels passés. Cela implique une reconnaissance fine des mutations que connait le marché du travail en ce moment. Les futurs assurés ont des profils qui sont de moins en moins caractérisés par une carrière complète. À l'inverse, les salaires peuvent varier fortement d'une année sur l'autre.

La proportion d'assurés à carrières incomplètes, au sens du système de retraite, dépend bien sûr du déroulé des carrières, mais aussi de la législation en matière de retraite.

Il faudra encore progresser sur les mesures de justice dans les prochaines années. L'adhésion de la population à notre système de retraite dépendra en partie des possibilités qu'offre ce système pour valider des durées d'assurance dans les situations qui, tout en étant hors de l'emploi, en restent relativement proches.

Amélioration de l'information

Pour la CFTC, il serait utile d'uniformiser et de simplifier la terminologie utilisée entre les différents régimes. La simplification concernerait évidemment les parcours, la documentation et l'information.
À ce titre, la CFTC tient à rappeler que l'information sur la retraite a été considérablement améliorée au cours des 10 dernières années. Les assurés âgés de 35, 40, 45 ou 50 ans reçoivent actuellement un relevé individuel de situation (RIS) et ceux qui ont 55, 60 ou 65 ans une estimation individuelle globale (IEG). Ces documents permettent d'établir le bilan des trimestres validés. De plus, depuis janvier 2017, les assurés du régime général peuvent effectuer leur demande de retraite en ligne et de nouveaux outils sont en cours de développement. Par ailleurs, le déploiement du Répertoire de gestion des carrières unique (RGCU) permettra dans quelques années aux polypensionnés d'effectuer une demande en ligne. Il y a aussi les centres d'information, de conseil et d'accueil des salariés (CICAS), les réunions d'information retraite en entreprise, les entretiens d'information retraite et le simulateur. Pour la CFTC, avant de songer à créer de nouveaux services, peut-être faut-il s'interroger sur l'utilisation qui est faite des dispositifs existants.

L'uniformisation des régimes pourrait aussi **contribuer à simplifier le versement des retraites**, notamment pour les polypensionnés, qui reçoivent actuellement plusieurs pensions de faible montant. Les flux seraient simplifiés et les retraités n'auraient plus qu'un interlocuteur.

La CFTC souhaite que soient mis en place des outils de simulation plus performants dans la prise en compte des droits retraite attachés aux enfants. Aujourd'hui, ces règles varient d'un régime à l'autre et nous ne disposons pas de l'outil informatique ad hoc pour stocker ces informations. Le GIP Union retraite devrait disposer des données de la CNAF sur les enfants afin de performer ces simulations.

Âge de départ en retraite

La grande majorité des départs en retraite sont concentrés sur deux âges, 60 et 65 ans, **alors que les aspirations individuelles sont bien plus diverses**. L'aspiration à une plus grande liberté dans les choix individuels de départ à la retraite est un enjeu important dans une société où l'espérance de vie est de plus en plus longue.

Cette aspiration se fait sentir au sujet de **l'âge du départ à la retraite** ainsi que **des modalités de passage de l'activité à la retraite**.

Dans le premier cas, les mesures **de décote et de surcote** ont assuré une forme de « neutralité actuarielle », afin d'offrir à chacun un menu de combinaison « durée de cotisations-montant de la pension » compatible avec l'équilibre financier collectif des régimes de retraite. Pour la CFTC, l'âge obligatoire de départ en retraite ne doit pas être **fixé arbitrairement à 65 ans**. **Chacun doit pouvoir partir au moment souhaité en pleine connaissance du montant de pension qui sera perçu**.

Par ailleurs, il faut d'introduire **la possibilité d'un passage plus progressif de l'activité** vers la retraite. Il faut en finir avec une approche binaire actif/retraité qui ne nous semble plus forcément correspondre à la volonté de tous. L'idée d'une « retraite à la carte » avec une personnalisation du système de retraite doublée d'un mécanisme de prise en compte de la pénibilité. Mieux éclairer les choix personnels dans un système de « retraite choisie » passe par l'extension des possibilités de simplification des règles de l'accès au cumul emploi-retraite et d'amélioration de l'attractivité de la retraite progressive.

Durée d'assurance requise par âge

Générations	Durée d'assurance pour avoir le taux plein (en trimestres)	Âge minimum de départ en retraite	Âge de départ à taux plein
1958 à 1960	167	au moins 62 ans	au moins 67 ans
1961 à 1963	168	au moins 62 ans	au moins 67 ans
1964 à 1966	169	au moins 62 ans	au moins 67 ans
1967 à 1969	170	au moins 62 ans	au moins 67 ans
1970 à 1972	171	au moins 62 ans	au moins 67 ans
1973 et suivantes	172	au moins 62 ans	au moins 67 ans

La prise en compte de la pénibilité dans le droit à la retraite

La prise en compte de la pénibilité dans le droit à la retraite a pour objectif de compenser les conséquences de l'usure professionnelle sur l'espérance de vie sans incapacité, voire sur l'espérance de vie (qui représente la durée de vie moyenne – autrement dit l'âge moyen au décès – d'une génération soumise aux conditions de mortalité de l'année) des travailleurs soumis à des conditions de travail néfastes pour leur santé. Les facteurs de pénibilité, définis en 2010, se caractérisent par une exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels, au-delà de certains seuils, liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé.

Depuis les ordonnances du 22 septembre 2017, le C2P (compte professionnel de prévention) a remplacé le compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P), avec désormais seuls 6 facteurs de risques professionnels : le travail en milieu hyperbare, les températures extrêmes, le bruit, le travail de nuit, le travail en équipes successives alternantes et le travail répétitif doivent être déclarés par l'employeur et se traduire par des points crédités sur un compte professionnel de prévention. Ces points ouvrent droit, à certaines conditions de durée d'exposition, à des trimestres de majoration, jusqu'à 8, de durée d'assurances vieillesse permettant un départ anticipé à la retraite dès 60 ans.

Depuis un arrêté du 29 décembre 2017, un salarié pourra demander un départ anticipé à la retraite à taux plein s'il justifie d'une incapacité physique permanente (IPP) d'au moins 10 % consécutive à un ou plusieurs des 4 facteurs de risque exclus du nouveau compte professionnel de prévention (C2P) : manutentions manuelles de charges, postures pénibles, vibrations mécaniques, environnement physique agressif, agents chimiques dangereux. Le salarié victime d'une maladie professionnelle bénéficie d'une procédure allégée pour bénéficier d'un départ à la retraite anticipé (60 ans). Si son taux d'IPP est supérieur à 10 %, il n'aura pas à justifier de conditions supplémentaires, comme par exemple une durée minimale d'exposition aux risques.
Pour la CFTC, la compensation de la pénibilité ne doit pas occulter le fait que les risques professionnels sont évitables. Il faut donc donner la priorité à la prévention primaire, par la conception d'une situation de travail exempte d'une exposition aux dangers, notamment par la mise en œuvre de mesures de prévention. La pénibilité ne peut subsister que comme un risque résiduel, lorsque la prévention est inefficace.

La CFTC milite également pour une meilleure traçabilité du risque chimique. La sortie du C2P du facteur de risque exposant à un agent chimique dangereux est incompatible avec le système de départ à la retraite en cas de maladie professionnelle, car ces produits causent des pathologies à effets différés.

Les Conventions d'objectifs et de gestion (COG) de la branche retraite

L'État joue deux rôles dans la gestion de la branche retraite.
D'une part, il établit la réglementation en matière de retraite dans le respect des dispositions législatives adoptées par le Parlement. Les textes correspondants font l'objet d'un avis du conseil d'administration de la CNAV. Il peut également proposer des mesures visant à assurer dans la durée l'équilibre du régime ou à simplifier la nature des prestations servies.
D'autre part, il établit avec la CNAV une Convention pluriannuelle d'objectifs et de gestion (COG), qui définit les conditions dans lesquelles la branche retraite va assurer dans les 4 à 5 ans à venir le service des prestations et exercer une action sociale en faveur des personnes âgées. La convention comporte des indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la détermination des objectifs de gestion à atteindre.
Rappel ! Créées par l'ordonnance du 24 avril 1996 et fondées sur le principe du partenariat, les COG permettent un engagement réciproque entre l'État et l'assurance retraite.

Depuis 1996, quatre COG ont été signées entre la CNAV et l'État. **Les deux premières COG (2001-2004 ; 2005-2008)** ont fixé les premiers objectifs et définissent comme axe stratégique de **conforter le rôle de la CNAV comme interlocuteur de référence sur la retraite de base**. Dans cet axe, s'inscrit le développement de la capacité d'expertise de la CNAV quant à la projection des charges de l'assurance vieillesse du régime général à moyen et long terme, les propositions des réformes de la retraite au régime général, et la poursuite des études sur la vie à la retraite.
La CNAV a également inscrit dans ces COG comme axe stratégique de **maîtriser la gestion** et de **se préparer aux conséquences du choc démographique** (service rendu à l'usager et renforcement de l'efficacité du réseau). Les autres objectifs visés ont été les **services aux futurs retraités** du régime général et les conséquences de la création par la loi du 21 août 2003 d'un «droit à l'information» dont la mise en œuvre a démarré au 4e trimestre 2007, **l'action sociale à destination des retraités, les problématiques de productivité et le management du système d'information** au sein de la branche retraite du régime général.

La COG 2009-2013 approfondit les missions de la CNAV, fixe les 3 défis à relever ainsi que les axes majeurs constituant les orientations stratégiques.
À noter ! Cette COG est arrêtée pour une période de 5 ans et non plus de 3 ans afin de mieux garantir le cadre d'évolution de cette branche.
Les **3 principaux objectifs** sont les suivants :
- mettre en œuvre les processus de réforme de retraite, via un renforcement des partenariats avec les autres régimes (stratégie dite « multicanale ») ;
- développer la politique d'action sociale ;
- optimiser le risque vieillesse par un enrichissement de l'offre de service aux assurés.

La stratégie d'action de la CNAVTS (régime de base des travailleurs salariés) pour les 5 années se décline autour de **5 axes majeurs** :
- Axe 1 : contribuer à la réussite du processus de réforme des retraites ;
- Axe 2 : élargir l'offre de services ;
- Axe 3 : amplifier et structurer la politique de prévention ;
- Axe 4 : renforcer et rénover la maîtrise des risques ;

• Axe 5 : renforcer la performance et l'efficience globale de la branche.

La COG prévoit un aménagement de la règle générale concernant les remplacements des départs à la retraite suivant le calendrier suivant : de 2009 à 2011, 1 remplacement pour 1 départ ; pour 2012, 1 remplacement pour 1 départ ; et pour 2013, 1 remplacement pour 3 départs.

Le chiffre de 2 600 départs à la retraite sur 5 ans est annoncé avec un taux de remplacement de 0,71% pour la période 2009-2013.

Lors de l'examen du projet en conseil de l'UNCANSS, **la délégation CFTC a tenu à souligner tout l'intérêt d'une démarche s'appuyant sur une gestion prévisionnelle qui fait actuellement particulièrement défaut dans l'institution, alors même que tant de changements se profilent à l'avenir**. En accord avec une grande partie des orientations, elle a considéré que les moyens n'étaient pas à la hauteur des objectifs fixés. La crainte majeure de la CFTC est de voir l'émergence d'un possible dispositif de retraite par points, en raison de la volonté de la branche retraite d'aller plus vers le partenariat avec les régimes de retraite complémentaire et des compétences et expertises dont fait profiter le régime au COR en matière de statistiques.

La COG 2014-2017 a été signée le 3 septembre 2014. Elle prévoyait la contribution aux économies de gestion par le non-remplacement de 870 emplois sur 1 512 départs naturels (hors turnover) à l'échéance 2017, ainsi que la baisse de plus de 20 % en 4 ans des autres dépenses de fonctionnement, ramenées de 125 à 112 millions d'euros en 2017.

Les objectifs fixés visent également à :

- **Accélérer les projets interrégimes** avec la création de 40 emplois dédiés. Quelque 235 millions d'euros d'investissement informatique avaient été prévus dont 21 % consacrés à des projets de fiabilisation des données de carrières des assurés, simplification de l'accès aux droits dans le but de parvenir à la liquidation unique des pensions des régimes général et alignés.
- **Intensifier le pilotage national de la branche nationale** par la création de 30 postes supplémentaires dédiés, alors que 37 autres ont été consacrés à l'actualisation des missions de la branche.
- **Sauvegarder le budget d'action sociale** : le budget dédié était en augmentation de 8 %, pour s'établir à 395 millions d'euros sur ces 4 ans. Cette enveloppe recouvre la stabilisation des aides annuelles au maintien à domicile, une augmentation de 60 % des crédits destinés à l'habitat et au cadre de vie, ainsi qu'une hausse de 20 % des fonds dédiés aux lieux de vie collectifs.
- **Mettre en place le compte pénibilité**. Quelque 172 emplois ont été actés dans ce sens – avec pour échelonnement la création d'une quarantaine d'emplois annuelle – affectés au développement informatique nécessaire à la création du compte.

Il aura fallu deux votes distincts au conseil d'administration de la CNAV pour que mandat soit donné à son président pour signer ce texte avec l'État.

La CFTC s'est abstenue sur le volet de **la COG portant sur les moyens liés aux missions «cœur de métier»** de la branche retraite, estimant que les objectifs, notamment ceux dédiés à l'entretien de fin de carrière, étaient trop ambitieux au regard des moyens qui leur étaient consacrés.

En revanche, **la CFTC a voté favorablement sur la partie pénibilité de la COG** visant à la mise en place effective du compte pénibilité.

L'organisation administrative de la branche retraite

La branche retraite est composée d'une caisse nationale (la CNAV), établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle de l'État, et d'un réseau décentralisé d'organismes de droit privé qui assurent une mission de service public (CARSAT, CGSS, CRAV, CSS). Chaque organisme bénéficie d'une autonomie administrative et financière. Mais, comme tous les organismes de Sécurité sociale, ces organismes sont soumis à la tutelle et au contrôle des pouvoirs publics : les ministères de la Sécurité sociale et du Budget au plan national et les antennes de la Mission nationale de contrôle (MNC) qui ont récemment remplacé les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) au plan local.

Concrètement, en 2017, la branche retraite, c'est :

- une caisse nationale, la CNAV, qui compte plus de 3 748 agents ;
- 5 caisses générales de Sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer et 1 caisse de Sécurité sociale à Mayotte ;
- 12 944 agents au service des retraités et futurs retraités ;
- 225 agences retraite, qui assurent les services essentiels de régularisation de carrière, préparation de la retraite en tête-à-tête et instruction des demandes de retraite ;
- 388 points d'accueil retraite en métropole, qui fonctionnent comme des relais d'information proches du domicile ou du lieu de travail des assurés.

Gouvernance de la CNAV

La CNAV est d'abord tête de réseau de la branche retraite. Ainsi est-elle chargée, sous l'autorité du directeur et avec le concours des caisses régionales, d'assurer la mise en œuvre de la législation applicable à l'assurance vieillesse. Ses structures sont organisées de manière à assurer, en collaboration avec les organismes, une fonction nationale d'animation, de coordination et de contrôle du réseau retraite.
Le gouvernement, après consultation du président du conseil d'administration, nomme le directeur de la CNAV en Conseil des ministres.
Le directeur est chargé d'assurer avec son équipe de direction le fonctionnement de l'organisme national ainsi que le pilotage opérationnel de la branche retraite. Il a ainsi une compétence générale et exclusive en matière de personnel. Il fixe l'organisation du travail, prépare les budgets et engage les dépenses. Il met en œuvre les missions de coordination et de contrôle dévolues à la caisse nationale. Celles-ci s'exercent vis-à-vis des caisses régionales, notamment par le biais des contrats pluriannuels de gestion.
Renaud Villard est directeur de la CNAV depuis janvier 2014.

Des missions d'assurance vieillesse-veuvage et d'action sociale encadrées par l'État

Le conseil d'administration de la CNAV contribue à définir la politique de l'assurance vieillesse, fixe les orientations de la politique d'action sociale et coordonne la gestion des caisses.

Il revient à la CNAV de :

- définir les orientations de l'assurance retraite en matière d'assurance vieillesse et d'action sociale ;
- veiller à leur mise en œuvre ;
- réaliser des projections sur la situation financière du régime et des évaluations des systèmes de retraite ;
- contribuer à la recherche sur le vieillissement ;
- gérer les retraites du régime général pour l'Île-de-France **(exception)**. La CNAV Île-de-France tient le rôle de caisse de retraite régionale. Elle gère directement la retraite du régime général en assurant la tenue des comptes des cotisants, le calcul et le paiement des retraites et des prestations d'action sociale.
  À noter ! Pour les autres régions, la gestion des comptes des cotisants, le calcul et le paiement des retraites et des prestations d'action sociale reviennent aux CARSAT et aux CGSS (caisses générales de Sécurité sociale) des DOM.

En application de la COG passée avec l'État, soit les ministères du Travail et du Budget, laquelle fixe notamment les ressources dont dispose l'Assurance retraite pour servir ses prestations et mener l'action sociale auprès des personnes âgées, la CNAV décline au niveau local les objectifs fixés, lesquels consistent essentiellement à restreindre les dépenses. En contrepartie la CNAV est associée à tout projet de loi visant l'assurance vieillesse.

Composition du conseil de la CNAV

Le conseil d'administration de la CNAV est composé de 34 membres, 30 avec voix délibérative et 4 avec voix consultative (art. L. 222-5 C. séc. soc.), répartis de la façon suivante :

Catégorie de représentants		Avec voix délibérative		Avec voix consultative	
Représentants des assurés sociaux (désignés par les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national)	CFTC	2	13		
	CFE/CGC	2			
	CFDT	3			
	CGT	3			
	FO	3			
Représentants des employeurs (désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives au niveau national)	MEDEF	7	13		
	CPME	3			
	U2P	3			
Personnalités qualifiées dont au moins un représentant des retraités		4	4		
Représentant de l'Union nationale des associations familiales (UNAF)					1
Représentants du personnel (élus par les cadres et les employés de l'organisme)	Employés			1	3
	Praticiens			1	
	Cadres			1	
Directeur général					1
Agent comptable					1
Contrôleur général économique et financier					1

À noter ! Assistent également aux séances du conseil d'administration :

- 2 représentants du ministère de l'Économie et des Finances : actuellement M. Gérard Belet, chef de mission de contrôle général économique et financier, et Monsieur Antoine Martel, contrôleur d'État ;
- 3 représentants des ministères exerçant la tutelle de l'établissement public (2 pour le ministère chargé de la Sécurité sociale et 1 pour le ministère des Finances) : actuellement, M. Erwan Le Bras, administrateur civil (direction de la Sécurité sociale), 1 représentant de la Direction générale de l'action sociale et 1 représentant de la direction du Budget.

Important ! Chaque organisation ayant désigné un ou plusieurs représentants au conseil désigne **un nombre égal d'administrateurs suppléants**. Ainsi la délégation CFTC est composée de 4 représentants, soit 2 titulaires et 2 suppléants.

Important ! **Parité homme/femme** : le Conseil confédéral incite fortement les structures à favoriser davantage la représentation féminine lors du renouvellement des mandatés dans les organismes de Sécurité sociale, soit à hauteur de 50 %. Ce pourcentage doit être respecté par niveau de désignation – UR ou UD – sur l'ensemble des branches.

La pratique de la désignation d'un chef de file pour chaque branche

Bien que non mentionné dans le Code de la Sécurité sociale ou même dans le règlement intérieur du conseil, il est d'usage que chaque délégation de représentants au sein du conseil désigne un chef de file. Cela facilite l'organisation et le dialogue avec le cabinet de la présidence, du directeur ainsi que le secrétariat général du conseil pour les délégations qui comptent plusieurs représentants. Porteur du discours de l'organisation à laquelle il appartient, le chef de file est donc l'interlocuteur privilégié des instances. Il participe à des réunions préparatoires ou d'information sur certains sujets (travaux préparatoires à la signature des COG notamment).

À noter ! Les conséquences de la désignation d'un chef de file dans chacune des caisses nationales de Sécurité sociale sur l'organisation interne de la CFTC : d'une part, ce chef de file est chargé de faire le lien entre le conseil et le responsable politique en charge de la protection sociale à la Confédération ; d'autre part, il détient un rôle d'animation du réseau des administrateurs désignés dans les structures locales de la branche concernée.

Lors de la 1re réunion : élection du président et du (ou des) vice-président(s)
(art. L. 231-7 et D. 231-24 C. séc. soc.)
Au cours de sa première réunion, immédiatement après son installation sous la présidence de son doyen d'âge, le conseil élit en son sein un président, et, après son installation, un (ou des) vice-président(s).
L'élection a lieu au scrutin secret à la majorité absolue des suffrages exprimés au premier et deuxième tour, à la majorité relative au troisième tour et en cas de partage des voix, au bénéfice de l'âge.
Important ! Le président et le vice-président ne peuvent appartenir au même collège.
À noter ! Les personnes qualifiées ne sont ni électrices ni éligibles aux fonctions de président ou vice-président.
La durée du mandat est identique à celle des administrateurs, soit 4 ans.
À savoir ! Le mandat des conseillers CNAV a été prorogé d'une année pour prendre fin le 26 janvier 2018, échéance de renouvellement de l'ensemble des conseils et conseils d'administration des organismes de Sécurité sociale.
Depuis 2011, Gérard Rivière (FO) occupe la présidence de la CNAV. La vice-présidence est détenue par l'U2P (Pierre Burban).

Périodicité des réunions

En application de son règlement intérieur, le conseil d'administration se réunit au moins une fois tous les 3 mois. Dans les faits, il tient une séance ordinaire tous les mois, sauf en août. Des réunions exceptionnelles peuvent avoir lieu en cas de besoin.

Convocation et ordre du jour

La convocation, l'ordre du jour et les documents s'y rapportant doivent parvenir aux membres du conseil, au moins huit jours ouvrables avant la réunion, sauf exception motivée par l'urgence.
Le conseil ne peut délibérer valablement que des affaires régulièrement inscrites à l'ordre du jour.
Les demandes de renvoi, à une autre séance du conseil ou à une commission, d'une question régulièrement inscrite à l'ordre du jour doivent faire l'objet d'une décision majoritaire du conseil.

Quorum

Le conseil ne peut délibérer valablement que si la majorité des membres ayant voix délibérative assiste à la séance. Lorsque le quorum est atteint au début de la discussion d'une question, la délibération se poursuit jusqu'à son terme.
Important ! Toute décision prise en séance quand le quorum n'est pas atteint est nulle et non avenue.

Suppléance

Les membres suppléants ne siègent qu'en l'absence d'un membre titulaire appartenant à la même organisation (art. L. 231-3 et R. 231-2 C. séc. soc.).
Il n'est donc pas possible de convoquer les administrateurs suppléants en même temps que les titulaires.
Toutefois, tous les membres suppléants reçoivent dans des conditions identiques la même documentation que celle qui est adressée aux titulaires.
Important ! La CFTC veut favoriser la délégation : en effet, dans un souci de renouvellement de notre délégation, il est demandé à l'administrateur titulaire de déléguer à son suppléant le soin de siéger de temps en temps pour qu'il appréhende son rôle. Un suppléant au conseil peut également occuper des fonctions de titulaire au sein d'une ou plusieurs commissions. Dans un souci de répartition de la charge de travail et moyennant un fonctionnement en équipe et une bonne communication au sein de la délégation, il est opportun de lui confier les commissions dont l'activité est dense (ex : la commission du budget et des moyens afin de déterminer les COG en matière de retraite).

Délégation de vote

Lorsqu'ils ne sont pas suppléés (ex : cas où le suppléant est absent pour maladie ou indisponible), les administrateurs peuvent donner délégation de vote à un autre membre du conseil. La délégation doit être donnée par écrit et remise au président en début de séance.
À noter ! Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Vote des décisions

Les questions soumises aux délibérations du conseil peuvent donner lieu, soit au **vote à main levée**, soit au **vote à bulletin secret**.
Le vote à main levée est le mode de votation ordinaire.
Le vote à bulletin secret est obligatoire en matière d'élection et sur toute autre question lorsqu'il est demandé par un administrateur.
Les décisions sont prises à la **majorité des voix**, en tenant compte des délégations de vote données à certains administrateurs par les absents.
Seuls les suffrages exprimés sont retenus dans le décompte des voix. Les prises d'acte, abstentions, non-participations au vote ne sont pas retenues dans le décompte des voix mais sont enregistrées de manière distincte dans le relevé de décision.
En cas de partage des voix et dans le cas où aucune majorité ne peut se dégager en cours de séance, la question peut être réinscrite à l'ordre du jour d'une séance ultérieure.
À noter ! La voix du président n'est pas prépondérante.

Utilisation de la suspension de séance

Avant de prendre acte d'une décision, faculté est donnée aux administrateurs d'un même collège de demander une suspension de séance qui sera consacrée à échanger entre eux, voire à définir ou redéfinir une position intersyndicale. Elle peut être utile également si les débats qui ont lieu sur une question sont de nature à remettre en cause le sens du vote décidé préalablement au sein de la délégation et/ou avec le responsable politique confédéral chargé du dossier. Ce procédé peut enfin être utilisé lorsque des documents sont distribués en séance et n'ont pu faire l'objet d'une lecture préalable.

Procès-verbal

Chaque réunion d'un conseil donne lieu à un procès-verbal qui doit être signé par le président et le (ou les) vice-président(s). Dans les dix jours qui suivent la séance, les procès-verbaux des délibérations du conseil sont envoyés au ministre en charge de la Sécurité sociale et au ministre chargé du Budget.
Le procès-verbal doit être soumis lors de la séance suivante à l'approbation du conseil et communiqué à tous les membres, y compris les personnes ayant voix consultative (art. R. 225-5 C. séc. soc.).
Il revient à chaque administrateur de vérifier que les propos qui lui sont attribués sont fidèles à ce qui a été prononcé et que le sens du vote est correctement repris.

Attributions du conseil de la CNAV

Depuis plusieurs années, le conseil est recentré sur des missions stratégiques.
Suivant les dispositions de l'article L. 121-1 du Code de la Sécurité sociale, « le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de l'organisme ».

Les attributions des conseillers CNAV peuvent être classées en 5 grandes catégories :

1. Un pouvoir consultatif

Le conseil exerce une fonction de représentation non négligeable auprès des pouvoirs publics et est appelé, en particulier, à émettre un avis sur les projets de loi et de décret préparés par le gouvernement (PLFSS, réforme des retraites).

2. Un pouvoir de signature et de mise en œuvre de la COG

Tous les quatre ans, le conseil, avec l'appui des commissions, fixe les orientations de la COG. Il revient ensuite au président et au directeur général de la signer.

3. Un pouvoir de contrôle

Le conseil décide des principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes.
Le conseil s'intéresse également à la politique d'amélioration de la qualité des services rendus à l'usager, de la politique de communication à l'égard des assurés sociaux et des retraités.
Son rôle est en outre d'assurer les principes directeurs quant à l'organisation du réseau des organismes régionaux, locaux et de leurs groupements ou unions.

4. Un pouvoir de gestion financière

Le conseil détermine le montant des différents budgets nationaux de gestion et d'intervention ; il adopte les budgets afférents à la gestion administrative de l'organisme et à l'action sanitaire et sociale.
De plus, le conseil peut être saisi par le ministre chargé de la Sécurité sociale de toute question relative à la retraite.

5. Un pouvoir de mise en place des structures de l'organisme

Le conseil adopte ses statuts par l'établissement d'un règlement intérieur qui doit être soumis à l'approbation ministérielle.
Il désigne également en son sein le président du conseil d'administration et les autres membres du bureau ainsi que diverses commissions (commission de recours amiable).
Il participe à la désignation du personnel de direction.

Constitution de commissions

Le conseil peut constituer en son sein des commissions auxquelles il peut déléguer une partie de ses attributions.
Actuellement, le conseil a mis en place 8 commissions constituées d'administrateurs ayant voix délibérative, et qui comprennent chacune 5 représentants des salariés, 5 représentants des employeurs et une personne qualifiée. Mais il y a lieu de distinguer les commissions ayant un caractère réglementaire, c'est-à-dire prévues par des textes législatifs ou réglementaires, et celles créées à l'initiative du conseil d'administration.
Conseil ! Pour un travail efficace au sein des commissions, les représentants CFTC doivent tenir compte des remontées du réseau. D'où la nécessité pour les conseillers nationaux CFTC que les conseillers de CARSAT fassent remonter de l'information.

1. La commission d'action sanitaire et sociale

Pour l'exercice de son action sanitaire et sociale, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés dispose d'un fonds d'action sanitaire et sociale qui a pour objet :

- l'acquisition, la construction, la prise à bail, l'aménagement ou la gestion de tous établissements sanitaires et sociaux entrant dans les catégories définies par le programme d'action sanitaire et sociale ;
- des investissements sous forme de subventions, prêts ou prises de participation dans des réalisations immobilières intéressant l'accueil, le logement et l'hébergement des personnes âgées ;
- l'attribution de subventions ou de prêts à des institutions ou œuvres de caractère national ou local chargées de recherche, d'information ou de formation de personnel spécialisé, ou d'autres formes de réalisations sociales en faveur des personnes âgées ;
- le financement des dépenses renouvelables, directement entraînées par le logement des personnes âgées, notamment dans des immeubles réalisés avec l'aide de la caisse nationale et la prise en charge des dépenses résultant de la mise en œuvre et du développement de toutes autres formes d'action sociale en faveur des personnes âgées.

2. La commission des budgets et des moyens

La commission des budgets et des moyens prépare les travaux du conseil d'administration en ce qui concerne :

- les différents budgets et les comptes financiers ;
- le plan immobilier de la branche retraite ainsi que les projets d'investissements immobiliers des CARSAT dont le montant est supérieur à 200 000 euros ;
- le suivi de l'état du patrimoine ;
- le suivi du schéma directeur développement durable ;
- l'utilisation des moyens et le suivi des engagements ;
- le suivi du plan d'achat.

Pour les budgets et les dossiers des CARSAT élaborés en vue de la construction de locaux administratifs, la commission ne dispose pas de délégation d'attribution du conseil d'administration sauf en cas de mandat particulier dûment décidé par le conseil d'administration, et qui ne peut être effectif qu'à la condition que plus de la moitié de ses membres assistent à la séance.

La commission des budgets et des moyens a également en charge les engagements de dépenses. Elle prépare les travaux du conseil d'administration en ce qui concerne les autorisations de dépenses relatives au matériel et aux immeubles administratifs de la CNAV dont le montant est supérieur à 200 000 euros.

La commission des budgets et des moyens examine, chaque semestre, les principales opérations d'achat prévues par la caisse nationale (d'un montant supérieur à 500 000 euros et en lien direct avec les assurés), à partir du plan d'achat prévisionnel qui lui est présenté par la direction, et formule, le cas échéant, des observations et des préconisations.

Pour l'examen des engagements de dépenses nécessitant une décision de principe, les dossiers intéressant les immeubles administratifs de la CNAV, la commission est dotée d'un pouvoir de propositions qu'elle soumet à l'appréciation du conseil d'administration :
- les aspects touchant à la stratégie informatique et au schéma directeur des systèmes d'information de la branche retraite ;
- la présentation et le suivi du programme d'achats liés au déploiement du schéma directeur des systèmes d'information.

La commission des budgets et des moyens examine les projets majeurs de mise en œuvre du schéma directeur des systèmes d'information nécessitant la passation de marchés publics importants. Il s'agit notamment des opérations d'un montant supérieur à 500 000 euros et/ou celles dont la mise en œuvre aura un impact direct sur la relation entretenue avec le public.

S'agissant du suivi des opérations d'achats, un bilan semestriel sera présenté à la commission des budgets et des moyens afin que la commission puisse, le cas échéant, formuler des observations et des préconisations.

La commission est dotée d'un pouvoir de propositions qu'elle soumet à l'appréciation du conseil d'administration.

La commission des budgets et des moyens n'a pas délégation d'attribution du conseil d'administration sauf en cas de mandat particulier dûment décidé par le conseil d'administration.

Lorsque la commission des budgets et des moyens a délégation d'attribution du conseil d'administration, cette délégation est précisée sur l'ordre du jour établi en accord avec le président et le vice-président.

La commission siège valablement dès lors que plus de la moitié de ses membres assistent à la séance. Pour les représentants des organisations, les avis sont exprimés par un nombre de voix égal au nombre de sièges au conseil d'administration.

En cas d'urgence, le président du conseil d'administration peut demander la tenue d'une séance exceptionnelle.

3. La commission d'étude de la législation de l'assurance vieillesse

Elle prépare les travaux du conseil d'administration en ce qui concerne :

- les avis sur les projets de loi de financement de la Sécurité sociale ;
- les avis sur les projets de textes législatifs et réglementaires relatifs à l'assurance vieillesse qui sont soumis à la CNAV par le gouvernement.

La commission est saisie d'un bilan annuel d'activité des travaux de la commission de recours amiable. Elle est également saisie d'un bilan annuel des travaux de la commission des sanctions administratives.

La commission est dotée d'un pouvoir de propositions qu'elle soumet à l'appréciation du conseil d'administration.

Lorsque la commission d'étude de la législation de l'assurance vieillesse a délégation d'attribution du conseil d'administration, cette délégation est précisée sur l'ordre du jour établi en accord avec le président et le vice-président. Les projets de textes législatifs ou réglementaires sont annexés à la convocation.

La commission siège valablement dès lors que plus de la moitié de ses membres assistent à la séance. Pour les représentants des organisations, les avis sont exprimés par un nombre de voix égal au nombre de sièges au conseil d'administration.

En cas d'urgence, le président du conseil d'administration peut demander la tenue d'une séance exceptionnelle.

4. La commission de recours amiable (CRA)

Les réclamations contre les décisions de la Caisse nationale d'assurance vieillesse concernant des assurés sociaux de la région parisienne sont portées devant la commission de recours amiable constituée au sein du conseil d'administration de la caisse nationale. Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail informent la Caisse nationale d'assurance vieillesse de toutes les décisions rendues par les juridictions concernées.

Rôle et composition

La CRA n'est pas une juridiction ; ses décisions sont de nature administrative. La CRA est composée et constituée au sein du conseil d'administration de chaque organisme. Les membres de la commission sont désignés par le conseil d'administration au début de chaque année (art. R. 142-1, art. R. 142-2, art. R. 215-4 C. séc. soc.).
La procédure amiable est obligatoire avant toute action contentieuse. Le recours direct devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS) est irrecevable.

Procédure

La CRA doit être saisie par lettre, dans le délai de 2 mois qui suit :

- la notification de la décision de la caisse ;
- l'expiration du délai implicite de rejet, si la caisse n'a pas notifié sa décision.

Ce délai peut être augmenté en cas d'éloignement du demandeur (art. R. 142-1 C. séc. soc.).

Décision
La CRA donne un avis au conseil d'administration qui statue et notifie sa décision à l'intéressé. Si la CRA a reçu délégation du conseil d'administration, elle statue et notifie sa décision à l'intéressé. Cette décision doit être motivée et indiquer les délais et modalités de recours devant le TASS (art. R. 142-4, art. R. 142-6 C. séc. soc.).
La CRA rend sa décision dans le délai d'un mois à compter de la réception de la réclamation. Passé ce délai, l'intéressé peut considérer que sa demande est rejetée et porter le litige devant le TASS. Si le demandeur produit des documents après le dépôt de sa demande, le délai débute à compter de la date de réception de ces documents (art. R. 142-6, art. R. 215-4 C. séc. soc.).
Les décisions des CRA sont soumises à l'autorité de tutelle représentée par le directeur général des affaires sanitaires et sociales qui dispose d'un délai de 8 jours pour se prononcer (art. L. 151-1, art. R. 151-1, art. R. 151-3 C. séc. soc.).
La décision de la CRA peut être :
- annulée si la décision est contraire à la loi ;
- suspendue si la décision est susceptible de compromettre l'équilibre financier des risques et ce, jusqu'à la décision du ministre chargé de la Sécurité sociale saisi aux fins d'annulation (art. L. 151-1, art. R. 215-4, art R. 151-2 C. séc. soc.).

Si la décision est annulée, la CRA prend une nouvelle décision conforme à celle de l'autorité de tutelle. La décision est notifiée au demandeur, elle indique les voies de recours.
La décision de la CRA peut être contestée devant le TASS. Si le TASS est saisi après le délai de 2 mois, la décision de la CRA devient définitive. Elle a l'autorité de la chose décidée (art. R. 142-18 C. séc. soc.).

5. La commission qualité et communication
Elle prépare les travaux du conseil d'administration en ce qui concerne :
- le suivi de la Convention d'objectifs et de gestion ;
- la qualité des processus de traitement des données de la branche retraite et la politique de maîtrise des risques ;
- les programmes et les audits visant au développement de la qualité du service rendu aux assurés et employeurs ;
- le suivi de l'offre de service de la CNAV ;
- le suivi des résultats de la branche retraite en proposant un suivi détaillé des résultats spécifiques à l'Île-de-France ;
- le suivi de la certification des comptes combinés de la branche et de la CNAVTS ;
- la politique de communication ;
- la coordination de la politique de communication avec les CARSAT et les autres organismes ou groupements dont la CNAV est membre (GIP MDS, GIP Info retraite…).

La commission est dotée d'un pouvoir de propositions qu'elle soumet à l'appréciation du conseil d'administration.

La commission qualité et communication se réunit en principe tous les deux mois sauf si l'urgence nécessite une fréquence accrue de ses réunions.
La commission qualité et communication n'a pas délégation d'attribution du conseil sauf en cas de mandat particulier dûment décidé par le conseil d'administration.

Lorsque la commission qualité et communication a délégation d'attribution du conseil d'administration, cette délégation est précisée sur l'ordre du jour établi en accord avec le président et le vice-président.

La commission siège valablement dès lors que plus de la moitié de ses membres assistent à la séance. Pour les représentants des organisations, les avis sont exprimés par un nombre de voix égal au nombre de sièges au conseil d'administration.
En cas d'urgence, le président du conseil d'administration peut demander la tenue d'une séance exceptionnelle.

6. La commission études et prospective

La commission études et prospective assure, à la demande du conseil d'administration, un rôle d'étude dans le domaine de la législation retraite ainsi que sur les questions internationales.

Elle prépare les travaux du conseil d'administration en ce qui concerne :
- les études relatives à l'assurance vieillesse réalisées par l'institution ;
- la réalisation d'études sur toute mesure législative ou réglementaire ayant des incidences sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans son domaine de compétence ;
- les propositions de modifications législatives et réglementaires dans le respect du domaine de compétence de la CNAV ;
- les propositions de réforme dans le respect du domaine de compétence de la CNAV.

La commission fait de même s'agissant des questions internationales et notamment :
- des problématiques relatives aux retraites et à la situation des personnes âgées dans les différents pays ;
- des manifestations AISS et ADECRI.

La commission est dotée d'un pouvoir de propositions qu'elle soumet à l'appréciation du conseil d'administration.

Elle se réunit tous les deux mois sauf si l'urgence nécessite une fréquence accrue de ses réunions.

La composition de cette commission est élargie aux chefs de file de chaque organisation représentée au conseil d'administration et à un deuxième administrateur ayant le statut de personne qualifiée.

Elle siège valablement dès lors que plus de la moitié de ses membres assistent à la séance.

En cas d'urgence, le président du conseil d'administration peut demander la tenue d'une séance exceptionnelle.

7. La commission des sanctions administratives

La commission des sanctions administratives est constituée conformément à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et dans les conditions fixées par les textes réglementaires.

Elle est composée de 4 membres issus du conseil d'administration de l'organisme compétent pour prononcer la pénalité et désignés par lui en tenant compte de la répartition des sièges entre les différentes catégories représentées en son sein, à savoir :

- 2 représentants du collège employeur ;
- 2 représentants du collège salarié.

Des suppléants en nombre égal au nombre de titulaires sont désignés dans les mêmes conditions que ceux-ci. Ils siègent lorsque les membres titulaires dont ils sont les suppléants sont empêchés ou lorsqu'ils ont un intérêt direct ou personnel dans l'affaire examinée.

Le président est élu, pour la durée du mandat du conseil d'administration, par les membres de la commission ou est tiré au sort en cas de partage égal des voix.

Elle désigne un rapporteur parmi ses membres.

En séance, le rapporteur procède à toutes investigations utiles, en menant une instruction à charge et à décharge, afin de réunir l'ensemble des éléments de fait permettant à la commission des sanctions administratives de se prononcer sur les griefs dont elle est saisie par le directeur.

Le rapporteur peut recueillir des témoignages. Il consigne les résultats de son investigation par écrit dans un rapport qui sera présenté à la commission.

Les membres de la commission sont nommés pour la durée du mandat du conseil d'administration, soit 5 ans. Le remplacement d'un membre de la commission, en cas de cessation de fonction au cours du mandat, s'effectue dans les mêmes conditions que sa nomination et pour la durée du mandat qui reste à courir.

Les administrateurs sont soumis au secret des délibérations. Ils ne peuvent siéger lorsqu'ils ont un intérêt personnel ou direct dans l'affaire qui est examinée.

La commission ne peut donner son avis qu'en présence, en séance, d'au moins trois de ses membres. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

8. Le comité d'action sociale d'Île-de-France

Le comité d'action sociale d'Île-de-France se réunit une semaine avant la commission d'action sanitaire et sociale.

Le président du comité d'action sociale d'Île-de-France soumet les dossiers traités à la commission d'action sanitaire et sociale.

Gouvernance d'une CARSAT

Le risque vieillesse est aujourd'hui géré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), qui s'appuie sur le réseau des caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), partout en métropole, sauf en Île-de France, région où la CNAV assure une gestion directe du risque vieillesse.
Les CARSAT sont des organismes de droit privé chargés de la gestion d'un service public, placés sous la tutelle des pouvoirs publics. Elles mettent à la disposition de ses publics un réseau d'accueil dans les principales villes de la région.

Le directeur est doté de pouvoirs propres :

- Il représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile.
- Il décide des actions en justice de l'organisme.
- Il assure le fonctionnement de l'organisme sous le contrôle du conseil d'administration. À ce titre, il a autorité sur le personnel et fixe l'organisation dans les services.
- Il soumet chaque année au conseil d'administration les projets de budget de l'organisme et les rapports prévus par les textes : rapport administratif et financier, rapport sur les relations avec les usagers…
- Il signe conjointement avec le président du conseil d'administration les contrats pluriannuels de gestion conclus avec les organismes nationaux (CNAM et CNAV).
- Il engage les dépenses.
- Il préside le comité d'entreprise et le comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail.

L'agent comptable est chargé de l'ensemble des opérations financières de la CARSAT, en particulier de la tenue de la comptabilité, des mouvements de fonds, du contrôle et du paiement des prestations.

Le conseil d'administration

À la fois organe de délibération sur les questions intéressant la gestion de la CARSAT et force de propositions, le conseil d'administration :
- oriente et contrôle l'activité de la caisse en se prononçant sur les rapports qui lui sont soumis par le directeur, notamment le rapport annuel relatif à son fonctionnement administratif et financier ;
- délibère sur les budgets et sur les projets de marchés importants ;
- arrête les comptes annuels de l'organisme ;

- contrôle l'application des dispositions législatives et réglementaires ainsi que l'exécution de ses propres décisions ;
- autorise le président à signer les contrats pluriannuels de gestion avec les organismes nationaux ;
- détermine la politique de la caisse en matière d'action sociale ;
- veille à l'amélioration des relations avec les usagers ;
- a la possibilité de s'opposer à la nomination d'un directeur ou d'un agent comptable proposé conjointement par les directeurs de la CNAV et de la CNAM par un vote à la majorité des deux tiers ;
- établit les statuts et le règlement intérieur de l'organisme ;
- représente la CARSAT auprès de diverses instances et organismes régionaux et départementaux.

Le conseil d'administration élit en son sein un président et trois vice-présidents.

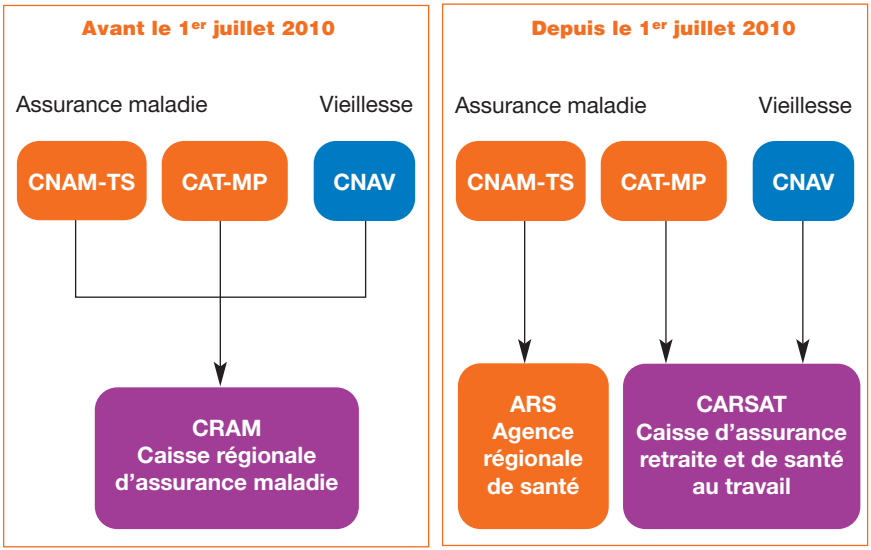
Le président veille au bon fonctionnement de la caisse dans le respect des dispositions législatives et réglementaires. Il préside les réunions du conseil dont il assure l'ordre.

Le conseil d'administration constitue des commissions de travail. Certaines sont réglementaires, d'autres statutaires.

Son comité de direction est chargé de mettre en œuvre les décisions du conseil d'administration et de gérer le fonctionnement général de la CARSAT.

Missions d'une CARSAT

Rappel ! Les Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) étaient chargées de coordonner, dans certains domaines, l'action des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), mais leurs activités s'exerçaient surtout dans l'assurance vieillesse et les risques professionnels. La loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) a transféré ce qui relevait encore de l'assurance maladie aux Agences régionales de santé (ARS), attribuant ainsi aux CRAM le nouveau nom de CARSAT (Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail).
Ainsi, depuis le 1er juillet 2010, les CRAM – à l'exception de la CRAM Île-de-France – ont changé d'identité et sont devenues des CARSAT.
La CRAM d'Alsace-Moselle est devenue CARSAT deux ans plus tard, au 1er avril 2012, après sa fusion avec la CRAM.
Seule la CRAM d'Île-de-France conserve son nom, car elle n'a pas de mission pour l'assurance retraite de la Sécurité sociale.
Il existe donc 15 CARSAT sur le territoire métropolitain et la CRAMIF.



Cas particulier de l'Île-de-France

En Île-de-France, du fait que la compétence en matière d'assurance vieillesse n'a jamais relevé de la CRAM, le nom n'a pas été modifié par la réforme du 1er avril 2010 (loi HPST). Dans cette région, les retraites sont gérées par la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés. La Caisse régionale d'assurance maladie exerce les autres missions des CARSAT.

Les Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) ont des missions bien spécifiques en matière de retraite, de prévention-tarification des risques professionnels et d'action sociale. Ces missions, précisées à l'article L. 215-1 du Code de la Sécurité sociale, consistent à :

- enregistrer et contrôler les données nécessaires à la détermination des droits à la retraite des assurés du régime général : elles liquident et servent les pensions résultant de ces droits ; elles informent et conseillent les assurés et leurs employeurs sur la législation de l'assurance vieillesse ;
- intervenir dans le domaine des risques professionnels, en développant et en coordonnant la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et en concourant à l'application des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et à la fixation des tarifs ;
- mettre en œuvre les programmes d'action sanitaire et sociale définis par les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-2 et L. 224-4 du Code de la Sécurité sociale ;
- développer des actions de formation, de conseil, et de prévention sanitaire et sociale dans le domaine de la maladie ;
- développer une politique d'action sociale au service des populations en difficulté grâce à leur service social ;
- assurer un service social à destination des assurés sociaux de leur circonscription ;
- et enfin assurer les tâches d'intérêt commun aux caisses de leur circonscription.

Composition du conseil d'une CARSAT

Chaque CARSAT (organisme de droit privé chargé d'une mission de service public) est administrée par un conseil d'administration de 21 membres ayant voix délibérative et de 4 membres avec voix consultative, répartis de la façon suivante :

Catégorie de représentants		Avec voix délibérative		Avec voix consultative	
Représentants des assurés sociaux (désignés par les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national)	CFTC	1	8		
	CFE/CGC	1			
	CFDT	2			
	CGT	2			
	FO	2			
Représentants des employeurs (désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives au niveau national)	MEDEF	4	8		
	CPME	2			
	U2P	2			
Représentant de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)			1		
Personnes qualifiées désignées par le préfet dont au moins un représentant des retraités.		4	4		
Représentant de l'Union nationale des associations familiales (UNAF)					1
Représentants du personnel (élus par les cadres et les employés de l'organisme)	Employés			1	3
	Praticiens			1	
	Cadres			1	
Directeur général					1
Agent comptable					1
Contrôleur général économique et financier					1

À noter ! Dans chaque caisse, le directeur assure le fonctionnement des services sous le contrôle du conseil d'administration.

Ainsi, l'initiative de la nomination du directeur d'une CARSAT est confiée au directeur de l'organisme national, qui propose au conseil d'administration de la caisse locale une liste de trois noms. Le conseil d'administration choisit dans cette liste son candidat, qui est nommé par le directeur de l'organisme national concerné. En l'absence de décision du conseil d'administration, le directeur de l'organisme national a la liberté de nommer, parmi les trois noms, le candidat de son choix (art. L. 217-3 C. séc. soc.).

Le directeur assure le fonctionnement de l'organisme sous le contrôle du conseil d'administration et prend toute décision d'ordre individuel relative à la gestion du personnel et a seule autorité sur celui-ci.

Il engage les dépenses et constate les créances ; il est chargé des poursuites à l'encontre des débiteurs de l'organisme et représente ce dernier en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Le directeur peut déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses pouvoirs à certains agents de l'organisme. En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur, ses fonctions sont exercées par le directeur adjoint ou, à défaut, par un agent désigné à cet effet (art. L. 121-1 ; art. R. 122-1 et suivants ; art. D. 253-2 ; art. D. 253-7 C. séc. soc.).

Lors de la 1re réunion : élection du président et du (ou des) vice-président(s)
(art. L. 231-7 et D. 231-24 C. séc. soc.)
Au cours de sa première réunion, immédiatement après son installation sous la présidence de son doyen d'âge, le conseil élit en son sein un président, et, après son installation, un (ou des) vice-président(s).
L'élection a lieu au scrutin secret à la majorité absolue des suffrages exprimés au premier et deuxième tour, à la majorité relative au troisième tour et en cas de partage des voix, au bénéfice de l'âge.
Important ! Le président et le vice-président ne peuvent appartenir au même collège.
À noter ! Les personnes qualifiées ne sont ni électrices ni éligibles aux fonctions de président ou vice-président.
La durée du mandat est identique à celle des administrateurs, soit 4 ans.
À savoir ! Le mandat des conseillers CARSAT a été prorogé d'une année pour prendre fin en janvier 2018, date de renouvellement de l'ensemble des conseils et conseils d'administration des organismes de Sécurité sociale.

Périodicité des réunions

En règle générale, le conseil d'administration de la CARSAT se réunit chaque fois qu'il est convoqué par le président et au moins quatre fois par an.

Convocation et ordre du jour

La convocation, l'ordre du jour et les documents s'y rapportant doivent parvenir aux membres du conseil, au moins huit jours ouvrables avant la réunion, sauf exception motivée par l'urgence.
Le conseil ne peut délibérer valablement que des affaires régulièrement inscrites à l'ordre du jour.
Les demandes de renvoi à une autre séance du conseil ou à une commission d'une question régulièrement inscrite à l'ordre du jour doivent faire l'objet d'une décision majoritaire du conseil.

Quorum

Le conseil ne peut délibérer valablement que si la majorité des membres ayant voix délibérative assiste à la séance. Lorsque le quorum est atteint au début de la discussion d'une question, la délibération se poursuit jusqu'à son terme.
Important ! Toute décision prise en séance quand le quorum n'est pas atteint est nulle et non avenue.

Suppléance

Les membres suppléants ne siègent qu'en l'absence d'un membre titulaire appartenant à la même organisation (art. L. 231-3 et R. 231-2 C. séc. soc.).
Il n'est donc pas possible de convoquer les administrateurs suppléants en même temps que les titulaires.
Toutefois, tous les membres suppléants reçoivent dans des conditions identiques la même documentation que celle qui est adressée aux titulaires.
Important ! La CFTC veut favoriser la délégation : en effet, dans un souci de renouvellement de notre délégation, il est demandé à l'administrateur titulaire de déléguer à son suppléant le soin de siéger de temps en temps pour qu'il appréhende son rôle. Un suppléant au conseil peut également occuper des fonctions de titulaire au sein d'une ou plusieurs commissions. Dans un souci de répartition de la charge de travail et moyennant un fonctionnement en équipe et une bonne communication au sein de la délégation, il est opportun de lui confier les commissions dont l'activité est dense (ex : la commission du budget et des moyens afin de déterminer les COG en matière de retraite).
Important ! Parité homme/femme : le Conseil confédéral incite fortement les structures à favoriser davantage la représentation féminine lors du prochain renouvellement des mandatés dans les organismes de Sécurité sociale, soit à hauteur de 50 %. Ce pourcentage doit être respecté par niveau de désignation – UR ou UD – sur l'ensemble des branches.

Délégation de vote

Lorsqu'ils ne sont pas suppléés (ex : cas où le suppléant est absent pour maladie ou indisponible), les administrateurs peuvent donner délégation de vote à un autre membre du conseil. La délégation doit être donnée par écrit et remise au président en début de séance.
À noter ! Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Vote des décisions

Les questions soumises aux délibérations du conseil peuvent donner lieu, soit au **vote à main levée**, soit au **vote à bulletin secret**.
Le vote à main levée est le mode de votation ordinaire.
Le vote à bulletin secret est obligatoire en matière d'élection et sur toute autre question lorsqu'il est demandé par un administrateur.
Les décisions sont prises à la **majorité des voix**, en tenant compte des délégations de vote données à certains administrateurs par les absents.
Seuls les suffrages exprimés sont retenus dans le décompte des voix. Les prises d'acte, abstentions, non-participations au vote ne sont pas retenues dans le décompte des voix mais sont enregistrées de manière distincte dans le relevé de décision.
En cas de partage des voix et dans le cas où aucune majorité ne peut se dégager en cours de séance, la question peut être réinscrite à l'ordre du jour d'une séance ultérieure.
À noter ! La voix du président n'est pas prépondérante.

Utilisation de la suspension de séance

Avant de prendre acte d'une décision, faculté est donnée aux administrateurs d'un même collège de demander une suspension de séance qui sera consacrée à échanger entre eux, voire à définir ou redéfinir une position intersyndicale. Elle peut être utile également si les débats qui ont lieu sur une question sont de nature à remettre en cause le sens du vote décidé préalablement au sein de la délégation et/ou avec le responsable politique confédéral chargé du dossier. Ce procédé peut enfin être utilisé lorsque des documents sont distribués en séance et n'ont pu faire l'objet d'une lecture préalable.

Procès-verbal

Chaque réunion d'un conseil donne lieu à un procès-verbal qui doit être signé par le président et le (ou les) vice-président(s). Dans les dix jours qui suivent la séance, les procès-verbaux des délibérations du conseil sont envoyés au ministre en charge de la Sécurité sociale et au ministre chargé du Budget.
Le procès-verbal doit être soumis lors de la séance suivante à l'approbation du conseil et communiqué à tous les membres du conseil, y compris les personnes ayant voix consultative (art. R. 225-5 C. séc. soc.).

Attributions du conseil d'une CARSAT

Les CARSAT ont deux rôles distincts :

• **En matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles**, elles développent et coordonnent la prévention et elles assurent la tarification des cotisations d'accidents du travail (accompagner les entreprises dans leurs démarches de prévention afin de diminuer la fréquence et la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP), gérer l'allocation des travailleurs de l'amiante, déterminer et notifier le taux de cotisation couvrant le risque AT/MP des établissements relevant du régime général et contribuer à la reconnaissance des maladies professionnelles par les CPAM et le comité de reconnaissance des maladies professionnelles) ;
• **En matière d'assurance vieillesse**, elles assurent, pour le compte de la CNAV, la tenue des comptes individuels des assurés, la liquidation et le paiement des prestations. Elles exercent également une action sanitaire et sociale : accompagner les assurés fragilisés par des difficultés liées à leur état de santé (hospitalisation, handicap, risque de perte d'autonomie ou d'emploi), soutenir par des aides financières et matérielles les retraités du régime général afin de leur permettre de vivre chez eux le plus longtemps possible (aide ménagère à domicile, amélioration de l'habitat, garde à domicile, aide de retour à domicile après hospitalisation...), apporter son concours financier, par des prêts et des subventions, à des projets, afin d'adapter ou diversifier l'offre de services de proximité en faveur des retraités, améliorer la vie sociale et le cadre de vie des personnes retraitées autonomes dans les lieux de vie collectifs.
De plus, le conseil approuve les budgets et valide les programmes d'action de l'organisme, via les contrats pluriannuels de gestion passés (CPG) avec la caisse nationale.

Les commissions

Auprès du conseil d'administration siègent plusieurs commissions

Des **commissions de branche professionnelle pour la prévention des risques professionnels de chaque branche** (comités techniques régionaux (CTR)). Le CTR procède aux études statistiques se rapportant aux risques professionnels, et il œuvre pour la diffusion des méthodes et mesures de prévention auxquelles doivent se soumettre les entreprises. Le CTR est également consulté lors de l'élaboration des conventions régionales d'objectifs permettant la signature de contrats de prévention avec les entreprises locales. Il donne également son avis sur les propositions de cotisations supplémentaires, de minoration de taux, sur les actions de prévention à mener, etc.

Une **commission régionale des accidents du travail et des maladies professionnelles** (ou CRATMP).

Ces deux commissions comprennent paritairement des représentants des salariés et des employeurs.

Chaque caisse est en relation avec la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAV-TS) et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS), qui sont deux des organismes nationaux du régime général de Sécurité sociale et ont le statut d'établissement public à caractère administratif.

Il existe d'autres commissions importantes au sein des CARSAT telles que :

La commission d'action sanitaire et sociale (CASS)

Elle gère et répartit le budget d'action sociale en mettant en œuvre des actions :

- individuelles (en faveur des retraités) : plan d'action personnalisé (PAP), aide ménagère, retour à domicile après hospitalisation, amélioration de l'habitat, secours, etc. ;
- collectives : réunions d'informations, ateliers équilibre et mémoire, appels à projet, aides aux associations ;
- prêts pour la construction ou la réhabilitation d'établissements pour personnes âgées ;
- aides finançant des dépenses d'investissement pour la construction, la modernisation ou l'équipement mobilier d'établissements hébergeant des retraités relevant des GIR 5 et 6 ressortissant du régime général.

La commission des marchés

Elle se réunit pour délibérer et attribuer les marchés suite à appels d'offre (marchés de plus de 150 000 euros pour les fournitures et services, et 5 900 000 euros pour les travaux) et selon une procédure adaptée (utilisée jusqu'à 150 000 euros pour les fournitures et services, et 230 000 euros pour les travaux).
Elle négocie pour les travaux et la réhabilitation des établissements CARSAT dont le montant est compris entre 230 000 et 5 900 000 euros.

La commission de recours amiable (CRA)

Toute contestation d'une décision de la CARSAT rendue en matière de tarification des accidents du travail et retraite peut faire l'objet d'un recours amiable auprès de celle-ci. Cette réclamation doit intervenir dans les deux mois suivant la date de réception de la notification de la décision contestée, et ce, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Cette commission est composée de 2 représentants employeurs et 2 salariés (suivant CARSAT).
L' article R. 143-21 du Code de la Sécurité sociale, qui fixe le délai de deux mois pour contester la décision de la CARSAT, ne prévoit pas la situation de l'employeur qui a contesté devant le tribunal du contentieux de l'incapacité l'un des éléments ayant servi à déterminer les taux de cotisations (par exemple le caractère professionnel d'un accident, le taux d'IPP attribué à un salarié...) et n'obtient satisfaction qu'après expiration de ce délai de deux mois.

Remarque ! Désormais, les décisions relatives à la prise en charge d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ainsi que le taux d'incapacité permanente, sont notifiées à l'employeur par tout moyen permettant de déterminer la date de réception (notamment LRAR) avec mention des délais et voies de recours. Le délai de recours expiré, la décision d'attribution est définitive pour l'employeur ; il ne pourra donc pas contester cette décision au-delà de deux mois, même en cas de contestation de son taux de cotisation.

Rôle des CARSAT en matière de santé

Les CARSAT (Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail) jouent un rôle essentiel en matière de santé. Chargées de la tarification du risque accident du travail et maladie professionnelle, elles ont également un rôle de contrôle et de conseil auprès des entreprises.
Autrement dit, la CARSAT est à la fois susceptible de contrôler et d'aider les entreprises en matière de santé (art. L. 215-1 et suivants C. séc. soc.).

Les CARSAT ont en particulier pour mission de développer et de coordonner la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et de concourir à l'application des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles (art. L. 215-1 c. séc. soc.).
La mission est essentiellement une mission de prévention assurée par les ingénieurs-conseils et les contrôleurs de sécurité placés sous la direction d'un ingénieur-conseil régional.
Par ailleurs, pour assister les CARSAT, les comités techniques régionaux (CTR) ont été institués par branche d'activité (art. L. 215-4 C. séc. soc.). Ils sont composés paritairement de représentants des employeurs et des salariés nommés par les conseils d'administration des CARSAT.

Le contenu de la mission de prévention des risques des CARSAT

Cette mission comporte cinq volets distincts : le contrôle, le conseil, l'aide technique, la formation et l'aide au reclassement des salariés victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

La mission de contrôle des CARSAT

Cette mission de contrôle s'exerce selon les orientations des comités techniques régionaux et du conseil d'administration de chaque caisse régionale, dans le cadre de la politique générale de prévention élaborée par la Caisse nationale de l'assurance maladie.
Afin d'assurer cette mission, les ingénieurs-conseils et contrôleurs de sécurité disposent d'un droit de visite en entreprise (art. L. 243-11 C. séc. soc.). Tout obstacle à l'exercice de ce droit est puni des mêmes peines que celles prévues par le Code du travail en cas d'obstacle à l'exercice de la mission de l'inspecteur du travail. Ils peuvent se faire présenter, au cours de ces visites, les attestations, consignes, résultats et rapports relatifs aux vérifications et contrôle mis à la charge de l'employeur au titre de la santé et de la sécurité au travail (art. L. 4711-3 C. trav.).
La plupart des interventions en entreprise se concrétisent par des conseils et une assistance à la mise en œuvre de la politique de prévention de l'entreprise.
Remarque ! Les agents de prévention des CARSAT peuvent assister aux réunions du CHSCT ; l'ordre du jour doit donc leur être communiqué par le chef d'établissement (art. R. 4614-3 C. trav.). L'agent de prévention de la CARSAT peut notamment assister à la réunion d'urgence du CHSCT tenue en cas de danger grave et imminent (art. L. 4132-3 C. trav.).

Dans le cas où l'entreprise refuse de s'engager dans une démarche de prévention, la CARSAT dispose de moyens de contrainte sous forme d'injonction afin de réduire la fréquence ou la gravité des accidents du travail. En cas de non-réalisation des mesures demandées, le dossier est présenté à une commission paritaire qui peut décider de la majoration du taux de cotisation d'accidents du travail et maladies professionnelles de l'établissement concerné. L'employeur pourra exercer un recours auprès du DIRECCTE (art. L. 422-4 C. séc. soc.).
À l'inverse, la CARSAT peut reconnaître les efforts accomplis par une entreprise, en proposant une minoration de son taux de cotisation.

La mission de conseil des CARSAT

La finalité de l'intervention de la CARSAT n'est pas répressive. Il s'agit davantage d'accompagner l'entreprise dans son action en matière de prévention des risques que de sanctionner des comportements.
Dans ce cadre, les CARSAT peuvent conclure des contrats de prévention avec les entreprises pour leur apporter un soutien à un projet de prévention à moyen terme (de un à trois ans). Ces projets doivent amener les entreprises à un niveau de prévention qui dépasse le simple respect des obligations réglementaires.

La mission d'appui technique des CARSAT

Les CARSAT disposent d'une expertise dans le domaine de la santé et de la sécurité. Les ingénieurs-conseils ou contrôleurs de sécurité sont en mesure de faire bénéficier les entreprises de cette expertise technique ainsi que des études et travaux réalisés soit par la CARSAT directement, soit par d'autres CARSAT, soit par la CNAM ou encore par l'INRS. Un service de documentation peut également mettre à la disposition des entreprises un fonds documentaire sur la prévention des risques professionnels.

La mission de formation des CARSAT

Le secteur formation du service de prévention assure cinq missions :

- Il organise des sessions de formation inter-entreprises pour les employeurs, les salariés, les membres de CHSCT, les spécialistes de la santé et de la sécurité du travail.
- Il conçoit et anime des actions de formation intra-entreprises.
- Il assure la promotion du sauvetage-secourisme du travail (SST) en formant et animant un réseau de moniteurs en SST qui appartiennent soit à de grandes entreprises, soit à des organismes de formation conventionnés par la CARSAT.
- Il développe des relations avec les organismes de formation qui souhaitent proposer des services dans le domaine de la prévention.
- Il assure la promotion de l'enseignement de la prévention des risques professionnels dans l'enseignement technique et professionnel et supérieur, en particulier dans les écoles d'ingénieurs.

Les formations dispensées par les CARSAT sont financées par les cotisations des entreprises. Elles ne sont donc pas facturées. L'inscription aux stages est soumise à l'accord du technicien (ingénieur-conseil ou contrôleur de sécurité) qui suit directement l'entreprise.

La mission d'aide au reclassement des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles

Lorsqu'un salarié a été victime d'un accident ou d'une longue maladie, le service social des CARSAT peut, en concertation avec le médecin du travail, rechercher des solutions adaptées. Il assure la mise en relation avec les partenaires des dispositifs de droit commun ou spécifiques à l'Assurance maladie.

Sachez-le ! Au-delà de ces missions, les CARSAT peuvent avoir développé des services ou actions spécifiques, notamment par des collaborations avec les administrations locales, les collectivités territoriales ou les autres organismes intervenant dans le champ de la protection sociale.

À savoir ! Les subventions

Les CARSAT peuvent octroyer des aides financières, sous forme de **subventions directes aux petites entreprises**. L'arrêté du 9 décembre 2010 en définit les modalités. Ainsi, l'entreprise mettant en œuvre des mesures de prévention figurant dans l'un des programmes nationaux définis par la CNAM ou dans l'un des programmes locaux définis par la CARSAT peut se voir accorder des subventions par la caisse régionale, **dans la limite de 25 000 euros pour une durée maximale de 4 ans.**

Pour pouvoir bénéficier de la subvention, l'entreprise doit :

- informer le CHSCT sur les mesures de prévention préalablement à leur mise en œuvre ;
- transmettre les pièces justifiant la mise en œuvre des mesures de prévention ;
- justifier de l'absence de contrat de prévention en cours ou au cours des deux années précédentes ;
- transmettre le document unique d'évaluation des risques mis à jour ;
- être à jour des cotisations versées au titre de ses établissements qui sont implantés dans la circonscription de la CARSAT ;
- transmettre l'attestation d'adhésion de l'entreprise à un service de santé au travail.

Ces subventions concernent principalement les entreprises qui comptent moins de 50 salariés.

Rôle d'un administrateur à la CARSAT

Si les organisations syndicales sont présentes au sein des conseils, c'est afin de représenter les assurés sociaux. Le conseiller CFTC doit donc avant toute chose se préoccuper des intérêts des assurés de sa circonscription et les défendre en conseil et en commission. Ils s'attacheront à la qualité du service rendu aux assurés comme à l'aide aux retraités en difficulté.
Le conseiller doit par ailleurs s'assurer de la bonne gestion de la caisse ainsi que de l'utilisation juste et efficace des fonds dont dispose la caisse pour mener à bien ses missions.
Le conseiller doit également être un relais des positions CFTC en matière de retraite **(voir la feuille de route)**.
Important ! Les conseillers CFTC ont un large champ d'intervention et peuvent exprimer les spécificités d'une politique locale d'assurance retraite, dite de proximité, au service des assurés sociaux.

Exercer son mandat dans les organismes de la branche recouvrement

La branche recouvrement **p.171**
Introduction historique p.171
Vers un percepteur social unique ? Les URSSAF voient leur champ de compétence évoluer p.173
La branche recouvrement au cœur du financement de la Sécurité sociale p.176
La feuille de route CFTC sur le recouvrement p.179
Les Conventions d'objectifs et de gestion (COG) p.181
L'organisation administrative de la branche recouvrement : acteurs et partenaires p.184

Être administrateur à l'ACOSS **p.185**
Gouvernance de l'ACOSS p.185
Missions de l'ACOSS p.186
Composition du conseil de l'ACOSS p.188
Fonctionnement du conseil d'administration de l'ACOSS p.190
Attributions du conseil d'administration de l'ACOSS p.193

Être administrateur ou conseiller dans une URSSAF **p.199**
Gouvernance d'une URSSAF régionale et d'une URSSAF départementale p.199
Missions d'une URSSAF p.200
Composition du conseil d'administration d'une URSSAF p.201
Composition du conseil d'un site départemental de l'URSSAF p.202
Fonctionnement du conseil ou conseil d'administration d'une URSSAF p.203
Attributions du conseil d'administration d'une URSSAF p.205
Attributions du conseil départemental d'une URSSAF p.208

Introduction historique

En France, la Sécurité sociale est financée par des prélèvements sur les salaires. Cette situation est atypique dans les pays de l'OCDE qui privilégient majoritairement le financement par voie fiscale. Le système français de collecte, spécifique, a beaucoup évolué depuis la création de la Sécurité sociale.

Initialement, l'organisation de la Sécurité sociale mise en place en 1945 prévoyait que les organismes versant les prestations seraient chacun chargés de recouvrer leurs propres cotisations en appliquant leurs propres règles de recouvrement (procédure de recouvrement, délais, majorations de retard…). La Caisse nationale de Sécurité sociale (CNSS), qui disparaîtra avec les ordonnances de 1967, garantissait une unité de trésorerie en assurant la compensation financière entre toutes les caisses. Très vite pourtant, les caisses ont ressenti le besoin de confier le soin de recouvrer leurs cotisations à un organisme spécialisé.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 avait prévu cette possibilité en permettant la création de fédérations ou d'unions de caisses. Ainsi, certaines caisses prestataires ont pris l'initiative de créer des unions entre elles. De ces unions de caisses sont nées les unions de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales, ou URSSAF. Ces unions présentaient des avantages d'efficacité dans le recouvrement et de simplification pour les employeurs qui n'avaient plus qu'un imprimé à remplir et qu'un versement à effectuer pour la déclaration et le paiement de leurs cotisations. Elles sont donc vite apparues indispensables ; c'est la raison pour laquelle la loi de finances pour 1952 prévoit pour le ministre la possibilité d'imposer l'institution de tels services.

Ce n'est pourtant que par le décret du 12 mai 1960 que les URSSAF deviennent obligatoires. Comme pour les organismes chargés de verser les prestations, le choix est fait d'un maillage territorial étroit pour permettre un contact direct avec le public, une dimension humaine acceptable, une bonne connaissance des débiteurs et un contrôle plus efficace. Comme pour les caisses prestataires, la gestion des URSSAF est confiée aux représentants des assurés sociaux sous contrôle de l'État.

Cette évolution a trouvé ses prolongements dans l'ordonnance du 21 août 1967 qui réforme les structures administratives et financières de la Sécurité sociale dans le but de retrouver et maintenir l'équilibre financier des régimes déjà mis à mal. Afin d'optimiser la gestion de la trésorerie, ce texte institue trois caisses nationales distinctes (CNAM, CNAV, CNAF) et crée une agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS) ayant pour mission première la gestion des ressources communes. L'ACOSS est alors administrée par un conseil d'administration composé des représentants des trois caisses nationales. Le recouvrement est devenu depuis lors une branche à part entière, autonome par rapport aux trois autres branches existantes.

Il faudra attendre le 25 juillet 1994 pour que l'ACOSS, au même titre que les trois autres caisses nationales, soit chargée d'assurer le pilotage et l'animation des organismes locaux (pour l'ACOSS, les URSSAF).
L'ordonnance du 24 avril 1996 issue du plan Juppé constitue une réforme d'ampleur pour la branche recouvrement. Celle-ci introduit pour l'ACOSS et son réseau, comme pour les autres branches, la démarche par convention d'objectifs et de gestion (COG). S'inscrivant dans une démarche de modernisation du service public, la branche et l'État ont également intégré dans les COG successives des projets d'ampleur, comme la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU) et de la déclaration sociale nominative (DSN). Conformément aux termes de la COG 2010-2013 **(voir supra)**, le réseau des URSSAF a connu une évolution majeure de son réseau avec la création d'URSSAF régionales. Cette nouvelle organisation a été mise en œuvre par étapes successives entre le 1er janvier 2012 et le 1er janvier 2014.

Vers un collecteur social unique ?
Les URSSAF voient leur champ de compétence évoluer

Le régime général de la Sécurité sociale mis en place en 1945 avait pour vocation initiale d'accueillir à terme toute la population active et inactive. Mais lors de l'adoption des lois de généralisation en 1946, les commerçants, les industriels, les artisans et les professions libérales ont refusé d'être intégrés dans le même régime que les travailleurs salariés (le régime général). La raison ? Pour certains, chaque groupe social doit décider de l'importance de sa couverture sociale obligatoire dans un cadre collectif. Ces ressortissants sont communément appelés **les « non-non »** (pour non-salariés et non- agricoles).

Des régimes autonomes ont donc progressivement été mis en place en **matière d'assurance vieillesse et d'assurance maladie** pour chacune de ces professions.
Pour l'assurance vieillesse, une loi du 17 janvier 1948 a ainsi créé trois régimes pour les commerçants industriels, les artisans et les professions libérales respectivement chapeautés par trois caisses nationales : l'ORGANIC, la CANCAVA, et la CNAVPL.
Pour l'assurance maladie et maternité des indépendants, une loi du 12 juillet 1966 a institué un régime unique géré par la CANAM (Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles).
L'exception demeure pour les prestations familiales, pour lesquelles la perspective d'une structure unitaire s'est dessinée rapidement. Aujourd'hui, la CNAF et son réseau servent les prestations familiales à l'ensemble des régimes à l'exception des salariés et exploitants agricoles.

Doté chacun de leurs propres structures de gestion, les régimes des « non-non » affichaient initialement des taux de cotisations et de prestations diversifiés. Assez tôt toutefois, les ressortissants de ces régimes ont affirmé leur volonté de bénéficier de prestations comparables à celles des salariés. Cela s'est traduit par un **alignement progressif et partiel des règles de ces régimes sur celles du régime général**.
En matière de retraite, l'ORGANIC et la CANCAVA servent des pensions alignées sur celles du régime général depuis 1973 (loi Boulin du 2 juillet 1972), leurs ressortissants payant des cotisations au même taux (somme des parts salariales et patronales du régime général).
En matière d'assurance maladie, les taux de remboursement des prestations en nature correspondant « au petit risque » (honoraires des soins, ambulatoires, prothèses) sont alignés sur celui du régime général depuis 2001. En revanche, seuls les artisans, les industriels et les commerçants bénéficient des indemnités journalières. Les professions libérales en sont donc exclues.

Cette indépendance ainsi voulue n'est pas sans poser de **difficultés. Sur le plan financier**, tout d'abord, puisque dès la fin des années 1960, les régimes des artisans, des industriels et des commerçants ont connu une crise grave dont les causes étaient essentiellement démographiques. Le fonctionnement de ces régimes par répartition

impose un renouvellement suffisant du groupe des cotisants. Or, la tendance générale à la salarisation n'a cessé de détériorer le rapport inactifs-actifs de ces régimes. Pour remédier à ces déséquilibres, ont été mis en place des **mécanismes de transferts** (appoint par le biais de ressources de nature fiscale) **et de compensations** qui instituent une solidarité financière entre les régimes (versement du régime général vers les régimes des autonomes).

Un autre écueil est celui de la **complexité de l'architecture du système de Sécurité sociale des professions indépendantes**. L'éclatement de celui-ci rejaillit sur les coûts de gestion et les formalités à accomplir par ses assurés. Ceci était particulièrement vrai en ce qui concerne le recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants dans la mesure où chacun de ces régimes disposait de son propre système de recouvrement.
À titre d'exemple, pour acquitter le versement de ses cotisations personnelles, un artisan ou un commerçant était en relation avec quatre guichets ayant chacun une réglementation propre (CANCAVA ou ORGANIC, CANAM, et URSSAF).

Création puis suppression du régime social des indépendants (RSI)
C'est précisément cette complexité qui a motivé, un peu avant 1997, les réflexions autour d'un **guichet unique virtuel** pour le recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants. Ce projet a abouti à un dispositif plus ambitieux qu'initialement prévu, porté par les trois caisses nationales concernées qui ont fusionné pour faire naître le **régime social indépendant (RSI)**.

Cette réforme, certainement la plus significative depuis la création de la Sécurité sociale s'est faite par une loi d'habilitation du 9 décembre 2004, instituant un **interlocuteur social unique (ISU)** pour les artisans et commerçants et trois ordonnances (ordonnances des 1er avril et 8 décembre 2005) qui ont mis en place les organes et outils de gestion nécessaires.

Cette réforme a été lourde de **conséquences pour l'ACOSS** et son réseau, puisqu'elle a confié la responsabilité finale du recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions sociales des artisans et commerçants au RSI et non plus aux URSSAF. Mais cette mission s'exerce dans le cadre d'une délégation de certaines fonctions au réseau des URSSAF, agissant alors pour le compte et sous l'appellation du RSI. Ainsi, les URSSAF se sont vues confier le recouvrement amiable de toutes les cotisations et contributions sociales de ces travailleurs indépendants jusqu'au 30e jour suivant la date limite de paiement ainsi que la responsabilité de leur encaissement alors que leur champ était jusque-là limité à la CSG (contribution sociale généralisée), à la CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale) et aux cotisations d'allocations familiales.

La mise en œuvre concrète de l'ISU s'est faite de façon progressive à compter du 1er janvier 2008. Elle a **fortement mobilisé le réseau des URSSAF**. La plus grande partie des cotisants concernés a bénéficié du dispositif dès sa mise en œuvre dans des conditions correctes. Toutefois, du fait des délais de réalisation très courts, les fonctions recouvrement partagées entre les deux réseaux se sont heurtées à d'importantes difficultés liées à des incidents de coordination informatique.
En conséquence de cette situation, les URSSAF ont connu une augmentation importante de leurs dossiers en attente et la qualité du service rendu s'est trouvée dégradée pour certains cotisants. Les opérations de recouvrement ont elles aussi été retardées et les seuils de reste à recouvrer ont été augmentés. Les procédures de recouvrement forcé ont également été suspendues. Ces retards ont impacté de façon négative les résultats finaux du recouvrement, déjà sensiblement fragilisés par la crise économique.

Pour résorber ces difficultés, plusieurs plans d'action ont été mis en place depuis 2011. À la fin de 2014, même si les améliorations étaient notables, l'optimisation de la gestion de l'ISU demeure un objectif inscrit dans la cinquième COG (2014-2017). Dans le cadre de la loi de financement pour la Sécurité sociale de 2017, la création d'un dispositif de pilotage national unique était prévu mais ce dispositif était à peine mis en œuvre (mai 2017) que déjà était annoncée la suppression du RSI via un adossement au régime général.
La LFSS pour 2018 prévoit de confier la protection sociale des travailleurs indépendants au régime général. Compte tenu de l'ampleur de la transformation, une période transitoire de deux ans est prévue durant laquelle les différentes missions du RSI seront reprises en gestion par les différentes caisses du régime général. L'organisation définitive sera en place au 1er janvier 2020.

La branche recouvrement au cœur du financement de la Sécurité sociale

Investie d'une mission de recouvrement, de centralisation et de répartition des recettes sociales et fiscales, la branche recouvrement est ainsi placée au cœur du système de financement de la Sécurité sociale.

La branche « recouvrement » du régime général de la Sécurité sociale est un réseau d'organismes chargé d'une mission de service public : collecter les cotisations salariales/patronales et contributions sociales (contribution sociale généralisée, contribution au remboursement de la dette sociale) permettant aux branches maladie, accidents du travail, vieillesse et famille de verser les prestations aux ayants droits. Elle recouvre également les cotisations à destination de plus de 900 organismes « tiers » ayant confié à la branche la collecte de leurs recettes. C'est le cas notamment du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées (CNSA), du Fonds national d'aide au logement (FNAL)…

En 2013, 458,6 milliards d'euros ont été encaissés par les URSSAF, les CGSS et l'ACOSS pour financer le régime général de la Sécurité sociale et les organismes tiers. Ces cotisations sont issues de plus de 9,5 millions de comptes cotisants gérés par les URSSAF. Derrière ce chiffre, ce sont les salariés, les entreprises, les artisans, les commerçants et les professionnels de santé, les administrations et collectivités territoriales, les associations, les personnes employant des salariés à domicile qui participent tous au financement de la Sécurité sociale.

Plus concrètement, les sommes recouvrées par le réseau des URSSAF permettent de financer :

- pour la branche maladie et accidents du travail, la prise en charge ou le remboursement des consultations médicales, de l'ensemble des prescriptions (médicaments, appareils médicaux…), des arrêts maladie/maternité ou liés à des accidents du travail, de l'invalidité, des frais de l'hospitalisation ;
- pour la branche famille, les aides aux familles (allocations familiales, allocation de rentrée scolaire…), les aides au logement, l'action sociale (financement des crèches, haltes garderies…) ;
- pour la branche vieillesse, les retraites personnelles et de réversion, l'action sociale (aide à domicile, aide à l'amélioration de l'habitat, garde à domicile…).

À noter ! Ces cotisations sont mises à disposition des caisses qui verseront les prestations (caisses primaires d'assurance maladie, caisses d'allocations familiales et caisses d'assurances retraite et de santé au travail) dès le lendemain du jour où elles sont recouvrées, afin d'assurer le paiement des prestations sociales dans les meilleurs délais.

Lorsque l'URSSAF collecte 100 €

48 € vont à la branche maladie (prestation maladie, maternité, invalidité, décès).
33 € vont à la branche vieillesse (pensions de retraite des salariés et les pensions de réversion et l'assurance veuvage).
15 € vont à la branche famille (pour les prestations familiales et sociales afin d'aider les familles).
4 € vont à la branche accident du travail/maladie professionnelle (prestations liées aux accidents du travail et aux maladies professionnelles).

Ces chiffres incluent les coûts de gestion des prestations. Au total sur 100 euros, 2,6 euros sont consacrés à la gestion des organismes de Sécurité sociale.

Commission des comptes de la sécurité sociale 2017

Découlant de cette première mission (collecter les cotisations), la branche recouvrement a également la responsabilité de gérer la trésorerie commune et d'assurer le suivi de celle-ci branche par branche. L'ACOSS, collecteur final des cotisations, gère ainsi les flux de trésorerie, les soldes infra-annuels (besoins de financement ou découverts, excédents de trésorerie) et les risques (risque de taux d'intérêt, risque de contrepartie). Depuis 1994, la gestion centrale s'accompagne d'un suivi séparé de la trésorerie de chaque branche du régime général.

À ces **deux missions historiques fondamentales** viennent s'ajouter **quatre autres missions**, plus récentes, liées au contexte économique et aux évolutions de notre système de Sécurité sociale :

- Prendre en charge le contrôle de l'application de la réglementation relative aux cotisations et contributions sociales et la lutte contre le travail dissimulé. Le contrôle est la contrepartie du système déclaratif. Le contrôle permet de garantir la correcte application d'une réglementation complexe et donc de corriger les erreurs des entreprises. La lutte contre le travail dissimulé et l'évasion sociale permet d'empêcher les stratégies de contournement du système de financement et de s'assurer que toutes les ressources destinées au système de Sécurité sociale y vont bien.
- Contribuer à faciliter l'embauche en offrant des services de simplification, et en sécurisant juridiquement les employeurs. La complexité croissante de la réglementation et des démarches à accomplir par les employeurs est souvent pointée comme un frein à l'emploi. Pour lever ces obstacles dans un contexte de chômage soutenu, mais aussi pour réduire les coûts de collecte pour les entreprises et la branche, le réseau a été amené à développer des offres adaptées aux besoins spécifiques de chaque catégorie de cotisants (chèque emploi service universel, titre emploi service entreprise, chèque emploi associatif…). La dématérialisation et la mise en ligne de certains services et offres ont également contribué à faciliter les démarches à effectuer.

- Surveiller l'utilisation des exonérations de charges sociales. Depuis 1993, à l'initiative des pouvoirs publics qui en ont fait un outil des politiques d'emploi, les dispositifs d'exonération de charges sociales n'ont cessé de monter en charge. Qu'elles soient générales sur les bas salaires ou ciblées sur certains publics, ces exonérations d'une part complexifient considérablement la réglementation applicable, d'autre part génèrent un coût pour la Sécurité sociale. Il revient donc aux URSSAF et à l'ACOSS de sécuriser juridiquement leur utilisation et de suivre précisément leur montant pour informer de l'évolution de leur poids financier et compensation éventuelle par le budget de l'État.
- Établir des statistiques et ainsi fournir des indicateurs précieux de suivi de l'activité économique, à partir des données fines dont elle dispose sur l'activité économique et le financement de la Sécurité sociale (masse salariale, montant des cotisations recouvrées, exonérations, état de la trésorerie du régime général…).

La feuille de route CFTC sur le recouvrement

De l'aveu même des spécialistes du sujet, les administrateurs de l'ACOSS et des URSSAF ont à connaître « une matière aride, technique, qui mobilise des mécanismes complexes » (J.-F. Chadelat).

Cette complexité résulte de la création de systèmes de financement complémentaires aux cotisations sociales, mais aussi de la multiplication des dispositifs dérogatoires (exonérations et exemptions de cotisations sociales **(voir détails en annexe)**). Au fil des ans, le système est donc devenu illisible, incompris et l'attention des médias et du public s'est focalisée sur la seule question du déficit.
Les URSSAF, quant à elles, souvent perçues comme le guichet des seuls employeurs pour l'accomplissement de formalités et de démarches, sont souvent considérées comme une « super administration fiscale ». Et nombreux sont les chefs d'entreprise et les assurés sociaux à ne pas faire la distinction entre impôts et cotisations ou le rapprochement entre cotisations et prestations versées au quotidien.
Les URSSAF ne disposent, par ailleurs, pas de fonds sociaux à la différence des CAF et des CPAM qui redistribuent ceux-ci dans le cadre d'une politique active d'action sociale. Par conséquent, les enjeux en ce qui concerne les droits des assurés sociaux ne sont pas immédiatement perceptibles.

Pourtant, l'ACOSS et son réseau sont en prise directe avec la problématique du financement de la protection sociale. Ce sujet majeur, devenu un élément clé du pilotage des dépenses publiques, a toujours occupé une place importante dans nos revendications.

Il convient de ne pas ignorer d'une part le rôle indispensable joué par la branche recouvrement dans notre système de Sécurité sociale et d'autre part que les salariés en demeurent les principaux financeurs. L'implication de la CFTC est donc essentielle et se fait grâce à l'ensemble de ses administrateurs mandatés pour la représenter au plan national, départemental et régional.

Simplifier les démarches et accompagner les cotisants les moins informés

La CFTC prône une simplification des textes et des obligations déclaratives des employeurs. Elle a donc soutenu la mise en œuvre de la déclaration sociale nominative (DSN) obligatoire dans le secteur privé depuis janvier 2017. La délégation CFTC soutient également le développement d'une politique d'information, en particulier destinée aux très petites entreprises, associations ou encore aux particuliers employeurs, facilitant la compréhension de la réglementation par les intéressés. La complexité grandissante de la législation doit conduire les administrateurs CFTC qui siègent au sein de la

commission de recours amiable à faire preuve de bienveillance à l'égard de ces catégories d'assujettis qui n'ont pas les mêmes ressources pour comprendre les obligations qui s'imposent à eux.
En tout état de cause, l'administrateur CFTC doit observer une parfaite objectivité et une stricte équité.

Éclairage sur la DSN
La DSN (déclaration sociale nominative) est un fichier mensuel produit à partir de la paie qui remplace l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles adressées auparavant par les employeurs à une diversité d'acteurs (CPAM, URSSAF, AGIRC/ARRCO, organismes complémentaires, Pôle emploi, Centre des impôts, Caisses régimes spéciaux, etc.). Elle permet de transmettre de façon mensuelle et dématérialisée les informations issues de la paie qui sont donc le reflet de la situation d'un salarié au moment où la paie a été réalisée. Elle relate les événements survenus (maladie, maternité, changement d'un élément du contrat de travail, fin de contrat de travail…) dans le mois ayant eu un impact sur la paie. La DSN réduit les risques d'erreur et la charge de travail déclarative.
Lien vers schéma DSN : http://www.dsn-info.fr/pourquoi.htm

Porter une attention particulière au contrôle et à la lutte contre le travail illégal

Face à une entreprise qui est en difficulté de paiement, il convient de ne pas octroyer de remise injustifiée comme de ne pas asphyxier une entreprise viable. Ceci implique une bonne connaissance de la réglementation et la jurisprudence dans les domaines tels que les conditions d'assujettissement, d'assiette des cotisations, les conditions d'application des majorations de retard. À cette fin, les administrateurs doivent disposer, pour chacun des recours, d'un dossier complet préparé par les services détaillant les faits et le rappel du cadre légal.

La mission de contrôle et de lutte contre le travail illégal revêt également une importance toute particulière puisqu'elle permet de garantir le respect des droits des salariés. Ces derniers, se voyant précompter les sommes destinées à financer leur protection sociale, doivent être assurés que ces dernières sont correctement reversées et non retenues par l'employeur. Les administrateurs doivent veiller au respect des indicateurs de suivi et de résultats inscrits en COG, en ce qui concerne le travail clandestin et dissimulé (montant et taux des redressements, taux de recouvrement des redressements …). Afin d'apprécier la situation, ils doivent demander qu'un point soit régulièrement fait en conseil d'administration sur le nombre de contrôles et de contentieux, ainsi que sur l'activité du comité opérationnel de lutte contre le travail illégal (COLTI) qui est une structure opérationnelle associant les différents services chargés de la lutte contre le travail illégal (douanes, gendarmerie, préfecture, cellule travail dissimulé de l'URSSAF). Ils peuvent remonter toute difficulté aux administrateurs nationaux. L'évolution du maillage du réseau vers un schéma régionalisé pourrait conduire au renforcement du rôle des conseils départementaux dans ce domaine.

Les Conventions d'objectifs et de gestion (COG)

Le 28 juillet 2014 a été signée la cinquième COG depuis la réforme de l'organisation de la Sécurité sociale en 1996, laquelle a prévu que dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale, les objectifs et les moyens alloués par l'État à l'ensemble des organismes de Sécurité sociale donneraient désormais lieu à une contractualisation pluriannuelle.
La COG formalise les engagements de l'État et de la branche pour la période 2014-2017 (pour plus de détails sur l'outil COG, se reporter à la fiche COG dans la présentation générale).
Elle détermine les objectifs, les actions et les moyens de fonctionnement dont le réseau disposera pour les atteindre et définit les engagements réciproques des deux parties.
Cette signature intervient au terme d'un long travail préparatoire qui nécessite la réalisation d'un bilan de la COG précédente et celle d'études techniques sur différentes thématiques éclairantes pour les choix stratégiques à assurer (pilotage du réseau, trésorerie, statistiques…).
Les conseils d'administration des URSSAF et de l'ACOSS sont associés au travail de préparation de la COG. Lors d'un vote solennel, l'ensemble du conseil d'administration de l'agence centrale est appelé à donner mandat au président pour la signature de la COG qui engage la branche pour 4 années. Ensuite, au sein des conseils d'administration des organismes de base, les administrateurs donnent « quitus » (en votant favorablement le projet, les administrateurs acceptent les orientations prises) au président de leur URSSAF pour signer le contrat pluriannuel de gestion qui décline au niveau local les objectifs pris au niveau national.
Très vite, les conventions d'objectifs et de gestion de la branche recouvrement ont érigé en orientation prioritaire **la qualité du service rendu aux usagers/cotisants et aux partenaires**. Sans délaisser cet objectif essentiel, les COG successives ont introduit progressivement de nouveaux engagements pour améliorer la performance et l'efficience de la branche.

La première COG 1998-2001 a mis l'accent sur le double service attendu des URSSAF et de l'ACOSS, à savoir un meilleur niveau de prestations techniques aux branches du régime général, aux institutions partenaires et aux pouvoirs publics et le service aux cotisants, à la lumière d'une meilleure connaissance de leurs attentes et ce en renforçant l'efficacité d'ensemble du réseau.

Dans la continuité des orientations et actions engagées, la **COG 2002-2005** a affirmé la place des usagers au cœur du métier du recouvrement, souligné l'importance d'une information et d'une analyse financière, comptable et statistique de qualité, en optimisant le pilotage des missions et en développant les ressources humaines.

La COG 2006-2009 a, pour sa part, consacré la mobilisation de la branche au service des cotisants, mis l'accent sur le renforcement du contrôle et de la lutte contre le travail illégal et sur la consolidation des performances du recouvrement. Elle a également prévu l'optimisation de la gestion de trésorerie et le renforcement de l'expertise sur le financement de la Sécurité sociale. Le pilotage du réseau a également été amené à évoluer avec la départementalisation (passage de deux ou plusieurs URSSAF à une URSSAF par département) et la mise en place, entre URSSAF d'une même région, de comités de concertation amenés à suivre des actions de niveau régional. Cette convention prévoyait également la mobilisation des compétences de la branche pour la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU) impliquant un partage des activités de recouvrement et de contrôle entre les URSSAF et le RSI (régime social des indépendants - **pour plus de détails sur ce point, se reporter à la partie "Vers un percepteur social unique"**).
Malgré son ambition, ce texte prévoyait également 630 suppressions de postes équivalents temps plein (ETP).

Sans rompre avec les actions précédemment engagées, **la COG 2010-2013** poursuivait deux ambitions principales.
La première était de garantir la performance du recouvrement social tout en mobilisant la branche au service des cotisants et partenaires. Pour le versant « cotisants », cet axe consistait principalement au déploiement de services dématérialisés, à un renforcement sécurité juridique et à un renforcement de la lutte contre les fraudes et le travail dissimulé. Dans les relations partenariales, il s'agissait de positionner la branche comme opérateur de référence du financement social en levant les difficultés nées de la mise en œuvre de l'ISU en conduisant efficacement le transfert du recouvrement des cotisations d'assurance chômage au réseau des URSSAF.
La seconde ambition était de faire évoluer l'organisation du réseau vers un schéma régional en accompagnant ce changement. Il est à noter que cette COG prévoyait la suppression de 100 équivalents temps plein (ETP) sur la période conventionnelle.

La COG en cours (2014-2017) se présente comme un texte d'affirmation et de consolidation. L'annonce, par les ministères de tutelle, d'une réduction drastique des moyens étant intervenue très tôt, l'ambition de ce texte s'en est trouvée vite très mesurée. Priorité a été donnée à la reconduction de certains objectifs qui n'avaient pu être atteints lors de la précédente COG.
Parmi les objectifs reconduits, la rénovation du système d'information est pour la CFTC indispensable à l'exercice du métier dans de bonnes conditions. La refonte du système d'information devra permettre de s'adapter aux évolutions réglementaires, entre autres le déploiement de la DSN. La CFTC a d'ailleurs approuvé le fait que ce chantier demeure l'une des priorités et que les moyens financiers aient été préservés au moins en partie.
En ce qui concerne le service aux cotisants, la CFTC regrette que ce texte conduise de plus en plus vers la déshumanisation, qu'il s'agisse de l'accueil physique ou téléphonique, ou encore du recouvrement amiable et forcé.
La CFTC attache une grande importance à la politique de contrôle de la branche, car elle est soucieuse de la sécurisation la plus importante possible des ressources de la

Sécurité sociale. Elle apprécie donc que la COG prévoit de doter le corps de contrôle des compétences et outils nécessaires.
En revanche, la CFTC déplore le nouveau report du contrôle du recouvrement pour le compte de l'AGIRC/ARRCO en fin de période (2017). Ce choix, qui ne se justifie que par un manque de moyens, va à l'encontre de l'ambition de positionner l'ACOSS et son réseau comme recouvreur social de référence.
Bien qu'ayant pris acte du plan d'économies venant notamment en compensation des allègements de charge consentis aux employeurs et travailleurs indépendants, la CFTC ne peut que constater que la branche recouvrement paie à chaque renégociation de COG un lourd tribut en ce qui concerne les effectifs. Pour cette période conventionnelle, ce sont 740 emplois équivalent temps plein (ETP) que la branche va encore perdre. Notre organisation juge que nous anticipons trop sur les gains de productivité et d'efficience (liés à la DSN, la dématérialisation, la régionalisation, l'harmonisation des résultats des URSSAF) pour permettre à la branche d'absorber de nouvelles missions (travailleurs frontaliers, fiabilisation des données et expertise en matière de fraude internationale). En réduisant dans de telles proportions les moyens humains, nous prenons le risque de ne plus pouvoir mener à bien les missions de service public.
Bien que souscrivant aux engagements nouveaux ou reconduits inscrits dans cette COG, la CFTC estime que les moyens alloués pour y parvenir sont insuffisants. Par conséquent, elle **a voté contre le projet de COG**. Il a néanmoins été adopté par 16 voix pour et 14 voix contre, le poids des votes des délégations patronales ayant suffi pour l'adoption du texte.

L'organisation administrative de la branche recouvrement : acteurs et partenaires

La branche recouvrement du régime général est composée d'une caisse nationale (l'ACOSS), établissement public administratif placé sous la tutelle de l'État, et d'un réseau décentralisé d'organismes de droit privé qui assurent une mission de service public. Chaque organisme bénéficie d'une autonomie administrative et financière. Mais, comme tous les organismes de Sécurité sociale, ces organismes sont soumis à la tutelle et au contrôle des pouvoirs publics : les ministères de la Sécurité sociale et du Budget au plan national et les antennes de la Mission nationale de contrôle (MNC) qui ont récemment remplacé les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) au plan local.

Un réseau en pleine évolution

Conformément aux termes de la COG 2010-2013 (voir supra), le réseau des URSSAF a connu une évolution majeure de son réseau.
En 2014, la structure du réseau associe deux niveaux complémentaires :
- un siège régional, en charge du pilotage stratégique, des comptes, du budget et de la politique de ressources humaines ;
- des sites départementaux, chargés du management opérationnel comme des relations de proximité.

Cette nouvelle organisation a été mise en œuvre par étapes successives entre le 1er janvier 2012 et le 1er janvier 2014.

Concrètement, la branche recouvrement, c'est aujourd'hui :
- 1 caisse nationale, l'ACOSS ;
- 21 URSSAF régionales, 91 sites départementaux répartis sur toute la métropole (au lieu des 88 URSSAF départementales existant en 2011) et 1 URSSAF en Corse (hors régionalisation) ;
- 1 caisse commune dans le département de la Lozère (voir supra page 20) ;
- 4 CGSS dans les départements d'outre-mer (voir supra page 20) ;
- 1 caisse de Sécurité sociale à Mayotte ;
- et 2 Centres nationaux des travailleurs frontaliers en Suisse (Rhône-Alpes, Franche-Comté) au 1er juin 2014 (installation en cours).

Huit centres de traitement informatique inter-régionaux (CERTI) ont notamment pour mission d'assurer l'utilisation optimale de moyens informatiques utiles à l'exécution de tâches techniques, comptables, statistiques qui incombent aux URSSAF. À compter du 1er janvier 2018, ces centres disparaîtront et le pilotage sera assuré au sein de l'ACOSS. Il est à noter que parmi les URSSAF, certaines sont amenées à gérer des missions nationales. Par exemple, le Centre national du chèque emploi service universel (CESU) est géré par l'URSSAF de la Loire.

Gouvernance de l'ACOSS

L'ACOSS est administrée par un conseil d'administration composé de partenaires sociaux, à parité, ainsi que de personnalités qualifiées (PQ).
Un président du conseil d'administration est élu par les membres du conseil lors de la séance d'installation de ce dernier (cf. infra).

Constitution de l'équipe de direction

Le directeur de l'ACOSS est nommé par décret en conseil des ministres après avis du conseil d'administration.
L'agent comptable de l'ACOSS est nommé par arrêté ministériel.
En outre, un conseil de surveillance, composé de représentants du Parlement, des collectivités territoriales, d'organismes œuvrant dans le domaine économique et social et de personnalités qualifiées, examine les conditions de mise en œuvre de la COG en cours et remet chaque année sur ce sujet un avis au Parlement. Dans les faits, ce conseil de surveillance ne se réunit pas.

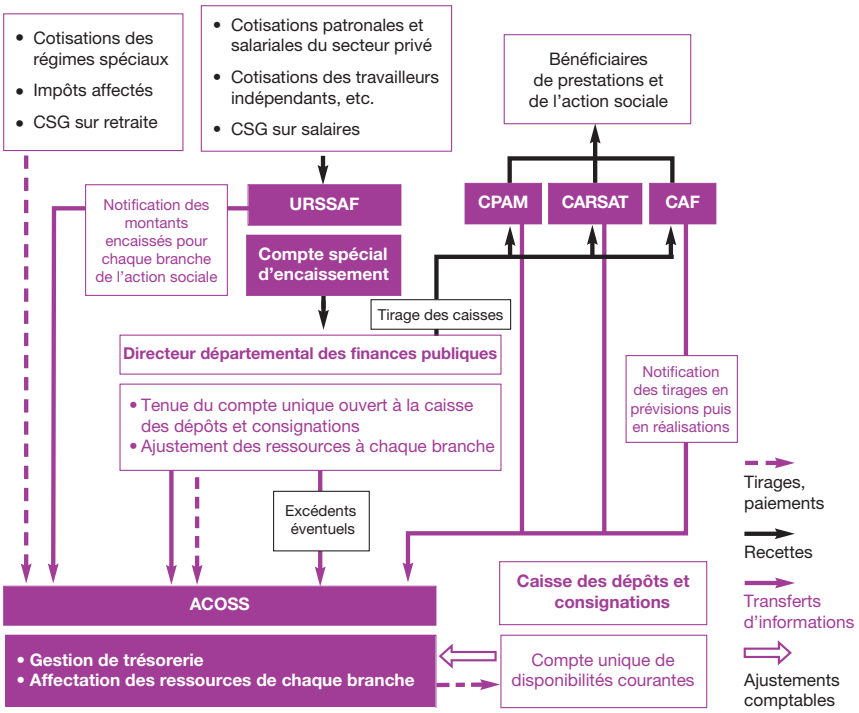
Missions de l'ACOSS

La mission première de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS) est la **gestion financière du régime général**. Pour gérer de façon efficace et réactive l'ensemble des ressources, elle est chargée d'assurer la gestion commune et individualisée de la trésorerie de chacune des branches de prestations du régime général. Ceci lui confère un rôle de suivi permanent des recettes et des dépenses, en particulier au regard de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS), votée chaque année par le Parlement. **Elle recouvre directement des cotisations et contributions dans les cas prévus par la loi**.

La gestion commune et individualisée de la trésorerie des branches de la Sécurité sociale

L'ACOSS ne gère directement aucun compte. Elle dispose d'un compte unique de disponibilités courantes ouvert à son nom à la Caisse des dépôts et consignations (CDC). Ce compte enregistre en recettes les encaissements de recouvrements, et en dépenses les prestations versées par les caisses (allocations familiales, indemnités journalières, pensions de retraite…). Les subdivisions par branche de ce compte ouvertes au siège et chez les préposés de la CDC ne peuvent être débitrices.
Si les ressources internes au régime général ne suffisent pas pour couvrir les dépenses, l'ACOSS peut faire appel à diverses solutions. La plus couramment utilisée est celle de **l'avance de trésorerie** consentie par la CDC. Compte tenu des limites que présente ce système (un plafond d'avance fixé par la CDC ne peut être dépassé), l'ACOSS émet également depuis 2006 des billets de trésorerie sur le marché financier. L'interdiction de comptes débiteurs oblige à déterminer la veille pour le lendemain les sommes nécessaires pour empêcher les comptes de « passer dans le rouge ». C'est en cela que l'on parle d'avances. Ces avances sont génératrices d'intérêts débiteurs. À l'inverse, lorsque le compte est créditeur (en pratique, ce n'est plus jamais le cas), il génère une rémunération. Ces taux d'intérêt font depuis 1980 l'objet de conventions entre l'ACOSS et la CDC : les conventions d'avances (en cas de solde journalier négatif) et de placement (en cas de solde journalier positif) **(voir schéma ci-après)**.

Caisse nationale du recouvrement, **l'ACOSS centralise l'ensemble des opérations réalisées par les URSSAF** sur lesquelles elle exerce un pouvoir de direction et de contrôle en matière de gestion de trésorerie.
Elle coordonne et suit également la mise en œuvre, par ces URSSAF, des orientations nationales en ce qui concerne la maîtrise du risque de non-recouvrement des cotisations-contributions sociales et le contrôle. Elle les accompagne dans l'application de la réglementation.
Elle assure le pilotage et l'animation du réseau des URSSAF en matière de gestion des ressources humaines, de budget et d'informatique, du patrimoine immobilier. Cette mission de pilotage s'est trouvée renforcée depuis la réforme Juppé de 1996 qui introduit une démarche de contractualisation entre la caisse nationale et les organismes du réseau pour la déclinaison des orientations stratégiques nationales inscrites dans les COG.



Comment se passe la gestion de trésorerie au niveau local ?

Un compte spécial d'exécution est ouvert au nom de chaque organisme de Sécurité sociale (CPAM, CAF, CARSAT, URSSAF) auprès de la direction départementale des finances publiques.

Les URSSAF disposent de comptes spéciaux destinés aux opérations d'encaissement des cotisations (CSE pour comptes spéciaux d'encaissement). Ces comptes reçoivent les chèques et les autres moyens de paiement adressés par les employeurs. Ces chèques sont globaux et sont ventilés ensuite au profit de chacune des différentes branches.

Les dépenses des organismes, notamment leur alimentation à partir du compte unique de disponibilités courantes, interviennent dans les limites d'un échéancier des besoins établis par chaque organisme payeur en fonction des dates de paiement des prestations.

Les comptes bancaires des caisses de Sécurité sociale sont alimentés directement par virement du compte de l'ACOSS. Les retraits sur le compte de disponibilités courantes alimentent des comptes externes de disponibilités dans les banques, à partir desquels seront virées les prestations sur les comptes des assurés sociaux.

Composition du conseil d'administration de l'ACOSS (art. L. 225-3, L. 231-3 et D. 231-2 C. séc. soc.)

Le conseil d'administration de l'ACOSS comprend 30 membres avec voix délibérative et 3 membres avec voix consultative, répartis de la façon suivante :

<table>
<tr><th colspan="2">Catégorie de représentants</th><th colspan="2">Avec voix délibérative</th><th colspan="2">Avec voix consultative</th></tr>
<tr><td rowspan="5">Représentants des assurés sociaux
(désignés par les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national)</td><td>CFTC</td><td>2</td><td rowspan="5">13</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>CFE/CGC</td><td>2</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>CFDT</td><td>3</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>CGT</td><td>3</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>FO</td><td>3</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">Représentants des employeurs
(désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives au niveau national)</td><td>MEDEF</td><td>6</td><td>10</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>CPME</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>U2P</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">Représentants des travailleurs indépendants</td><td>UNAPL/CNPL</td><td>1</td><td rowspan="3">3</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>CPME</td><td>1</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>U2P</td><td>1</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Personnalités qualifiées
(désignées par le ministère chargé des Affaires sociales)</td><td colspan="2">4</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Représentants élus du personnel
(élus par les cadres et les employés de l'organisme)</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td colspan="2">Représentant de la caisse nationale du RSI
(régime social des indépendants)</td><td colspan="2">2</td></tr>
</table>

Important ! Chaque organisation ayant désigné un ou plusieurs représentants au conseil d'administration désigne **un nombre égal d'administrateurs suppléants**.

Le directeur et l'agent comptable assistent aux séances du conseil d'administration et peuvent se faire représenter ou accompagner par un collaborateur de leur choix.

Depuis 2008, avec la mise en place de l'ISU, sont invités à siéger **deux représentants de la Caisse nationale du RSI**, dont le directeur et un administrateur désigné en son sein par le conseil d'administration de la caisse nationale. Ces derniers assistent aux séances avec **voix consultative**.

Siègent enfin les **représentants des ministères de tutelle que l'on appelle les commissaires du gouvernement** (1 représentant des ministères chargés de la Sécurité sociale, 2 représentants du ministère du Budget et 1 représentant du ministère de l'Agriculture) et un **contrôleur général économique et financier**.

La pratique de la désignation d'un chef de file

Bien que non mentionné dans le code de la Sécurité sociale ou même dans le règlement intérieur du conseil d'administration, il est d'usage que chaque délégation de représentants des organisations professionnelles au sein du conseil désigne un chef de file. Cela facilite l'organisation et le dialogue avec le cabinet de la présidence, du directeur ainsi que le secrétariat général du conseil d'administration pour les délégations qui compte plusieurs représentants. Porteur du discours de l'organisation à laquelle il appartient, le chef de file est donc l'interlocuteur privilégié des instances. Il participe à des réunions préparatoires ou d'information sur certains sujets (travaux préparatoires à la signature des COG notamment).

À noter ! Les conséquences de la désignation d'un chef de file dans chacune des caisses nationales de Sécurité sociale sur l'organisation interne de la CFTC : d'une part, ce chef de file est chargé de faire le lien entre le conseil d'administration et le responsable politique en charge de la protection sociale à la Confédération ; d'autre part, il détient, avec le conseiller technique, un rôle d'animation du réseau des administrateurs désignés dans les structures locales de la branche concernée.

Fonctionnement du conseil d'administration de l'ACOSS

Lors de la 1e réunion : élection du président et du vice-président
(art. L. 231-7 et D. 231-24 C. séc. soc.)
Au cours de sa première réunion, immédiatement après son installation sous la présidence de son doyen d'âge, le conseil d'administration élit en son sein un président, et, après son installation, un vice-président.
L'élection a lieu au scrutin secret à la majorité absolue des suffrages exprimés au premier et deuxième tour, à la majorité relative au troisième tour et en cas de partage des voix, au bénéfice de l'âge.

Important ! Le président et le vice-président ne peuvent appartenir au même collège.

À noter ! Les 4 personnes qualifiées ne sont ni électrices, ni éligibles aux fonctions de président ou vice-président.
La durée du mandat est identique à celle des administrateurs, soit 4 ans.

Périodicité des réunions

Le conseil d'administration de l'ACOSS se réunit chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par trimestre civil. Il fixe semestriellement le calendrier de ses travaux.
Il peut être convoqué en dehors des séances normales par le président, soit à l'initiative de celui-ci, soit sur l'invitation du ministre chargé de la Sécurité sociale ou du ministre chargé du Budget.
En pratique, au sein de l'ACOSS, le conseil d'administration se réunit une fois par mois.

Convocation et ordre du jour

La convocation, l'ordre du jour et les documents s'y rapportant doivent parvenir aux membres du conseil d'administration, au moins huit jours ouvrables avant la réunion, sauf exception motivée par l'urgence.
Le conseil ne peut délibérer valablement que des affaires régulièrement inscrites à l'ordre du jour.
Les demandes de renvoi à une autre séance du conseil d'administration ou à une commission d'une question régulièrement inscrite à l'ordre du jour doivent faire l'objet d'une décision majoritaire du conseil.

Quorum

Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement que si la majorité des membres ayant voix délibérative assiste à la séance. Lorsque le quorum est atteint au début de la discussion d'une question, la délibération se poursuit jusqu'à son terme.
Important ! Toute décision prise en séance quand le quorum n'est pas atteint est nulle et non avenue.

Suppléance

Les membres suppléants ne siègent qu'en l'absence d'un membre titulaire appartenant à la même organisation (art. L. 231-3 et R. 231-2 C. séc. soc.).
Il n'est donc pas possible de convoquer les administrateurs suppléants, en même temps que les administrateurs titulaires.
Toutefois, tous les membres suppléants reçoivent dans des conditions identiques la même documentation que celle qui est adressée aux membres titulaires.
Important ! La CFTC veut favoriser l'investissement de la délégation tout entière : en effet, dans un souci de renouvellement de notre délégation, il est demandé à l'administrateur titulaire de déléguer à son suppléant le soin de siéger de temps en temps pour qu'il appréhende son rôle. Un suppléant au conseil d'administration peut également occuper des fonctions de titulaire au sein d'une ou plusieurs commissions. Dans un souci de répartition de la charge de travail et pour favoriser un fonctionnement en équipe et une bonne communication au sein de la délégation, il est opportun de lui confier les commissions dont l'activité est dense.

Délégation de vote

En cas d'empêchement du titulaire et du suppléant, les administrateurs peuvent donner délégation de vote à un autre membre du conseil d'administration. La délégation doit être donnée par écrit et remise au président en début de séance. Dans cette hypothèse, le responsable politique confédéral en charge des questions de protection sociale est systématiquement consulté pour le choix de l'administrateur qui recevra cette délégation.
À noter ! Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.
Lorsqu'un administrateur doit quitter une réunion en cours, il peut donner délégation de vote à un autre membre du conseil dans les mêmes conditions.

Vote des décisions

Les questions soumises aux délibérations du conseil peuvent donner lieu, soit au **vote à main levée**, soit au vote à **bulletin secret**.
Le vote à main levée est le mode de votation ordinaire.
Le vote à bulletin secret est obligatoire en matière d'élection et sur toute autre question lorsqu'il est demandé par un administrateur.

Les décisions sont prises à la majorité des voix, en tenant compte des délégations de vote données à certains administrateurs par les absents.
Seuls les suffrages exprimés sont retenus dans le décompte des voix. Les prises d'acte, abstentions, non-participations au vote ne sont pas retenues dans le décompte des voix mais sont enregistrées de manière distincte dans le relevé de décision.
En cas de partage des voix et dans le cas où aucune majorité ne peut se dégager en cours de séance, la question peut être réinscrite à l'ordre du jour d'une séance ultérieure.
À noter ! La voix du président n'est pas prépondérante.

Utilisation de la suspension de séance

Avant de prendre acte d'une décision, faculté est donnée aux administrateurs d'un même collège de demander une suspension de séance qui sera consacrée à échanger entre eux, voire à définir ou redéfinir une position intersyndicale. Elle peut être utile également si les débats qui ont lieu sur une question sont de nature à remettre en cause le sens du vote décidé préalablement au sein de la délégation et/ou avec le responsable politique confédéral chargé du dossier. Ce procédé peut enfin être utilisé lorsque des documents sont distribués en séance et n'ont pu faire l'objet d'une lecture préalable.

Procès-verbal

Chaque réunion d'un conseil donne lieu à un procès-verbal qui doit être signé par le président et le (ou les) vice-président(s). Dans les dix jours qui suivent la séance, les procès-verbaux des délibérations du conseil sont envoyés au ministre en charge de la Sécurité sociale et au ministre chargé du Budget.
Le procès-verbal doit être soumis lors de la séance suivante à l'approbation du conseil et communiqué à tous les membres du conseil, y compris les personnes ayant voix consultative (art. R. 225-5 C. séc. soc.).
Il revient à chaque administrateur de vérifier que les propos qui lui sont attribués sont fidèles à ce qui a été prononcé et que le sens du vote est correctement repris.

L'ensemble de ces dispositions figure dans le règlement intérieur du conseil d'administration de l'ACOSS.

Attributions du conseil d'administration de l'ACOSS

Le conseil d'administration est l'assemblée délibérante de la caisse nationale. Il définit les orientations de la branche du recouvrement, notamment en ce qui concerne la gestion de la trésorerie commune, le pilotage du recouvrement des cotisations et contributions et la gestion administrative.
Il règle par ses délibérations les affaires de l'organisme.

Les attributions des administrateurs peuvent être classées en **cinq grandes catégories** (art. R. 225-3 C. séc. soc.).

1. Un pouvoir consultatif (art. L. 200-3 C. séc. soc.)

Le conseil d'administration est saisi pour avis de tout projet législatif et réglementaire ayant des incidences sur l'équilibre financier du réseau des URSSAF ou entrant dans son domaine de compétence et notamment des projets de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS).
Il peut recevoir délégation des conseils d'administration des caisses nationales (CNAV, CNAMTS, CNAF) et de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles pour examiner les projets de textes relatifs aux ressources du régime général.
Il peut faire toutes propositions de modification législative ou réglementaire dans son domaine de compétence. Les propositions de modification législative sont transmises au Parlement et au conseil de surveillance. Les propositions de nature réglementaire sont transmises au gouvernement qui dispose d'un délai d'un mois pour informer des suites qu'il réserve à celles-ci.
Par ailleurs, le président du conseil d'administration est saisi pour avis lors de la nomination du directeur de l'organisme par le ministre chargé de la Sécurité sociale.

2. Un pouvoir de signature et de mise en œuvre de la COG

L'ordonnance du 24 avril 1996 prévoit la conclusion par l'État de Conventions d'objectifs et de gestion (COG) avec les organismes nationaux.
Basé sur un partenariat, ce nouvel outil a donné un autre visage à l'utilisation de la tutelle qui s'inscrit de ce fait aujourd'hui dans un cadre contractuel. Pour cette raison, la participation des administrateurs est essentielle lors de la préparation mais aussi de la mise en œuvre de la COG (se reporter au schéma préparation de la COG et du contrat pluriannuel en première partie de ce guide).
Une délibération du conseil d'administration est nécessaire avant la signature par le président et le directeur du conseil d'administration.

3. Un pouvoir de contrôle

Le conseil d'administration contrôle l'activité de l'organisme en se prononçant sur les rapports qui lui sont soumis par le directeur. Ceux-ci comprennent au moins un rapport sur les relations avec les usagers (art. L. 231-8 C. séc. soc.).

Il contrôle l'application des dispositions législatives et réglementaires par le directeur et l'agent comptable ainsi que l'exécution de ses propres délibérations.
Il exerce un droit d'inspection sur les organismes locaux dont il centralise les opérations.
Il approuve les budgets de ces organismes. Si les budgets n'ont pas été votés, arrêtés, délibérés par le conseil d'administration au 1er janvier de l'année à laquelle ils se rapportent, le conseil d'administration de l'ACOSS peut établir d'office les dits budgets (art. L. 153-2 et L. 153-4 C. séc. soc.).
Il peut prescrire aux caisses de base des mesures d'amélioration de leur gestion, les mettre en demeure de les appliquer et, en cas de carence, se substituer à elles.
Enfin, il exerce un contrôle sur les opérations immobilières des organismes locaux et sur la gestion de leur patrimoine immobilier (art. L. 224-11 C. séc. soc.).

4. Un pouvoir de gestion financière (art. L. 224-13 C. séc. soc.)

Le conseil d'administration de l'ACOSS procède, compte tenu du cadre financier fixé par la loi de financement de Sécurité sociale, à la répartition des dotations nécessaires au financement des dépenses qui lui incombent.
Il se prononce sur le budget et sur les comptes annuels de l'Établissement public ACOSS et sur ceux établis par les organismes du réseau (Fonds national de gestion administrative et comptes combinés de l'activité recouvrement).

5. Un pouvoir de mise en place des structures de l'organisme

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires qui s'appliquent à lui, le conseil d'administration adopte ses statuts par l'établissement d'un règlement intérieur qui précise ses règles de fonctionnement. Ce règlement est soumis à l'approbation ministérielle (art. R. 225-3 C. séc. soc.). Le nouveau règlement intérieur du conseil d'administration de l'ACOSS a été adopté en octobre 2011 lors de l'installation de ce dernier pour la mandature 2011-2016.

Constitution de commissions (art. R. 225-3 C. séc. soc.)

Le conseil d'administration peut constituer en son sein des commissions composées d'administrateurs ayant voix délibérative pour leur confier l'examen préalable de certaines questions ou pour leur déléguer, à titre permanent ou temporaire, une partie de ses attributions.

Lors de son installation et pour la durée de la mandature, le conseil d'administration de l'ACOSS a constitué 6 commissions spécialisées. Les intitulés, champs de compétence, pouvoirs (délibératif ou consultatif) et la périodicité de chacune des commissions ont été décidés lors de la réunion d'installation du conseil. L'ensemble de ces informations est annexé au règlement intérieur du conseil d'administration adopté le même jour.

Ces commissions sont présidées chacune par l'une des tendances du conseil à l'exception du MEDEF et de la CGT qui détiennent respectivement la présidence et la vice-présidence du conseil d'administration.

1. La commission législation, simplification (Présidence U2P)
C'est l'une des plus importantes des commissions du conseil d'administration.
Elle assure, à la demande du conseil d'administration, un rôle d'étude dans le domaine de la législation et plus particulièrement des simplifications législatives ou réglementaires.
Elle prépare les avis du conseil d'administration sur les projets gouvernementaux d'évolutions législatives ou réglementaires, pour autant que le délai ministériel de saisine autorise un examen successif par la commission et par le conseil d'administration.
Elle dispose d'un pouvoir consultatif mais est régulièrement appelée à siéger avec un pouvoir délibératif pour statuer sur les demandes ministérielles d'avis sur des projets de textes réglementaires. Il est rendu compte de l'exercice de cette délégation au conseil d'administration suivant.
La dénomination de cette commission illustre la volonté d'aller dans le sens d'une plus grande lisibilité et compréhension de la réglementation relative au champ d'activité de l'ACOSS. Le contexte d'évolution constante de la législation du recouvrement rend en pratique cette dénomination un peu vaine. Les administrateurs au sein de l'ACOSS dénoncent régulièrement l'extrême enchevêtrement et la complexité des dispositifs applicables en cette matière.
À titre d'exemple, cette commission se prononce chaque année sur le projet d'arrêté fixant le montant du plafond de la Sécurité sociale pour l'année suivante. Elle a eu en 2014 l'occasion de se prononcer sur le projet d'arrêté fixant les conditions d'agrément des agents chargés du contrôle, sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.
L'activité de cette commission étant riche, elle se réunit une à deux fois par mois.

2. La commission financière et statistique (Présidence CFDT)
Elle assure le suivi des réalisations et des prévisions de trésorerie, tant en ce qui concerne la trésorerie globale de l'agence centrale et du régime général, que le suivi individualisé de la trésorerie des quatre branches de prestations, et des encaissements pour le compte d'autres bénéficiaires.
Elle procède à l'examen d'études statistiques sur les résultats du recouvrement et analyse ses principales données (dont les exonérations de charges sociales), et des consolidations comptables de branche.
Plus concrètement, au sein de cette commission, les administrateurs suivent : la masse salariale, l'évolution des encaissements de cotisations par les URSSAF et des tirages effectués par les branches qui versent les prestations (famille, vieillesse, AT/MP, maladie-maternité), le profil quotidien de la trésorerie, ou plus simplement l'évolution du solde du compte unique de disponibilités de l'ACOSS.
Ces informations, contenues dans une note de conjoncture mensuelle, sont précieuses pour apprécier l'évolution de la situation de l'emploi ainsi que celle de la situation financière du régime général.
Elle se réunit une fois par mois.

3. La commission de gestion des moyens (Présidence FO)
Elle s'occupe de toutes les questions budgétaires, immobilières et de gestion.
Elle a ainsi à connaître et à se prononcer sur les projets d'acquisition de patrimoine immobilier par les URSSAF, de réhabilitation des locaux.
Elle a suivi la mise en œuvre des projets de fusion des URSSAF infra-départementales.
Elle aura pour les années à venir à suivre le projet de régionalisation.
Elle suit également la mise en œuvre du schéma directeur des systèmes d'information de la branche qui doit permettre de répondre en matière informatique aux enjeux de la branche recouvrement.
Elle se réunit en moyenne une fois par mois.
Conseil ! L'administrateur siégeant au sein de cette commission doit pouvoir recueillir les informations nécessaires et l'avis de l'administrateur d'une URSSAF concernée par un projet immobilier.
De façon corollaire, il est conseillé à l'administrateur d'une URSSAF concernée par un projet à venir ou en cours de contacter l'administrateur CFTC national.

4. La commission informatique (présidence CGC)
Dans le respect des analyses budgétaires qui relèvent du champ exclusif de la commission de gestion des moyens, concernant l'activité et l'organisation informatique, la commission assure le suivi de l'avancement du schéma directeur des systèmes d'information et de l'activité des centres informatiques (CERTI) qui dressent chaque année un rapport annuel à l'attention de l'ACOSS.
La commission se tient au minimum trois fois par an.

5. La commission communication, relations internationales et numérique (présidence CFTC)
Les travaux de cette commission portent sur :
- la communication institutionnelle, la communication interne à la branche, les modalités de la relation médias et partenaires, ainsi que sur les campagnes d'information à destination des usagers-cotisants. C'est dans ce cadre qu'elle donne chaque année un avis consultatif sur la présentation des rapports d'activité, les bilans du recouvrement amiable, du recouvrement forcé et de l'activité de lutte contre le travail illégal, ainsi que sur le bilan des actions de communication de la branche ;
- les relations internationales de la branche, tant en ce qui concerne les actions de coopération que les échanges d'informations avec les institutions étrangères impliquées dans le recouvrement et le contrôle des cotisations et contributions sociales.

Elle se tient a minima trois fois par an.

6. La commission de suivi de la COG (Présidence CPME)
À l'aide des indicateurs préalablement établis lors du travail de rédaction et de négociation de la COG, la commission suit la mise en œuvre des engagements pris dans le cadre de la convention État/ACOSS et le respect des objectifs fixés en début de période.
Elle a à connaître les bilans d'étape annuels de son exécution ainsi que le rapport de fin de période qui servira de base de travail à la rédaction et à la négociation de la COG à venir.
Outre ces fonctions, cette commission est chargée de suivre la création des URSSAF régionales, notamment les modalités d'évolution de la gouvernance (mise en place des conseils départementaux et fonctionnement de leurs instances).
Elle se tient au moins trois fois par an.

Gouvernance d'une URSSAF régionale et d'une URSSAF départementale

Représentation des partenaires sociaux au sein des sites départementaux

Depuis le 1er janvier 2012, certaines URSSAF relèvent d'un siège régional et sont devenues des sites départementaux (voir supra page 183). Pour autant, la représentation des partenaires sociaux a été assurée au niveau de ces sites via un conseil départemental strictement paritaire au sein duquel siègent 8 représentants des travailleurs et 8 représentants des employeurs. La répartition des sièges se fait de la même manière que dans les conseils d'administration des URSSAF régionales (voir infra page 201). Le conseil départemental élit en son sein un président et un vice-président.

À l'identique de ce qui existe pour l'agence centrale, chaque URSSAF régionale comprend un conseil d'administration composé de partenaires sociaux, à parité, ainsi que des personnalités qualifiées (PQ) et des représentants du personnel de direction (directeur et agent comptable).

Un président du conseil d'administration est élu par les membres du conseil lors de la séance d'installation de ce dernier (cf infra).

La procédure de nomination et de fin de fonction des directeurs et agents comptables a été modifiée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Désormais, le directeur de l'ACOSS soumet une candidature au conseil d'administration de l'URSSAF après concertation avec le président de celui-ci. Le conseil d'administration ne peut s'y opposer qu'à la majorité des 2/3.

Le conseil d'administration nomme, sur proposition du directeur, aux autres emplois de direction (directeurs adjoints et fondés de pouvoir).

Missions d'une URSSAF (art. L. 213-1 du C. séc. soc.)

Par définition, les URSSAF ont compétence pour tout ce qui a trait au recouvrement des cotisations. On distingue, **un rôle classique de « percepteur social » et un rôle croissant de partenaire des acteurs économiques**.

Au titre du premier rôle figure la définition de l'assiette des cotisations et autres prélèvements dont le recouvrement leur a été confié même quand ils ne sont pas destinés à la Sécurité sociale : c'est le cas du versement de transport payé par les employeurs, encaissement pour le compte du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), de la contribution du Fonds national d'allocation logement (FNAL), et désormais des cotisations chômage.
Cette mission de recouvrement se traduit par les opérations d'immatriculation des cotisants, d'encaissement des cotisations et contributions, de contrôle des employeurs sur pièce et sur place, et du contentieux du recouvrement.

Au titre du second rôle, on doit citer la participation aux dispositifs en faveur de l'emploi, la prévention des difficultés des entreprises, la contribution à l'information économique, la lutte contre le travail clandestin.

Les rôles respectifs des URSSAF régionales et départementales

La réorganisation du réseau en cours achevée au 1er janvier 2014 s'accompagne d'une répartition des missions entre les URSSAF régionales et les sites départementaux.
Les sites départementaux poursuivent leur mission de production et de proximité avec les cotisants.
L'URSSAF régionale est en charge de pilotage stratégique, des comptes, du budget et de la politique de ressources humaines.
Cette répartition a nécessairement des conséquences sur le rôle des conseils des organismes concernés : le conseil d'administration de l'URSSAF régionale est de plein exercice, alors que le conseil départemental a un rôle limité.

Composition du conseil d'administration d'une URSSAF (art. L. 213-2, R. 213-1 et D. 231-2 C. séc. soc.)

Le conseil d'administration de l'URSSAF comprend **20 membres avec voix délibérative** et **3 membres avec voix consultative,** répartis de la façon suivante :

Catégorie de représentants		Avec voix délibérative		Avec voix consultative
Représentants des assurés sociaux (désignés par les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national)	CFTC	1	8	
	CFE/CGC	1		
	CFDT	2		
	CGT	2		
	FO	2		
Représentants des employeurs (désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives au niveau national)	MEDEF	3	5	
	CPME	1		
	U2P	1		
Représentants des travailleurs indépendants	UNAPL/CNPL	1	3	
	CPME	1		
	U2P	1		
Personnalités qualifiées (désignées par le ministère chargé des Affaires sociales)			4	
Représentants élus du personnel (élus par les cadres et les employés de l'organisme)				3

Important ! Chaque organisation ayant désigné un ou plusieurs représentants au conseil d'administration désigne un **nombre égal d'administrateurs suppléants**.

Composition du conseil d'un site départemental de l'URSSAF

Catégorie de représentants		Avec voix délibérative	
Représentants des assurés sociaux (désignés par les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national)	**CFTC**	**1**	**8**
	CFE/CGC	2	
	CFDT	2	
	CGT	2	
	FO	1	
Représentants des employeurs (désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives au niveau national)	MEDEF	3	**5**
	CPME	1	
	U2P	1	
Représentants des travailleurs indépendants	UNAPL/CNPL	1	**3**
	CPME	1	
	U2P	1	

Important ! Chaque organisation ayant désigné un ou plusieurs représentants au conseil désigne un **nombre égal de conseillers suppléants**.

Fonctionnement du conseil ou conseil d'administration d'une URSSAF

Lors de la 1e réunion : élection du président et des vice-présidents
(article L. 231-7 et D 231-24 C. séc. soc.)
Au cours de la première réunion, immédiatement après son installation par le directeur d'antenne de la Mission nationale de contrôle (voir explication en annexe), le conseil élit, au scrutin secret, à la majorité absolue des suffrages exprimés au premier et deuxième tour, à la majorité relative au troisième tour, un président et un ou plusieurs vice-présidents (trois au maximum). L'élection a lieu au scrutin secret.

À noter ! Les personnes qualifiées ne sont ni éligibles ni électeurs aux fonctions de président et vice-président.
La durée du mandat est identique à celle des conseillers ou administrateurs, soit 4 ans.

Élection des membres du bureau
Le conseil peut décider, à la majorité de ses membres, de constituer un bureau dont il choisit les membres en son sein parmi les différentes catégories de membres de conseil ayant voix délibérative.
Le bureau comprend, au plus 12 membres dont le président, le premier vice-président et le (ou les) autre(s) vice-président(s) du conseil.
Au sein du bureau, le nombre de représentants des assurés sociaux est égal à celui des employeurs y compris des travailleurs indépendants.

Périodicité des réunions (art. R. 231-1 C. séc. soc.)

Le conseil d'administration d'une URSSAF se réunit au moins une fois tous les trois mois. Il peut en outre être convoqué par son président toutes les fois que les besoins du service l'exigent. Enfin, la convocation est obligatoire lorsqu'elle est demandée par le tiers des membres du conseil ou par le directeur de l'antenne de la mission nationale de contrôle.

Quorum (art. L. 231-8 C. séc. soc.)

Le conseil d'administration siège valablement dès lors que le nombre des membres présents est supérieur à la moitié du nombre total de ceux ayant voix délibérative.
Toute décision prise en séance quand le quorum n'est pas atteint est nulle et non avenue.
À savoir ! Cette disposition ne s'applique pas au conseil départemental.

Suppléance (art. L. 231-3 et R. 231-2 C. séc. soc.)

Les membres suppléants ne siègent qu'en l'absence d'un membre titulaire appartenant à la même organisation.
Il n'est donc pas possible de convoquer systématiquement les administrateurs suppléants, en même temps que les administrateurs titulaires. Toutefois dans le souci d'associer plus étroitement les suppléants aux travaux des conseils d'administration et

de les mettre en mesure de remplacer sur le champ un titulaire, il n'y a pas d'obstacle à ce qu'il leur soit adressé, de façon régulière, les ordres du jour et les procès-verbaux des séances du conseil d'administration ainsi que les documents annexés.
Dans un souci de renouvellement de nos délégations, il est également demandé à l'administrateur titulaire de déléguer à son suppléant le soin de siéger de temps en temps pour qu'il appréhende son rôle. Un suppléant au conseil d'administration peut également occuper des fonctions de titulaire au sein d'une ou plusieurs commissions.
Dans un souci de répartition de la charge de travail et pour favoriser un fonctionnement en équipe et une bonne communication au sein de la délégation, il est opportun de lui confier les commissions les plus actives.
Il est à noter que les personnes qualifiées ne disposent pas de suppléants.

Délégation de vote

Lorsqu'ils ne sont ou ne peuvent être suppléés, les administrateurs peuvent donner délégation de vote à un autre membre du conseil d'administration.
La délégation doit être donnée par écrit et remise au président en début de séance.
Cependant, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation (art. R. 231-1 C. séc. soc.).

Vote des décisions

Les décisions sont prises à la majorité des voix, compte tenu des délégations de vote données à certains administrateurs par les absents. La voix du président n'est pas prépondérante.
Le vote à bulletin secret est obligatoire en matière d'élection et sur toute autre question lorsqu'il est demandé par un administrateur.

Utilisation de la suspension de séance

Avant de prendre acte d'une décision, faculté est donnée aux administrateurs d'un même collège de demander une suspension de séance qui sera consacrée à échanger entre eux, voire à définir ou redéfinir une position intersyndicale. Ce procédé peut être utilisé lorsque des documents sont distribués en séance et n'ont pu faire l'objet d'une lecture préalable.

Procès-verbal

Chaque réunion d'un conseil donne lieu à un procès-verbal qui doit être signé par le président et le (ou les) autre(s) vice-président(s).
Le procès-verbal doit être soumis lors de la séance suivante à l'approbation du conseil et être communiqué à tous les membres du conseil y compris aux personnes ayant voix consultative.
Il revient à chaque administrateur de vérifier que les propos qui lui sont attribués sont fidèles à ce qui a été prononcé et que le sens du vote est correctement repris.

Attributions du conseil d'administration d'une URSSAF

Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de l'organisme (art. L. 121-1 C. séc. soc.).
Ses attributions peuvent être classées en **cinq grandes catégories**.

1. Pouvoir d'administration

Le conseil d'administration vote les budgets de la gestion administrative, établis par le directeur selon les orientations politiques de la caisse. Il vote également les budgets d'opérations en capital concernant les programmes d'investissements, de subventions ou de participations financières.
La procédure budgétaire est désormais, et ce depuis 1996, inscrite dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion signées entre l'État et l'ACOSS relayées par les contrats pluriannuels de gestion signés entre l'ACOSS et les URSSAF. Bien que ces contrats portent sur un domaine plus vaste que celui de la gestion administrative, ce dernier secteur en constitue l'un des axes. À partir de ces contrats, les organismes locaux ont la responsabilité de leurs moyens à l'intérieur d'une limite financière calculée selon des paramètres institutionnels. L'organisme national vérifie le respect par le gestionnaire des limites financières et des règles établies.

Important ! Le vote des différents budgets constitue l'une des prérogatives fondamentales du conseil d'administration et ne saurait être délégué à une commission (Lettre de la direction de la Sécurité sociale, Paris 17 septembre 1965).

2. Pouvoir de détermination de la politique de la caisse

Le conseil d'administration oriente et contrôle l'activité de la caisse en se prononçant notamment sur les rapports qui lui sont soumis par le directeur.
Au moins une séance annuelle du conseil d'administration est consacrée aux relations de la caisse avec les usagers.
À noter ! Cette séance est publique.

3. Pouvoir de contrôle

Le conseil d'administration contrôle l'application par le directeur et l'agent comptable des dispositions législatives et réglementaires, ainsi que l'exécution de ses propres délibérations.
Attention ! Le pouvoir de contrôle dont dispose le conseil d'administration sur le fonctionnement de l'organisme ne l'autorise cependant pas à se substituer ou à donner des injonctions au directeur dans l'exercice des pouvoirs propres de décision qui lui sont reconnus par les dispositions réglementaires applicables, ni à annuler ou à réformer les décisions prises à ce titre.

4. Pouvoir de représentation de la caisse

Il s'agit de la participation obligatoire à des instances prévues par des textes législatifs ou réglementaires, et de la participation facultative aux conseils d'administration d'œuvres d'intérêt général et d'associations.
Le conseil d'administration peut entendre toute personne ou organisation utile à son action.

5. Pouvoir de mise en place des structures de l'organisme

Le conseil d'administration établit les statuts et le règlement intérieur de l'organisme (art. R. 121-1 C. séc. soc.). Le préfet dispose d'un délai de 30 jours pour les approuver ou s'y opposer (art. R. 281-4 C. séc. soc.).

Constitution de commissions (art. R. 225-3 C. séc. soc.)

L'organisation des travaux du conseil d'administration est réglée par les statuts de l'organisme qui sont approuvés par l'autorité de tutelle, dans le cadre des modèles de statuts arrêtés par le ministre chargé de la Sécurité sociale. Ces modèles prévoient un certain nombre de **commissions réglementaires** qui peuvent être complétées par les statuts de **commissions facultatives**.
Ainsi, au sein du conseil d'administration d'une URSSAF, on trouve obligatoirement les 2 commissions suivantes :

1. La commission de recours amiable (CRA) (art. R. 142-1, R. 142-2, R. 142-4 et D. 213-3 C. séc. soc.)

Elle reçoit les réclamations formulées dans les domaines relevant du contentieux général contre les décisions prises par les URSSAF.
Elle est constituée au sein du conseil de la caisse (art. R 142-1 C. séc. soc.) et se compose de 4 administrateurs, 2 choisis parmi les représentants des salariés et 2 choisis parmi les représentants des non-salariés. Il est également prévu un nombre identique de suppléants dans chacune des catégories susvisées. Les membres des CRA sont désignés au début de chaque année par le conseil d'administration de l'URSSAF.

Important ! La commission doit impérativement être de composition paritaire : le non-respect de cette contrainte entraînerait l'annulation de la décision prise.

2. La commission des marchés (art. 3 de l'arrêté ministériel du 16 juin 2008)

Les travaux, les fournitures, les prestations intellectuelles et les services pour le compte des URSSAF, font l'objet de marchés dont le mode de passation et les conditions d'exécution respectent les garanties prévues en matière de marchés de l'État (art. L. 124-4 C. séc. soc.). La commission des marchés est chargée, après examen des offres des entreprises, d'attribuer, pour le compte de l'organisme, les marchés visés ci-dessus. Elle dispose de pouvoirs sans nécessité de délégation de la part du conseil.
Elle est désignée par le conseil d'administration et se compose de 4 administrateurs au moins, ainsi que d'un nombre de suppléants égal à celui des titulaires.

La commission ne peut délibérer valablement que si 3 administrateurs au moins sont présents pendant l'ensemble de la séance. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante. Le directeur et l'agent comptable participent aux délibérations avec voix consultative.
Tout projet de marché soumis à la décision de la commission doit être assorti d'une note de présentation qui doit être transmise aux membres de la commission ainsi qu'à l'autorité de tutelle au moins 5 jours avant la date de la réunion. La motivation de la décision est portée au procès-verbal de la commission.

Dans la mesure où cela s'avère nécessaire, le conseil d'administration d'une URSSAF peut créer une **commission d'examen des comptes.**

Attributions du conseil départemental d'une URSSAF

Le conseil départemental a un rôle de **suivi de l'activité du site** départemental et de **suivi des opérations immobilières**.
Il **assure la démarche de qualité du service et d'information des usagers** du département (démarche qualité, séance publique informations auprès des partenaires, etc.).
Il **assure le suivi du contexte économique et social local**, ainsi que celui de la **lutte contre la fraude et le travail illégal**.
Il a enfin un rôle de relais auprès des partenaires.
De par l'instance de recours amiable qu'il constitue en son sein, le conseil départemental assure l'instruction des dossiers de recours amiables déposés par les cotisants.

L'instance départementale d'instruction de recours amiable (IDIRA)

L'instance départementale de recours amiable est chargée d'instruire les recours amiables relevant du champ départemental.
Cette instance paritaire, dotée d'un président et d'un vice-président, est composée de 5 représentants des employeurs et travailleurs indépendants et de 5 représentants des salariés (1 représentant par organisation syndicale).
Elle se réunit tous les mois afin de garantir un délai de traitement global du dossier de recours de 2 mois.
Elle assure l'instruction des dossiers de fond et propose des décisions à la commission de recours amiable du conseil d'administration régional.

Pour que la réunion de l'IDIRA se tienne valablement, il faut que le quorum soit atteint (nombre des membres présents supérieur à la moitié du nombre total des représentants, soit 6 personnes). Par ailleurs, chaque collège doit être représenté (au moins un membre).

Annexes

Sigles & acronymes	p.211
Lexique	p.215
Le plafond de la Sécurité sociale	p.219
Circuit financier simplifié du régime général	p.221
Le calcul des cotisations	p.222
Les exonérations de cotisations et les exemptions d'assiette	p.224
Le contrôle réalisé par les URSSAF	p.227
Les prestations familiales	p.229
Les prestations maladie, maternité, paternité, invalidité et décès	p.235
Les prestations accidents du travail et maladies professionnelles	p.243
Comment calculer sa retraite ?	p.246
Contacts utiles	p.251

Sigles & acronymes

A

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACOSS	Agence centrale des organismes de Sécurité sociale
ADECRI	Association pour le développement et la coordination des relations internationales
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (ex-AES, Aide à l'éducation spéciale)
AF	Allocations familiales
AFEAMEA	Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée
AFER	Association française d'épargne retraite
AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire des aliments (depuis le 1er juillet 2010, l'AFSSA a vu ses missions reprises, avec celles de l'AFSSET, par l'ANSES)
AFSSET	Agence française de sécurité sanitaire de l'anvironnement et du travail (depuis le 1er juillet 2010, l'AFSSET a vu ses missions reprises, avec celles de l'AFSSA, par l'ANSES)
AFT	Agence France Trésor
AGED	Allocation de garde d'enfant à domicile
AGFF	Association pour la gestion du fonds de financement
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
AIS	Acte infirmier de soins
AISS	Association internationale de Sécurité sociale
AJPP	Allocation journalière de présence parentale
ALD	Affection de longue durée
AMC	Assurance maladie complémentaire
AME	Aide médicale d'État
AMI	Acte médico-social d'infirmier
AMM	Autorisation de mise sur le marché (pour les médicaments)
ANDEVA	Association nationale de défense des victimes de l'amiante
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (mise en place le 1er juillet 2010, reprend les missions de l'AFSSA (Agence française de sécurité sanitaire des aliments), et de l'AFSSET (Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail)
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ANSP	Agence nationale des services à la personne
ANV	Admission en non-valeur
AOT	Autorité organisatrice de transport
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
API	Allocation de parent isolé
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARRCO	Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
ARS	Agence régionale de santé
ARS	Allocation de rentrée scolaire
ASF	Allocation de soutien familial
AT/MP	Accidents du travail et maladies professionnelles

B

BRC	Bordereau récapitulatif des cotisations

C

CA	Conseil d'administration
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCA	Contrôle comptable d'assiette
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole
CCSF	Commission des chefs des services financiers
CCSS	Caisse commune de Sécurité sociale
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (ex-COTOREP, Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel)
CDAPL	Commission départementale pour les aides personnalisées au logement

CDC	Caisse des dépôts et consignations
CEA	Chèque emploi associatif
CERTI	Centre régional de traitement de l'information
CES	Centre d'examens de santé
CESU	Chèque emploi service universel
CF	Complément familial
CFE	Centre de formalités des entreprises
CGEFI	Contrôleur général économique et financier
CGSS	Caisse générale de Sécurité sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CICAS	Centre d'information, de conseil et d'accueil des salariés
CIPAV	Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CLCA	Complément de libre choix d'activité
CLEISS	Centre des liaisons européennes et internationales de Sécurité sociale
CLUF	Comité local de lutte contre les fraudes
CMG-PAJE	Complément libre choix du mode de garde dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAVTS ou CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNIEG	Caisse nationale des industries électriques et gazières
CNIL	Commission nationale informatique et libertés
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNOP	Conseil national de l'Ordre des pharmaciens
CNRSI	Caisse nationale du régime social des indépendants
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNSD	Conseil national des syndicats dentaires
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COLCA	Complément optionnel de libre choix d'activité dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant
COLTI	Comité opérationnel de lutte contre le travail illégal
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAMTS ou CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CONTACT	Convergence des outils vers un outil national de traitement des accès et des communications téléphoniques (outil de gestion de la relation avec les cotisants)
COPERNIC	Comptabilité pour l'ensemble du réseau national intégrant la centralisation (nouveau système budgétaire et comptable de la branche maladie)
COR	Conseil d'orientation des retraites
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Contrat pluriannuel de gestion
CPOG	Contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPS	Comité pour la protection sociale
CRA	Commission de recours amiable
CRAMIF	Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CS	Consultation de spécialiste
CSG	Contribution sociale généralisée
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
CSOEC	Conseil supérieur de l'Ordre des experts comptables
CTI	Centre de traitement informatique
CTIP	Centre technique des institutions de prévoyance
CTIR	Centre de traitements inter-régionaux
CTN	Comité technique national
CTR	Comité technique régional

D

DADS	Déclaration annuelle de données sociales
DADSU	Déclaration automatisée des données sociales unifiée
DCL	Dossier cotisant en ligne
DCR	Déclaration commune de revenu
DGFIP	Direction générale des finances publiques

DDFIP	Directeur départemental des finances publiques
DGI	Direction générale des impôts
DGT	Direction générale du travail
DMP	Dossier médical personnel
DNLF	Délégation nationale interministérielle de lutte contre les fraudes
DSN	Déclaration sociale nominative
DSS	Direction de la Sécurité sociale
DUCS	Déclaration unifiée de cotisations sociales
DUE	Déclaration unique d'embauche

E

EDI	Échange de données informatisées
EHPAD	Établissement hébergeant des personnes âgées et dépendantes
EIG	Estimation individuelle globale
EIR	Échantillon inter-régimes de retraités
EPM	Employeur de personnel de maison
ETT	Entreprise de travail temporaire

F

FAC	Fonds d'actions conventionnelles
FCTVA	Fonds de compensation de la taxe sur la valeur ajoutée
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FEPEM	Fédération des particuliers employeurs de maison
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FMF	Fédération des médecins de France
FNASS	Fonds national d'action sanitaire et sociale
FNG	Fonds national de gestion administrative
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires
FNS	Fonds national de solidarité
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSV	Fonds de solidarité vieillesse

G

GALAXIE	Gestion automatisée des liens entre les axes d'informations modélisées en étoile
GED	Gestion électronique de documents
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIPA	Garantie contre les impayés de pension alimentaire
GIP-MDS	Groupement d'intérêt public - Modernisation des données sociales
GIP-SPSI	Groupement d'intérêt public - Santé et protection sociale internationale
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GPS	Groupe de protection sociale individuelle simulée (INSEE)

H

HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
HCFEA	Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

I

IDIRA	Instance départementale d'instruction des recours amiables
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IRCEM	Institut de retraite complémentaire des employés de maison
IRP	Institution de retraite professionnelle
ISU	Interlocuteur social unique

L

LCTI	Lutte contre le travail illégal
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
LURA	Liquidation unique des régimes alignés

M

MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MOA	Maîtrise d'ouvrage
MSA	Mutualité sociale agricole

N

NIR	Numéro d'identifiant au répertoire

O

OGUR	Outil de gestion des URSSAF
OLCTI	Office de lutte contre le travail illégal
ONDAM	Objectif national des dépenses d'Assurance maladie

ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
OPS	Organisme de protection sociale
ORI	Outil de recueil des interviews

P

PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PAM	Praticiens auxiliaires médicaux
PCH	Prestation de compensation handicap
PDS	Permanence des soins
PERCO	Plan d'épargne retraite collectif
PH	Praticien hospitalier
PHARE	Programme performance hospitalière pour des achats responsables
PLEIADE	Pôle de liaison et d'échanges d'informations pour l'aide à la décision et l'évaluation (entrepôt de données nationales)
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS	Programme national nutrition santé
PQE	Programme qualité et d'efficience
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile PRSP (Plan régional de santé publique)
PreParE	Prestation partagée d'éducation de l'enfant
PUMA	Protection universelle maladie
PUPH	Professeur des universités - praticien hospitalier
PV	Procès-verbal

R

RAM	Relais assistantes maternelles
RFP	Référentiels des fonctions et processus
RG	Régime général
RIS	Relevé individuel de situation
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants

S

SDSI	Schéma directeur des systèmes d'information
SI	Système d'information
SID	Système d'information décisionnel
SML	Syndicats des médecins libéraux
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SNT	Système national de trésorerie
SNV2	Système national de gestion des comptes cotisants (version 2)
SPR	Standard de pratiques recommandées
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SUPTIL	Suivi partagé des procédures de travail illégal

T

T2A	Tarification à l'activité
TELEDEP	Télédéclaration de paiement
TESE	Titre emploi simplifié entreprises
TGE-GE	Très grandes entreprises - grandes entreprises
TR	Tableau récapitulatif
TTS	Titre de travail simplifié

U

UCANSS	Union des caisses nationales de Sécurité sociale
UGECAM	Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
UNPS	Union régionale des professionnels de santé
URPS	Union régionale des professionnels de santé
URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales
USLD	Unités de soins de longue durée

V

VLU	Versement en lieu unique

W

WATT	*Workflow* (« flux de travail »)pour l'assistance aux tâches techniques – dématérialisation de la circulation des documents URSSAF

Lexique

Action sociale

L'action sociale recouvre des domaines extrêmement nombreux et variés : le maintien à domicile des adultes handicapés, la prise en charge des personnes âgées dépendantes, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, le développement social des quartiers urbains…

Les acteurs de l'action sociale sont variés même si, par le biais de l'aide sociale, les collectivités territoriales et en particulier les départements tendent à jouer un rôle privilégié dans ce domaine. Outre les administrations sociales de l'État, les autres principaux intervenants de l'action sociale sont des régimes légaux de Sécurité sociale (la branche famille étant la plus active) et les régimes complémentaires de retraite.

Aide sociale

Accordée pour répondre à un besoin spécifique, son attribution fait généralement l'objet d'une appréciation subjective, tenant compte de la situation personnelle et pécuniaire du demandeur.

Elle a en principe un caractère subsidiaire intervenant en dernier recours après toutes les autres formes de protection sociale (Sécurité sociale, mutualité…) et lorsque les revenus du demandeur ne peuvent être mis à contribution.

L'aide sociale est l'expression d'une solidarité nationale envers les individus les plus démunis. Elle est essentiellement financée par l'impôt.

Assiette de cotisations

C'est l'ensemble des rémunérations directes ou indirectes sur lesquelles sont calculées les cotisations sociales. Elle englobe la quasi-totalité des sommes versées en contrepartie ou à l'occasion du travail (salaires, primes, avantages en nature…).

Branche de la Sécurité sociale

Une branche est un même ensemble d'institutions - au sein de l'organisation administrative et financière du régime général - en charge soit de la gestion d'un risque social particulier (par exemple la branche maladie, la branche famille…), soit du recouvrement des cotisations.

Caisse nationale

Il s'agit d'un établissement public à caractère administratif dans le régime général et d'un organisme de droit privé dans les autres principaux régimes (régime agricole, régime des travailleurs non salariés). Chaque caisse nationale se trouve à la tête d'un régime ou, pour le régime général, d'une branche.

Démocratie sociale

C'est un principe fondamental du Plan français de Sécurité sociale de 1945, concrétisé par l'existence de conseils d'administration dans les caisses nationales et les organismes locaux au sein desquels les partenaires sociaux (organisations syndicales et patronales) ont pour rôle de représenter les usagers et les employeurs. La gestion paritaire des régimes de retraites complémentaires et d'assurance chômage contribue également à promouvoir l'idée de solidarité nationale, qui a subi une forte altération dans le régime général de la Sécurité sociale au cours de la période contemporaine.

Organisme de base

C'est un organisme de droit privé à caractère opérationnel qui couvre :

- soit un champ d'intervention spécialisé dans le régime général et les régimes de non-salariés ;
- soit un champ d'intervention général dans le cadre du régime agricole (principe du guichet unique).

Au contraire des caisses nationales, les organismes de base sont au contact direct des usagers (par exemple les CAF, les CPAM…).

Paritarisme

C'est un mode de gestion assumé à la fois par les représentants des salariés (organisations syndicales) et des employeurs (organisations patronales). Dans le domaine de la protection sociale, deux formes de paritarisme coexistent :

- paritarisme intégral : lorsque les représentants des salariés et employeurs occupent chacun la moitié des sièges dans les conseils d'administration des institutions de la protection sociale (par exemple, régimes complémentaires de retraite) ;
- paritarisme partiel : lorsqu'il y a une plus forte représentation soit des salariés, soit des employeurs dans les institutions de la protection sociale (par exemple, le régime général de Sécurité sociale avant la réforme institutionnelle de 1996).

Plafond de la Sécurité sociale

C'est une fraction maximale de la rémunération et plus généralement de l'assiette, sur laquelle sont calculées certaines cotisations sociales dont la cotisation d'assurance vieillesse du régime général. En effet, ces cotisations sont plafonnées, c'est-à-dire qu'elles ne sont calculées que dans la limite d'un certain montant de rémunération, celui du plafond des cotisations.

Prélèvements obligatoires

Ce terme général englobe à la fois les impôts et les cotisations sociales. Le taux des prélèvements obligatoires rapporte le montant de ces prélèvements au produit intérieur brut.

Prestations contributives et non contributives

Les prestations contributives relèvent d'une logique d'assurance socioprofessionnelle et se caractérisent par leur lien de proportionnalité avec les cotisations acquittées.
Les prestations non contributives procèdent d'une logique d'assistance ; le lien avec les cotisations est fortement relâché ou inexistant.

Prestation sociale

Ce terme recouvre toutes les prestations en espèces ou en nature que les institutions de la protection sociale versent à leurs bénéficiaires.

Prévoyance complémentaire

La prévoyance complémentaire permet d'offrir des prestations complémentaires pour les risques où les régimes obligatoires assurent une couverture insuffisante (par exemple l'invalidité). C'est une protection nécessairement collective dans le champ de la protection sociale, dans la mesure où celui-ci exclut les produits de prévoyance individuels. La prévoyance est mise en œuvre par les mutuelles, les compagnies d'assurance privées, et les institutions de prévoyance dites de l'article L. 731-1 du Code de la Sécurité sociale.

Protection sociale

Composante de la politique sociale, la protection sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus de faire face aux risques sociaux. Il existe cinq grandes institutions de la protection sociale dont les champs de compétence sont complémentaires : la Sécurité sociale, l'assurance chômage, les institutions de retraite et de prévoyance complémentaires, les mutuelles, l'État et les collectivités territoriales.

Régime complémentaire

C'est un régime d'origine conventionnelle, même s'il est le plus souvent rendu obligatoire par le législateur. Il a pour objet de compléter les prestations d'un régime de base.

Régime de base

Le régime de base est un régime de Sécurité sociale institué par le législateur par opposition à un régime complémentaire d'origine conventionnelle.

Régimes spéciaux et particuliers

Les régimes spéciaux couvrent la totalité des risques (par exemple, le régime de la SNCF).
Les régimes partiellement spéciaux, appelés aussi particuliers, excluent de leur champ de couverture les prestations en nature de l'Assurance maladie (par exemple, le régime des fonctionnaires de l'État).

Retraite par capitalisation

C'est un mode de financement des retraites qui repose sur un effort d'épargne accompli dans le cadre collectif ou individuel. Les cotisations de l'assuré alimentent un compte épargne ou un fonds de pension investi en actifs financiers ou immobiliers. Les sommes ainsi thésaurisées et les intérêts dont elles sont productives constituent un capital qui appartient à l'assuré et qui à son départ en retraite donne lieu au versement d'une rente viagère.

Retraite par répartition

C'est un mode de financement des retraites qui ne peut fonctionner que dans le cadre d'un groupe de personnes clairement défini puisque les cotisations versées par ses membres en cours d'activité professionnelle sont immédiatement reversées sous forme de pensions à ceux ayant pris leur retraite.
Ce système peut être mis en œuvre selon deux techniques distinctes : la répartition par annuités, comme dans les régimes de base de Sécurité sociale, ou la répartition par points, comme dans les régimes de retraites complémentaires.

Tutelle et contrôle

La notion de tutelle renvoie à l'exercice par l'administration de l'État, voire par les caisses nationales, des pouvoirs de suspension ou d'annulation à l'encontre des décisions des organismes de Sécurité sociale.

Le plafond de la Sécurité sociale

« Le salaire plafond de la Sécurité sociale sert à différencier certains taux de cotisations salariales et patronales pour les parties du salaire brut situées au-dessous ou au-dessus de ce salaire plafond (ou d'un multiple de celui-ci). Le salaire plafond est réévalué chaque année. » (définition de l'INSEE).

En 1945, les cotisations aux différentes branches du régime général étaient perçues sur une partie du salaire sous un certain plafond. Au-delà de ce plafond, aucune cotisation ne s'appliquait.
Ce système, qui a eu pour effet de créer une pression proportionnellement plus forte sur les bas salaires, a perdu progressivement de sa pertinence car l'étendue et la nature des risques couverts ont changé. Ainsi, le déplafonnement de l'assiette des cotisations n'est que la conséquence logique de la suppression de toute condition d'activité professionnelle pour l'obtention des allocations familiales. De même, le déplafonnement de la cotisation maladie est venu accompagner le mouvement d'universalisation des prestations d'Assurance maladie, c'est-à-dire l'extension de la couverture à des ayants droit non cotisants.

Le « déplafonnement » de l'assiette des cotisations a été organisé en plusieurs étapes et sous des formes différentes selon le risque couvert : entre 1967 et 1984 pour les cotisations de l'Assurance maladie et en deux étapes (1989 et 1990) pour les cotisations de la branche famille.
En apparence donc, les cotisations deviennent proportionnelles au salaire. En réalité, dans la mesure où elles sont déductibles de l'assiette de l'impôt sur le revenu, elles restent dégressives ou limitent en tout cas le caractère progressif de l'impôt sur le revenu.
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 (cotisation jusqu'à 3 fois le plafond pour les non cadres ; 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'indemnité journalière de congé maladie).
Le montant de ce plafond est arrêté, selon des règles fixées par décret, par le ministre chargé de la Sécurité sociale.
L'article D. 242-17 du Code de la Sécurité sociale dispose que le plafond est fixé pour chaque année civile, à partir du plafond applicable au cours de l'année antérieure, en tenant compte de l'évolution moyenne estimée des salaires de l'année antérieure prévue par le dernier rapport sur la situation des perspectives économiques, sociales et financières de la Nation annexé au projet de loi de finances.

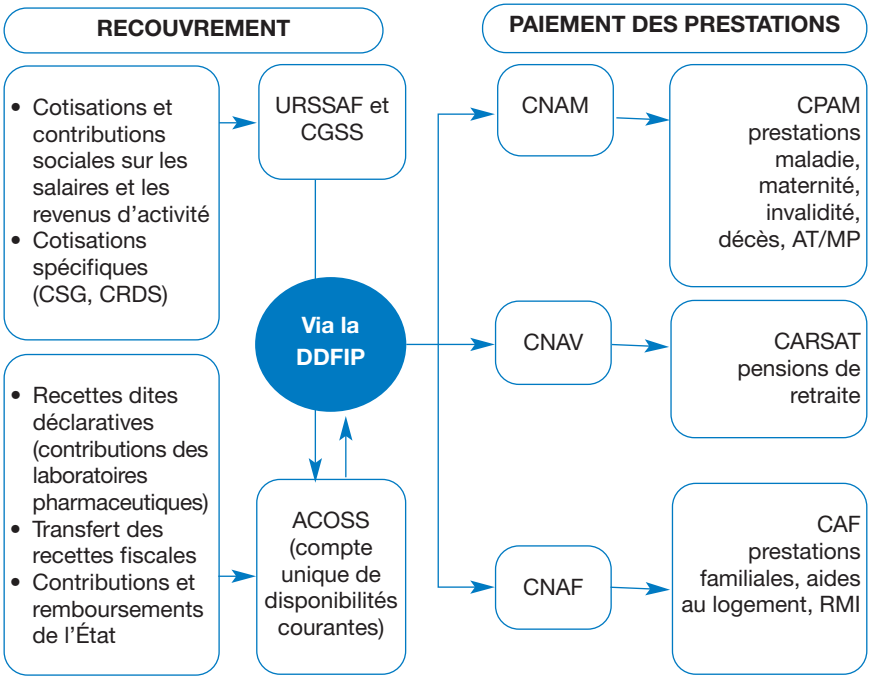
Concrètement chaque année sont soumis à l'avis des conseils des Caisses nationales de Sécurité sociale, puis adoptés par arrêté ministériel, des plafonds annuels, trimestriels, mensuels, par quinzaine, par semaine, journaliers, horaires de rémunérations ou gains au-delà desquels les cotisations ne sont plus calculées.
Pour l'année 2017 (du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017, ces montants sont les suivants :

Plafond annuel	39 228 euros
Plafond trimestriel	9 807 euros
Plafond mensuel	3 269 euros
Plafond par semaine	754 euros
Plafond journalier	180 euros
Plafond horaire	24 euros

Évolution du plafond de la Sécurité sociale depuis 2006

Plafond	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Évolution	2,9 %	3,6 %	3,4 %	3,1 %	0,9 %	2,1 %	2,9 %	1,8 %	1,4 %	1,3 %	1,5 %	1,6 %

Circuit financier simplifié du régime général



Pour plus de précisions à ce sujet, se reporter page 187.

Le calcul des cotisations

Les organismes de Sécurité sociale tirent pour une grande part leurs ressources des cotisations prélevées sur les salaires ou plus exactement sur l'ensemble des rémunérations ou gains perçus en contrepartie ou à l'occasion d'un travail.

L'assiette des cotisations

La jurisprudence a en effet précisé d'année en année les contours de ce que l'on appelle l'assiette des cotisations. En effet, en plus du salaire et des éléments qui lui sont directement attachés, toutes sortes d'indemnités de natures diverses constituent cette assiette.
Indemnités de congés payés, primes, gratifications, avantages en nature sont autant d'éléments qui en font partie.

Cette assiette comporte un plancher : le SMIC ou le minimum conventionnel pour l'ensemble des cotisations et un plafond pour un nombre réduit de cotisations **(se reporter à la fiche sur le plafond de la Sécurité sociale page 220)**.

Les parts salariales et patronales

Sur cette assiette s'appliquent cinq cotisations de Sécurité sociale qui correspondent aux différents risques couverts. Il s'agit de la cotisation :
- d'assurance maladie-maternité-invalidité-décès ;
- d'assurance vieillesse ;
- d'assurance veuvage ;
- d'allocations familiales ;
- d'accidents du travail/maladies professionnelles.

Les cotisations sont à la charge, selon les cas :
- du seul employeur (part patronale) : c'est le cas des cotisations d'allocations familiales et d'accidents du travail/maladies professionnelles,
- du seul salarié (part salariale) : c'est le cas de l'assurance veuvage,
- ou des deux parties, pour toutes les autres cotisations.

Les taux de cotisations

Les taux des cotisations sont fixés par décret. Sous réserve des taux spécifiques applicables à certaines catégories professionnelles, ils sont uniformes pour tous les salariés et toutes les entreprises. L'exception concerne la cotisation accidents du travail et maladies professionnelles dont le taux n'est pas identique pour toutes les entreprises et obéit à un barème de tarification précis.

Le versement des cotisations

L'employeur est en principe le seul responsable du versement de l'ensemble des cotisations (cotisations patronales et salariales) à l'URSSAF d'affiliation de l'entreprise. La contribution du salarié est donc précomptée sur sa rémunération lors de chaque paie. L'employeur qui garde pour lui la part salariale des cotisations ainsi précomptées (rétention indue de précompte) est passible de sanctions pénales.

Le montant des cotisations versées aux organismes chargés du recouvrement (URSSAF, CGSS) résulte de l'application de ces différents taux à l'assiette définie précédemment. Ce calcul prend en compte les éventuelles exonérations et exemptions d'assiette **(cf infra)****.**

Selon le nombre de salariés, la périodicité du paiement des cotisations peut être trimestrielle ou mensuelle. Chacun des versements doit être accompagné d'un bordereau récapitulatif de cotisations.

Le non-paiement des cotisations dans les délais prescrits donne lieu à des majorations de retard dans le cadre d'une procédure de mise en demeure puis de recouvrement forcé.

La répartition immédiate de ces cotisations ainsi collectées financera les diverses prestations des quatre branches prestataires de Sécurité sociale **(se reporter au circuit financier page 221)**.

Les exonérations de cotisations et les exemptions d'assiette

Les mesures d'exonération

Les mesures d'exonération correspondent à une **dispense intégrale ou partielle du paiement des cotisations** (le plus souvent patronales).
La plus courante est la réduction générale des cotisations patronales de Sécurité sociale qui vise à favoriser l'emploi des salariés les moins qualifiés.
À côté de ces exonérations couramment appelés allégements généraux existent des **dispositifs d'exonérations ciblés visant à favoriser l'emploi de populations particulières** (apprentis, stagiaires de la formation professionnelle…) **ou dans certains territoires ou certains secteurs d'activité**.

Ces exonérations impactent notre système en ce que les rémunérations versées aux salariés leur ouvrent des droits sociaux sur une assiette normale (droits à la retraite notamment) mais ne génèrent pas de cotisations (en partie ou totalité) destinées à leur financement.

Ces exonérations sont pour partie prises en charge par l'État et ce, en application de l'article L. 131-7 du Code de la Sécurité sociale introduit par la loi du 25 juillet 1994 (voir la partie sur les dates clés de la Sécurité sociale). C'est-à-dire que l'État, par le biais d'un mécanisme de compensation, rembourse, via son budget (les recettes fiscales), le manque à gagner pour la Sécurité sociale. Toutefois, ce remboursement intervient souvent après un long délai, ce qui génère des conséquences sur la trésorerie des régimes de base de Sécurité sociale qui engagent tout de même des dépenses pour le versement des prestations. Certaines exonérations ne sont pas compensées et sont donc directement à la charge des régimes. C'est le cas notamment lorsque ces exonérations réunissent certaines caractéristiques telles que leur caractère exceptionnel ou le fait qu'elles soient limitées dans le temps ou encore qu'elles répondent à des difficultés socio-économiques rencontrées dans certains territoires.

Les exemptions d'assiette

Les exemptions d'assiette consistent à **exclure de l'assiette des cotisations certaines sommes ou avantages versés au salarié** en contrepartie de son travail et qui « théoriquement » devraient en relever. Les premiers dispositifs législatifs ayant bénéficié de ces exemptions sont **l'intéressement et la participation** (ordonnances prises en 1959 et 1967). L'objectif était alors d'inciter les employeurs à l'essor initial de ces mécanismes. Se sont ajoutés ensuite : **l'actionnariat salarié** (stock-options), **les aides directes** qui leur sont consenties (chèques restaurant, vacances, services à domicile) ou encore **la participation financière de l'employeur à leur régime de prévoyance complémentaire ou retraite supplémentaire**. Enfin, de par leur nature indemnitaire, **les**

sommes versées dans certains cas de rupture (licenciement, plan de sauvegarde de l'emploi, rupture conventionnelle) sont également exclues de l'assiette. À la différence des exonérations, le bénéficiaire de ces exemptions ne s'ouvre aucun droit social supplémentaire. Mais, ces exemptions continuent d'évoluer nettement plus rapidement que l'assiette des cotisations et certaines sommes exemptées sont de véritables compléments de salaire parfois très substantiels.

Certes, l'ampleur des sommes en cause a justifié la **création de prélèvements spécifiques** destinés au financement de la Sécurité sociale (c'est le cas du forfait social acquitté pour les dispositifs d'épargne salariale). Toutefois, cet empilage de dispositifs, qui manque de cohérence (fléchage de chacun des dispositifs vers une branche sans justification particulière mais en fonction des besoins – par exemple, le forfait social pour l'assurance maladie), contribue à l'opacité du système de financement et ne rapporte pas autant qu'un assujettissement aux cotisations.

La CSG : une contribution multiforme et évolutive

Emblème de la fiscalisation du financement de la Sécurité sociale, la CSG a été instituée par la loi de finances pour 1991 du 16 novembre 1990. L'idée d'une **contribution de nature fiscale frappant tous les revenus** permettait de répondre non seulement aux inconvénients des cotisations classiques assises sur les seuls salaires et dont le rendement est directement lié à la situation de l'emploi, mais aussi aux voix qui commençaient à s'élever contre le financement exclusivement professionnel d'un système qui avait de plus en plus vocation à couvrir des risques sans aucun lien avec les revenus du travail. La CSG a ainsi pour finalité la mise en œuvre du principe de solidarité générale sans idée de contrepartie.
Sa création - comme ensuite la CRDS (voir ci-dessous) - a retenu une assiette plus large que celle du montant retenu pour le calcul des cotisations sociales puisque l'ensemble des revenus y est soumis.
On parle généralement de CSG au singulier par souci de simplicité. En réalité sous l'intitulé « institution d'une **contribution sociale généralisée** », la CSG recouvre **cinq contributions distinctes : CSG sur les revenus d'activité, CSG sur les revenus de remplacement, CSG sur les revenus du patrimoine, CSG sur les revenus de placement et enfin CSG sur les sommes engagées ou les produits réalisés à l'occasion de jeux.**
Initialement destinée à financer la branche famille, la CSG, dont **les taux ont été augmentés et différenciés** en fonction des assiettes, a ensuite été amenée à financer les risques vieillesse et maladie. De façon plus récente, les ressources qu'elle génère ont été fléchées à des fins autres que le financement des risques de Sécurité sociale à proprement parler. Les ressources courantes de la Sécurité sociale vont ainsi au financement de la CNSA et de la CADES.
Au gré des années, la CSG a eu une assiette grandissante, des taux croissants ainsi que des affectations variables. En plus de son caractère « multiforme », la CSG, qui a généré des ressources d'un montant de près de **100 milliards d'euros en 2016**, est donc une contribution évolutive qui complexifie le circuit de financement de la Sécurité sociale.

À noter ! Le PLFSS pour 2018 prévoit une augmentation du taux de CSG de 1,7 point s'appliquant à tous les revenus déjà soumis à la CSG (cf. infra), à l'exception des allocations chômage, des indemnités journalières et des pensions attribuées aux retraités et invalides bénéficiant d'un taux réduit de CSG.

La CRDS, ressource spécifique à la résorption de la dette sociale

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a été créée par l'ordonnance du 24 janvier 1996 afin d'amortir, sur une durée limitée, le montant des déficits cumulés par les régimes de Sécurité sociale. Depuis sa création jusqu'à fin 2016, la caisse s'est ainsi vue transférer, de façon successive, 260 milliards d'euros de dette sociale. Sur cette somme, au 31 décembre 2017, la caisse devrait avoir amorti près de 140 milliards d'euros, soit 54 % environ de la dette reprise. Il lui resterait 122 milliards d'euros à rembourser au titre des dettes qui lui ont été transférées jusqu'alors.

Afin d'amortir la dette, une ressource spécifiquement dédiée à été créée : la CRDS **(contribution au remboursement de la dette sociale)**. Cette contribution a été jusqu'en 2008 la ressource quasi unique de la CADES. Elle est **assise sur les revenus d'activité, de remplacement, de placement et de patrimoine ainsi que sur les jeux et les ventes de métaux précieux**. À l'inverse de la CSG, **son taux est unique et fixé à 0,5 %.**

La loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale a autorisé, à titre dérogatoire, la LFSS pour 2011 à porter un schéma de reprise de dette susceptible de repousser de quatre années la date prévisionnelle de fin de vie de la CADES. La dette sociale devrait donc être intégralement remboursée en 2024.

Le contrôle réalisé par les URSSAF

Les ressources destinées à financer les prestations sociales (indemnités journalières en cas de maladie, de congé de maternité, les pensions de retraite, les allocations familiales…) sont recouvrées à partir des déclarations établies par les chefs d'entreprise, travailleurs indépendants ou particuliers employeurs (déclaration annuelle de données sociales, bordereau récapitulatif de cotisations).

La contrepartie de ce système dit déclaratif est qu'un contrôle a posteriori peut être effectué. Ce contrôle dénommé plus précisément le contrôle comptable d'assiette, réalisé par les URSSAF et les CGSS, est destiné à garantir : la correcte application des législations de Sécurité sociale, l'exactitude des chiffres et sommes déclarés, le jeu loyal de la concurrence, ainsi que le respect des droits des salariés. Mais il est aussi un moment de conseil et de prévention des difficultés de compréhension de la réglementation applicable au demeurant très complexe.

En principe, tous les employeurs privés ou publics, quelles que soient leur activité ou leur taille ainsi que tous les travailleurs indépendants sont susceptibles d'être contrôlés en moyenne une fois tous les trois ans. Toutefois les URSSAF portent une attention particulière aux plus grandes entreprises et aux entreprises appartenant à des secteurs dits « à risque » comme la restauration, l'hôtellerie ou le bâtiment (travail dissimulé plus fréquent).

Le contrôle sur place

La procédure de contrôle sur place consiste pour un inspecteur du recouvrement à vérifier, en s'installant dans les locaux de l'entreprise, la bonne application de la législation en matière de cotisations et contributions sociales. Cette vérification suppose la présentation des différents documents sociaux (bordereaux de cotisations, bulletins de salaire, contrats de travail…), comptables (bilans, grands livres de comptes) et fiscaux (liasses fiscales, avis d'imposition…), ainsi que tout autre document ou support d'information supplémentaire.

Le contrôle sur pièces

Le contrôle sur pièces est réservé aux plus petites entreprises occupant 9 salariés au plus. C'est une procédure simplifiée qui se déroule non pas au sein de l'entreprise mais dans les locaux de l'URSSAF. Cependant, il s'agit d'une procédure de contrôle à part entière qui bénéficie à ce titre de toutes les garanties du contrôle sur place.

En effet, bien que les pouvoirs des inspecteurs URSSAF soient étendus, les entreprises bénéficient de garanties et de voies de recours à chaque étape du contrôle, qu'il soit effectué sur place ou sur pièces.

Les garanties

Tout d'abord, le contrôle est précédé d'un avis (envoi en lettre recommandée) qui correspond à un avis de passage qui doit être envoyé au minimum 15 jours avant la date à laquelle il aura lieu. Cette obligation ne vaut évidemment pas en matière de répression de travail dissimulé. Ensuite le contrôle est nécessairement effectué par un inspecteur ou contrôleur agréé.

Les entreprises qui font l'objet d'un contrôle URSSAF dans leurs locaux doivent se voir remettre une « charte du cotisant contrôlé » par l'inspecteur du recouvrement chargé de cette vérification. Cette charte se présente sous la forme d'un document synthétique d'une vingtaine de pages, écrit de manière très accessible, et dont l'objectif est de présenter les modalités. Lorsque le contrôle est effectué sur pièces, l'avis de contrôle indique l'adresse électronique où consulter et télécharger la charte du cotisant contrôlé. Cette charte peut être envoyée au cotisant sur simple demande.

Les voies de recours

Le cotisant qui souhaite contester un redressement de l'URSSAF doit saisir la commission de recours amiable (CRA). La saisine de cette commission est gratuite et ne requiert par la présence de l'intéressé ou d'un représentant de ce dernier lors de l'examen du dossier **(pour la composition de cette commission, se reporter au paragraphe sur la commission de recours amiable)**.
La lettre de contestation doit en revanche être rédigée avec soin car seuls les points qui ont été contestés par cette voie pourront ensuite être examinés par le tribunal des affaires sociales (TASS) en cas de désaccord avec la décision de la CRA.

Les allocations familiales (AF)

Les allocations familiales sont versées automatiquement par la Caisse d'allocations familiales (CAF) à toutes les familles qui ont plus de deux enfants à charge.
Aucune condition n'est nécessaire, si ce n'est d'avoir au moins deux enfants de moins de 20 ans à charge.
Cependant, le montant dépendra de vos revenus. C'est ce qu'on appelle la « modulation » des allocations familiales.
Le montant mensuel varie selon le nombre d'enfants à charge et les revenus de la famille, répartis en 3 tranches.
Pour 2017 :

- pour 2 enfants, il pourra donc être de 32,47 euros , 64,93 euros ou 129,86 euros ;
- pour 3 enfants, il pourra être de 74,06 euros, 148,12 euros ou 296,23 euros ;
- pour 4 enfants, il pourra être de 115,65 euros, 231,31 euros ou 462,61euros.

Par ailleurs, le montant de ces allocations est majoré quand l'enfant atteint l'âge de 14 ans. Cette majoration dépend également du nombre d'enfants de plus de 14 ans et de la tranche de revenus. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site caf.fr.
Les allocations familiales sont versées à compter du mois civil qui suit la naissance ou l'accueil d'un 2e enfant, puis 3e, etc. Quand il ne reste plus qu'un seul ou aucun enfant à charge, elles sont interrompues à la fin du mois civil précédant ce changement de situation. Une allocation forfaitaire est versée pendant un an aux familles de trois enfants ou plus dont l'aîné atteint son 20e anniversaire.
Son montant dépend du nombre d'enfants restant au foyer et de la tranche de ressources des parents.

À savoir ! À partir du 15 juillet 2015, les allocations familiales sont modulées ! Elles restent « universelles » puisque toutes les familles continuent à en bénéficier mais pour les familles dites aisées, elles deviennent purement symboliques.
Ces allocations dépendent donc non seulement du nombre d'enfants à charge mais également des ressources des parents, qui sont réparties en 3 tranches.
Tous ces éléments rendent les explications synthétiques impossibles. Pour savoir dans quelle tranche elle se situe et connaître l'allocation à laquelle elle a droit, chaque famille est invitée à se rende sur le site caf.fr dans la rubrique « S'informer sur les aides ».

L'allocation de soutien familial (ASF)

L'allocation de soutien familial (ASF) a pour but d'aider à élever un enfant privé de l'aide d'un de ses parents, ou des deux.
Plusieurs cas de figure :

- le père ou la mère vit seul(e) et a un ou plusieurs enfants ;
- une personne a recueilli un enfant privé de l'aide de ses parents ;
- l'enfant est orphelin de père ou de mère, ou son autre parent ne l'a pas reconnu ;
- l'autre parent se soustrait à son obligation d'entretien ;
- l'autre parent se soustrait au paiement d'une pension alimentaire.

Cette allocation est versée pendant 4 mois. Pour la percevoir plus longtemps, il faut engager des démarches en fixation de pension alimentaire.
Les montants du 1er avril 2017 31 mars 2018 sont :
- 109,65 euros pour un enfant privé de l'aide de l'un de ses parents ;
- 146,09 euros pour un enfant privé de l'aide de ses deux parents.

Bon à savoir ! Si l'autre parent ne paie pas la pension alimentaire, la CAF peut aider le parent isolé et agir à sa place contre l'autre parent pour recouvrer jusqu'à deux ans de pension alimentaire. c'est ce qu'on appelle la GIPA (garantie contre le impayés de pension alimentaire).

L'allocation journalière de présence parentale (AJPP)

Quand un enfant est gravement malade, handicapé ou accidenté, l'un des parents peut prendre un congé par périodes de 6 mois, renouvelable dans la limite de 3 ans, sans craindre de perdre son emploi ou sa couverture sociale.
Il doit faire une demande de congé de présence parentale auprès de son employeur. Il percevra alors, pendant toute la durée de ce congé, une allocation de présence parentale (AJPP). À la fin du congé, il est sûr de retrouver son emploi ou un emploi équivalent avec une rémunération au moins égale à celle qu'il percevait avant.

Conditions :
- l'enfant doit avoir moins de 20 ans ;
- le congé et l'allocation sont accordés dans tous les cas où l'état de santé de l'enfant justifie une présence soutenue de ses parents et des soins contraignants, pendant une durée de plus de quatre mois (deux mois pour les grands prématurés) ;
- les salariés et les non salariés peuvent bénéficier du dispositif ;
- les demandeurs d'emploi indemnisés peuvent demander à Pôle emploi la suspension de leurs indemnités pour recevoir l'AJPP.

Montant 2017 par jour de congé :
- pour un couple : 43,14 euros ;
- pour un parent vivant seul : 51,26 euros ;
- Si, en plus, le parent doit engager des dépenses liées à l'état de santé de son enfant, il pourra percevoir, sous certaines conditions, un complément de 110,34 euros par mois.

Bon à savoir ! Quand un parent bénéficie de l'AJPP, sa CAF cotise gratuitement à la retraite : c'est ce que l'on appelle l'AVPF (assurance vieillesse du parent au foyer).

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)

La PAJE a pour objectif d'aider les familles à concilier vie familiale et vie professionnelle.
Attribuée aux enfants nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2004, elle comprend :
- une prime à la naissance ou à l'adoption ;
- une allocation de base ;
- la prestation partagée d'éducation de l''enfant (PreParE), anciennement complément de libre choix d'activité (CLCA) ;
- le complément du libre choix du mode de garde (CMG).

La prime à la naissance

La prime à la naissance ou à l'adoption permet de faire face aux premières dépenses liées à l'arrivée d'un enfant. Elle est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond pour chaque enfant né ou à naître. Elle est versée en une seule fois deux mois après la naissance de l'enfant ou lors de l'arrivée de l'enfant au foyer des parents adoptants. Le plafond de ressources est majoré en cas de double activité des parents ou en cas d'isolement.
Montants du 1er avril 2017 au 31 mars 2018 :

- prime à la naissance : 923,08 euros ;
- prime à l'adoption : 1 846,15 euros.

L'allocation de base

L'allocation de base a pour but d'aider les familles à assurer les dépenses liées à l'entretien et l'éducation des enfants de moins de 3 ans. Elle est attribuée sous conditions de ressources à partir du mois suivant la naissance de l'enfant et jusqu'à ses 3 ans. En fonction des revenus de la famille, l'allocation de base sera versée à taux plein ou partiel. Elle n'est pas cumulable avec le complément familial par famille et ses ressources ne doivent pas dépasser un plafond établi selon le revenu et le nombre d'enfants. Jusqu'à présent, cette allocation était identique pour toutes les familles, mais, pour les enfants nés à compter du 1er avril 2014, elle est dorénavant modulée en fonction du niveau de ressources des familles. Son montant est divisé par 2 – soit 92,31 euros – pour les ménages dont les ressources dépassent un certain seuil : 3250 euros de revenu mensuel pour un couple avec un seul revenu, 4000 euros pour un couple avec deux revenus.

Montants du 1er avril 2017 au 31 mars 2018 :
Taux plein (selon les ressources) : 184,62 euros par mois ;
Taux partiel (selon les ressources) : 92,31 euros par mois.

À noter :
1) Cette mesure sera généralisée à tous les enfants à partir du 1er avril 2017.
2) Son montant n'a pas été réévalué au 1er avril. Ce gel restera applicable jusqu'à ce que le montant du complément familial atteigne le montant de la PAJE, comme le prévoit la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014.

La prestation partagée d'accueil de l'enfant (PreParE)

La PreParE est versée pour tout enfant né ou adopté depuis le 1er janvier 2015. Accessible dès le premier enfant, elle st attribué à taux plein au parent qui interrompt son activité professionnelle ou à taux partiel au parent qui réduit son activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant de moins de 3 ans. Pour le premier enfant, chaque parent peut en bénéficier pendant 6 mois, dans la limite du premier anniversaire de l'enfant. À partir du 2e enfant , chaque parent peut en bénéficier pendant 24 mois, dans la limite des 3 ans de l'enfant.

Pour avoir droit à la PreParE, il faut avoir exercé une activité professionnelle permettant de valider au moins 8 trimestres de cotisations vieillesse :
- dans les 2 dernières années s'il s'agit d'un 1er enfant ;
- dans les 4 dernières années s'il s'agit d'un 2e enfant ;
- dans les 5 dernières années à partir du 3e enfant.

La durée du versement de cette aide varie selon le nombre d'enfants :
- Un an, si chacun des parents s'interrompt ou limite son activité pendant 6 mois.
- Pour plusieurs enfants à charge, elle sera versée jusqu'au mois précédant le 3e anniversaire du dernier enfant, mais chacun des parents ne pourra en prendre que 24 mois maximum.

Montants du 1er avril 2017 au 31 mars 2018 :
- 392,09 euros par mois en cas de cessation totale d'activité ;
- 253,47 euros par mois pour une durée de travail inférieure au mi-temps ;
- 146,21 euros par mois pour une durée de travail comprise entre 50 % et 80 %.

À noter :
1) La PreParE a remplacé le CLCA (complément de libre choix d'activité) qui était versé avant le 1er janvier 2015.
2) Les familles de 3 enfants et plus peuvent choisir de percevoir la PreParE majorée à la place de la PreParE. Son montant est plus élevé (640,90 euros par mois) mais elle est versée moins longtemps : 8 mois maximum pour chaque parent, dans la limite du 1er anniversaire de l'enfant.
Réservée uniquement aux familles de 3 enfants et plus, elle peut représenter une alternative pour permettre aux mères de s'occuper de leurs enfants pendant les premiers mois sans prendre le risque de s'éloigner durablement de l'emploi.

Attention ! La PreParE n'est pas cumulable avec le complément de mode de garde (CMG). Le choix entre PreParE de base et PreParE majorée est définitif !

Le complément du libre choix de mode de garde (CMG)

Le complément de libre choix du mode de garde est attribué aux parents exerçant une activité professionnelle et ayant besoin de faire garder leur enfant de moins de 6 ans.

1) Ils emploient un(e) assistant(e) maternel(le) ou un(e) garde d'enfant :
Il peut s'agir d'un(e) assistant(e) maternel(le) agréé(e) exerçant à son domicile et/ou au sein d'une maison d'assistant(e)s maternel(le)s. Il peut également s'agir d'un(e) garde d'enfant au domicile des parents. Dans les deux cas, la CAF rembourse une partie de sa rémunération, calculée en fonction des ressources de la famille.

La CAF prend également à sa charge les cotisations sociales :
- à 100 % pour l'emploi d'un(e) assistant(e) maternel(le) agréé(e) ;
- à 50 % pour l'emploi pour l'emploi d'un(e) garde d'enfant à domicile dans la limite de 447 euros s'il s'agit d'un enfant de moins de 3 ans et 224 euros pour les enfants de 3 à 6 ans.

2) Ils ont recours à un organisme de service ou une crèche familiale.
La CAF leur rembourse une partie de la facture qu'ils payent chaque mois, en fonction de leurs revenus, du nombre d'enfants gardés et de leur âge. Pour bénéficier du CMG, les parents doivent faire appel à l'une des structures autorisées qui figurent sur le site www.entreprises.gouv.fr/services-a-la-personne.
S'ils font appel à une microcrèche, son tarif horaire devra être inférieur ou égal à 10 euros (depuis le 1er septembre 2016) et l'enfant devra être gardé au minimum 16 heures par mois. Le CMG est versé aussi longtemps que dure la garde de l'enfant et au maximum jusqu'à son 6e anniversaire. Si les parents ont recours à plusieurs modes de garde pendant un même mois, le montant du CMG tiendra compte de l'ensemble des dépenses. Mais il ne peut pas dépasser une certaine limite et, dans tous les cas, un minimum de 15 % restera à la charge des familles.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est versée, sans conditions de ressources, pour aider les familles dans l'éducation et les soins à apporter à un enfant handicapé. L'AEEH est destinée aux familles dont l'enfant, âgé de moins de 20 ans, a une incapacité permanente d'au moins 80 %. Le bénéfice de l'AEEH est possible également si le taux d'incapacité est compris entre 50 % et 79 % et si l'enfant fréquente un établissement spécialisé, ou s'il a besoin de soins à domicile.

À noter : les familles n'ont pas droit à l'AEEH si l'enfant est dans un internat et qu'elles bénéficient déjà d'une prise en charge totale des frais de séjour par l'assurance maladie.

Au 1er avril 2017, le montant de base de l'AEEH est de 130,51 euros par mois. Ce montant peut être majoré par un complément qui varie en fonction de plusieurs facteurs : le montant des dépenses engagées du fait du handicap de l'enfant, la cessation ou réduction de l'activité professionnelle d'un parent, l'embauche d'une tierce personne rémunérée. Il existe 6 catégories de complément qui vont de 97,88 euros à 1 107,49 euros.
Il existe également une majoration spécifique pour parent isolé, versée quant celui-ci est bénéficiaire d'un complément d'AEEH lorsqu'il cesse ou réduit son activité professionnelle ou lorsqu'il embauche une tierce personne rémunérée pour s'occuper de son enfant handicapé.
C'est la CDAPH (Caisse des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) qui apprécie l'état de santé de l'enfant et décide de l'attribution de l'AEEH et de son complément éventuel pour une durée renouvelable d'un an au minimum et cinq ans au maximum.

À noter : l'AEEH est cumulable avec toutes les autres prestations. Si l'un des parents s'arrête de travailler pour s'occuper de son enfant, il peut avoir aussi droit à l'allocation de présence parentale.

L'allocation de rentrée scolaire (ARS)

L'ARS a pour objectif d'aider les familles à assumer le coût de la rentrée scolaire pour les enfants de 6 à 18 ans. Soumise à conditions de ressources et dépendant de l'âge des enfants, elle est versée automatiquement un peu avant la rentrée scolaire pour les enfants de 6 à 16 ans et après envoi à la CAF du justificatif de scolarité ou d'apprentissage pour les enfants de 16 à 18 ans.
Pour l'année 2017, le montant est de :

- 364,09 euros pour les enfants de 6 à 10 ans ;
- 384,17 euros pour les enfants de 11 à 14 ans ;
- 397,49 euros pour les enfants de 15 à 18 ans.

Le complément familial (CF)

Soumise à conditions de ressources, cette allocation peut être versée aux familles qui ont la charge d'au moins 3 enfants et qui sont tous âgés d'au moins 3 ans et moins de 21 ans. Pour 2017, selon le niveau de ressources, ce montant est de 169,03 euros ou 236,71 euros par mois. Il est versé automatiquement si les conditions sont remplies.

Les prestations maladie, maternité, paternité, invalidité et décès

Principes et notions générales sur les prestations

Les prestations légales : prestation en nature et prestation en espèces

Les prestations dites en nature visent au remboursement, total ou partiel, des frais exposés par les assurés pour la délivrance de soins.
Les frais remboursés sont expressément énumérés par l'article L. 321-1 du Code de la Sécurité sociale.
Les conditions d'accès aux prestations, de prise en charge et les relations entre l'Assurance maladie, les assurés et les prestataires de soins sont prévues par la loi (Code de la Sécurité sociale) et les conventions signées avec les représentants de professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures podologues, orthophonistes, orthoptistes et biologistes responsables).
Pour être remboursables par la Sécurité sociale, les actes, prestations et fournitures doivent préalablement être inscrits sur une liste des actes et prestations remboursables (art. L. 162-1-7 C. séc. soc.).
En matière de soins de santé, l'assuré social du régime général bénéficie en principe du libre choix de son prestataire de soins (médecins, auxiliaires médicaux, pharmaciens, laboratoire...).
Pour ce qui est du paiement, il revient à l'assuré de faire l'avance des frais de santé engagés et de payer les prestations à l'acte. Charge à l'assuré de présenter cette dépense à sa CPAM.
Toutefois, le dispositif du tiers payant (ou la dispense de l'avance des frais) est prévu par la loi en cas d'accident du travail, de maladie professionnelle ou d'hospitalisation, et pour d'autres cas de figure, par des conventions particulières entre caisses primaires et prestataires de soins.
Enfin, pour un certain nombre de prestations, la législation prévoit que l'assuré social supporte directement une partie des frais engagés via le dispositif du ticket modérateur (prévu dès la création de la Sécurité sociale en 1945 et dont le niveau varie selon certaines conditions), du forfait hospitalier (créé en 1983) ou autres (forfait 1 euro, franchise...). La part des frais supportée directement par l'assuré constitue le « reste à charge ».

À noter ! En raison de la pathologie, du type d'acte ou du statut de l'assuré, la réglementation prévoit des cas d'exonération de ticket modérateur ou de forfait (patient en affection de longue durée (ALD), femme enceinte à compter du 6e mois, accidenté du travail...).

Important ! Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé ne sont jamais pris en charge par l'Assurance maladie.
En 2013, les prestations en nature représentaient plus de 75% des charges supportées par l'Assurance maladie.

Les prestations en espèces visent à assurer un revenu de remplacement aux assurés sociaux se trouvant dans l'incapacité physique de travailler. C'est un des objectifs originels de la Sécurité sociale que de garantir le niveau de revenu de l'assuré en cas de survenue d'un risque. Ces prestations prennent la forme :

- soit d'indemnités journalières dans le cas d'un arrêt maladie, maternité, paternité, ou accident du travail/maladie professionnelle ;
- soit de pension pour les situations relevant de l'invalidité ou d'un capital en cas de décès. En cas d'incapacité due à un AT/MP, l'assuré social bénéficie soit d'un capital (incapacité < 10 %), soit d'une rente (incapacité > 10 %).

À noter : chacune de ces prestations obéit à un régime spécifique : durée minimale d'immatriculation et montant des cotisations versées pour l'ouverture des droits, durée et montant d'indemnisation **(voir ci-après)**.

Les prestations extra-légales : l'action sanitaire et sociale

L'action sanitaire et sociale de l'Assurance maladie mise en œuvre pour l'essentiel au plan local vise à servir des prestations supplémentaires (facultatives ou obligatoires) ou à accorder des aides d'urgence aux assurés.
En 2013, l'Assurance maladie a consacré 266 millions d'euros à l'action sanitaire et sociale.

Rappel ! Tout salarié ou assimilé est obligatoirement rattaché au régime général de la Sécurité sociale (notion d'assujettissement) et est affilié à la caisse d'Assurance maladie de son lieu de résidence. Il acquiert alors la qualité d'assuré social. Matériellement, cela se traduit par l'octroi d'un numéro de Sécurité sociale (immatriculation). Cela lui ouvre droit aux prestations en nature des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accident du travail-maladie professionnelle, sous réserve de justifier d'un nombre minimum d'heures de travail ou d'un certain montant de cotisations sur une période donnée.

Assurance maladie. Les prestations en nature

Les règles de gestion des droits : ouverture des droits, maintien des droits, CMU de base (art. R. 313-1 et suivants C. séc. soc.)

L'ouverture des droits
Toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie. C'est la protection universelle maladie, prévue par l'article 59 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016. De ce fait, les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées. Les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte. Quant aux personnes sans activité professionnelle, elles bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France.

Maintien des droits
La protection universelle maladie permet aussi de rester dans le régime d'Assurance maladie, y compris en cas de perte d'activité ou de changement de situation personnelle. Les éventuelles périodes de rupture de droits sont ainsi évitées. Les changements de situation personnelle n'ont plus d'incidence sur les droits des assurés sans activité professionnelle, ce qui garantit une plus grande autonomie. En effet, en cas de mariage, de séparation ou de veuvage, l'assuré continue d'avoir des droits en propre, indépendamment de son conjoint ou ex-conjoint.

Important : Dans la mesure où toutes les personnes qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière sont désormais couvertes par l'Assurance maladie – soit au titre de leur activité professionnelle, soit au titre de leur résidence –, le dispositif de la CMU de base n'a plus de raison d'être et est donc supprimé. La réforme s'accompagne ainsi de nouvelles modalités de contrôle adaptées, en particulier pour identifier les personnes ayant quitté le territoire.

Les différentes prestations en nature

L'Assurance maladie procède au remboursement de l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, d'appareillage, de transport et de certains frais de cure thermale (art. R. 322-1 C. séc. soc.).
Dans tous les cas, l'assuré social et le bénéficiaire de la CMU doivent s'acquitter d'une participation aux frais de santé fonction du type d'acte et de la prestation.

À noter ! Les assurés du régime d'Alsace-Moselle sont soumis à des tickets modérateurs spécifiques tout comme les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou de l'allocation supplémentaire du fonds spécial vieillesse.
Cette participation est appelé ticket modérateur (TM) ou tarif de responsabilité. Son taux est fixé par l'UNCAM. Il va de 20 % pour les frais d'hospitalisation à 35 % pour les frais de transport, 30 % pour les honoraires des praticiens à 40 % pour les analyses et frais de laboratoires. Pour les médicaments, selon le service médical rendu par le médicament, le ticket modérateur varie de 85 % (médicament dit de confort) à 35 %.
Le remboursement des honoraires du professionnel de santé varie selon qu'il pratique des honoraires libres ou conventionnés (c'est-à-dire ceux fixés par la convention médicale), qu'il est ou non le médecin traitant et qu'il est le spécialiste dont la consultation a été prescrite ou non par le médecin traitant (respect du parcours de soins).
Le Code de la Sécurité sociale prévoit un certain nombre d'hypothèses où l'assuré est exonéré du paiement du TM. On dit alors que l'assuré est pris en charge à 100 % (dans la limite des tarifs de base de l'Assurance maladie) dans les cas suivants :

- médicaments et appareillage indispensables et coûteux ;
- hospitalisation de plus de 30 jours ;
- transport d'un handicapé pour soins ;
- dépistage sida et hépatite C ;
- liste de 30 maladies reconnues « affection de longue durée » ;
- titulaire d'une pension d'invalidité, de vieillesse, rente d'accident.

Outre le TM, l'assuré social doit également s'acquitter d'un certain nombre de participations forfaitaires (non proportionnelles au coût des soins) :

- du montant de la franchise médicale (0,50 euro par médicament, 0,50 euro par acte effectué par un auxiliaire médical, 2 euros par transport dans la limite de 50 euros par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés et de 2 euros par jour sur les actes paramédicaux et de 4 euros par jour pour les transports sanitaires) ;
- du forfait 1 euro sur les consultations ou actes réalisés par un médecin, les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale ;
- du forfait hospitalier dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement de santé, public ou privé, y compris le jour de sortie d'un montant de 18 euros par jour dans un établissement de santé et 13,50 euros par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé ;
- du forfait de 18 euros pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50.

Pour l'ensemble de ces participations, un certain nombre d'exonérations sont prévues (femmes enceintes, jeunes de moins de 18 ans, etc.).

Assurance maladie. Les prestations en espèces

Le médecin traitant doit avoir prescrit un arrêt de travail pour que l'assuré puisse percevoir des indemnités journalières. Les conditions à remplir dépendent de la durée de son arrêt de travail (inférieur à 6 mois ou non) et sont examinées au jour de l'interruption de travail.

Les conditions d'ouverture des droits

Les conditions d'ouverture des IJSS ont changé au 1er février 2015.

Pour être indemnisé par la Sécurité sociale (art. R. 313-3 C. séc. soc.) au cours des 6 premiers mois d'arrêt de travail, il faut :

- soit avoir cotisé sur au moins 1 015 fois le SMIC horaire dans les 6 mois civils précédents (condition inchangée) ;
- soit avoir désormais travaillé au moins 150 heures au cours des 3 derniers mois civils ou 90 jours précédents (contre 200 heures jusqu'alors).

Pour être indemnisé par la Sécurité sociale après les 6 premiers mois d'arrêt de travail, il faut :

- soit avoir cotisé sur au moins 2 030 fois le SMIC horaire dans les 12 mois civils précédents (condition inchangée) ;
- soit avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 derniers mois civils ou 365 jours précédents (contre 800 heures jusqu'alors).

Le montant des indemnités journalières

L'indemnité journalière est égale à 50 % du salaire journalier de base. Le montant est calculé sur la moyenne des salaires bruts des trois derniers mois travaillés précédant l'arrêt de travail, plafonné à 3 170 euros au 1er janvier 2015.

Les salaires pris en compte sont les salaires soumis à cotisations (ou salaires bruts).
Le montant maximum accordé au titre de l'indemnité journalière par l'Assurance maladie est de 43,13 euros par jour pour un arrêt de travail (avant le 1er janvier 2015) et 42,77 euros pour un arrêt ayant débuté après le 1er janvier.
Pour un salarié intérimaire ou saisonnier, le montant des indemnités journalières est calculé sur la moyenne des salaires des 12 mois précédant l'arrêt, toujours dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale.
Si l'assuré peut justifier d'au moins 3 enfants à charge, les indemnités journalières sont majorées à partir du 31e jour d'arrêt de travail continu. Elle est alors égale à 66,66 % du salaire journalier de base.
Le montant maximum accordé au titre de l'indemnité journalière par l'Assurance maladie est de 57,50 euros pour un arrêt de travail (avant le 1er janvier 2015) et 57,02 euros pour un arrêt ayant débuté depuis le 1er janvier.
Si l'arrêt de travail est supérieur à 3 mois, les indemnités journalières peuvent également être revalorisées.
Pour limiter les pratiques abusives, les indemnités journalières ne sont pas versées, pendant les 3 premiers jours de l'arrêt de travail (délai de carence).
En principe, le délai de carence s'applique au début de chaque arrêt de travail, sauf dans les cas suivants :

- la reprise d'activité entre deux prescriptions d'arrêt de travail ne dépasse pas 48 heures ;
- l'assuré social est en affection de longue durée (ALD) et les arrêts de travail sont en rapport avec cette maladie, le délai de carence n'est retenu que pour le premier arrêt de travail.

Les indemnités journalières sont dues pour chaque jour calendaire d'interruption de travail (du lundi au dimanche).
Toutefois, la réglementation pose un maximum 360 indemnités journalières versées au cours d'une période de 3 années consécutives.
Les indemnités journalières sont soumises aux prélèvements sociaux (CRDS et CSG).
Les indemnités journalières sont soumises à l'impôt sur le revenu, sauf si elles sont en lien avec une affection de longue durée (ALD).
Un assuré qui a perçu des indemnités journalières au cours de l'année doit recevoir de la part de sa caisse d'Assurance maladie une attestation fiscale pour l'aider à remplir sa déclaration d'impôts.
Les indemnités journalières doivent également être déclarées par l'assuré à la Caisse d'allocations familiales (CAF) ou à tout autre organisme versant des prestations familiales sur critères de revenus ou de ressources.
Il est conseillé de conserver les relevés d'indemnités journalières sans limitation de durée, comme pour les bulletins de salaire. Ils valident également les droits à la retraite.

Assurance maternité-paternité. Les prestations en nature

Les règles de gestion et de conditions d'ouverture des droits

Les règles sont quasi-identiques à celle fixées pour les prestations en nature de l'Assurance maladie.
L'étude des droits est réalisée au début du 9e mois avant la date présumée de l'accouchement ou à la date du début du repos prénatal.

Les différentes prestations en nature

À partir du premier jour du 6e mois de grossesse, tous les frais médicaux remboursables (consultations, frais pharmaceutiques, d'analyses, d'examens de laboratoire, d'hospitalisation) sont pris en charge à 100 %, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance maladie. Toutefois, dès le 1er trimestre, certains actes médicaux liés à la grossesse peuvent également être exonérés du ticket modérateur, au titre de l'assurance maternité. Cette prise en charge à 100 % se poursuit jusqu'au 12e jour après l'accouchement.
Durant cette période de prise en charge à 100 %, l'assurée sociale est exonérée de la participation forfaitaire de 1 euro et de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.

Assurance maternité-paternité. Les prestations en espèces

Les conditions d'ouverture des droits

Pour bénéficier d'indemnités journalières pendant un congé maternité, paternité ou adoption, l'assuré social doit justifier :
- de 10 mois d'immatriculation à la date présumée de l'accouchement ou de l'arrivée de l'enfant ;
- soit avoir cotisé sur au moins 1 015 fois le SMIC horaire dans les 6 mois civils précédents (condition inchangée) ;
- soit avoir désormais travaillé au moins 150 heures au cours des 3 derniers mois civils ou 90 jours précédents (contre 200 heures jusqu'alors).

Pour être indemnisé par la Sécurité sociale après les 6 premiers mois d'arrêt de travail, il faut :
- soit avoir cotisé sur au moins 2 030 fois le SMIC horaire dans les 12 mois civils précédents (condition inchangée) ;
- soit avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 derniers mois civils ou 365 jours précédents (contre 800 heures jusqu'alors).

Ces conditions d'ouverture des droits sont appréciées à la date du début de grossesse ou du début du repos prénatal, ou du début du congé d'adoption.

Le montant des indemnités journalières (IJ)

Tout assurée ayant acquis les droits suffisants et interrompant son activité au moins 8 semaines peut demander à recevoir des IJ au titre du congé maternité.
L'indemnité journalière maternité est calculée sur la moyenne des salaires nets des 3 mois qui précèdent le congé prénatal, dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale.
À partir de janvier 2015, le montant de l'IJ maternité ne peut être inférieur à 9,26 euros.
Le montant maximum (au 1er janvier 2015) de l'IJ maternité est de 82,33 euros par jour pour tous les assurés.
Il n'y a par ailleurs plus de distinction entre l'Alsace-Moselle et les autres départements depuis le 1er juillet 2013.
Les indemnités journalières sont versées sans délai de carence, tous les 14 jours, directement par la caisse d'Assurance maladie, qui accompagne les versements d'un relevé (valable pour la retraite).

Comme pour les IJ maladie, elles sont soumises à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux.
Pour le congé paternité, qui s'ajoute aux 3 jours d'absence autorisés par le Code du travail, l'assuré social bénéficie d'IJ du même montant que les IJ maternité et d'une durée maximale de 11 jours consécutifs au plus (samedi, dimanche et jour férié compris) pour un enfant et 18 jours consécutifs au plus pour une naissance multiple.
Le congé peut durer moins de 11 jours, mais il n'est pas fractionnable. Il peut débuter immédiatement après les 3 jours ou à un autre moment mais dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant.

Assurance invalidité

Les conditions d'ouverture des droits

Pour avoir droit à une pension d'invalidité, l'assuré social doit justifier une incapacité de reprendre son travail **après un accident ou une maladie invalidante d'origine non professionnelle** en remplissant les conditions suivantes :

- ne pas avoir atteint l'âge légal de la retraite (entre 60 et 62 ans) ;
- avoir une capacité de travail ou de revenus est réduite d'au moins 2/3 ;
- être immatriculé(e) depuis au moins 12 mois au moment de l'arrêt de son travail suite à son invalidité ou au moment de la constatation de son invalidité par le médecin-conseil de sa caisse d'Assurance maladie ;
- justifier au cours des 12 mois qui précèdent son arrêt de travail pour invalidité ou constatation médicale de l'invalidité, soit avoir effectué au moins 600 heures de travail salarié, soit avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le SMIC horaire.

Le montant de la pension d'invalidité

La pension d'invalidité est calculée sur la base du salaire annuel moyen des 10 meilleures années d'activité (salaires soumis à cotisations dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale) et du taux qui tient compte du classement d'invalidité dans l'une des trois catégories. La catégorie d'invalidité attribuée par le médecin conseil est fonction de la capacité de l'assuré à exercer une activité professionnelle.
Le taux de pension au 1er janvier 2015 est fixé à :

- 30 % du salaire annuel moyen perçu pendant les 10 meilleures années d'activité pour l'invalide de 1ère catégorie (personne capable d'exercer une activité professionnelle rémunérée) ; le montant mensuel minimum est de 282,78 euros et le montant mensuel maximum est de 980,70 euros ;
- 50 % du salaire annuel moyen perçu pendant les 10 meilleures années d'activité pour l'invalide de 2e catégorie (personne ne pouvant plus exercer d'activité professionnelle) ; le montant mensuel minimum est de 282,78 euros et le montant mensuel maximum est de 1 634,50 euros ;
- 50 % du salaire annuel moyen perçu pendant les dix meilleures années d'activité plus majoration pour tierce personne pour l'invalide de 3e catégorie (personne ne pouvant plus exercer d'activité professionnelle et ayant besoin de l'aide d'une tierce personne pour les gestes essentiels de la vie courante) ; le montant mensuel minimum est de 282,78 euros plus 1 107,49 euros et le montant maximum 1 634,50 plus 1 107,49 euros.

Le montant des pensions d'invalidité est revalorisé chaque année.
Comme pour les IJ, la pension d'invalidité est en principe soumise aux prélèvements fiscaux et sociaux et permet de valider des droits à la retraite.

Assurance décès

Les conditions d'ouverture des droits

Pour que le capital décès puisse être versé, le défunt devait être, moins de 3 mois avant son décès, dans l'une des situations suivantes :

- salarié ;
- chômeur indemnisé ;
- bénéficiaire d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle (avec un taux d'incapacité d'au moins 66,66 %) ;
- bénéficiaire d'une pension d'invalidité.

Les conditions d'ouverture du droit sont appréciées au jour du décès de l'assuré(e).
Le capital décès n'est pas attribué de façon automatique ; il est attribué seulement si le ou les bénéficiaires éventuels en font la demande (dans la limite de 2 ans à compter du décès). Le versement du capital décès est effectué en priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'assuré décédé, sinon, au conjoint survivant non séparé, au partenaire lié au défunt par un pacte civil de solidarité ou à défaut aux descendants, sinon, aux ascendants.

Le montant du capital décès

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 a modifié les règles relatives au calcul du capital décès. Il est dorénavant égal à un montant forfaitaire fixé par décret et revalorisé chaque année. Au 1er avril 2017, ce montant est de 3 415 euros.

Le capital décès n'est pas soumis à la contribution sociale généralisée (CSG), ni à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), ni aux cotisations de Sécurité sociale, ni à l'impôt sur les successions

Les prestations accidents du travail et maladies professionnelles

Assurance accidents du travail/maladies professionnelles

Les conditions d'ouverture des droits

Un salarié, à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs, bénéficie des prestations en nature et en espèces de l'assurance accidents du travail/maladies professionnelles dès son embauche.
Des catégories spécifiques de travailleurs (agents EDF-GDF ou agent temporaire SNCF) ou de personnes (élèves et étudiants des établissements d'enseignement technique, secondaire et spécialisé, stagiaires de la formation professionnelle…) sont couverts par l'assurance accidents du travail/maladies professionnelles.
Il existe aussi la possibilité de souscrire une assurance volontaire AT/MP. Dans ce cas, la cotisation est à la charge de l'assuré.

Les prestations en nature

L'assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (AT/MP) bénéficie d'une prise en charge à 100 % (dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale) et du tiers payant pour l'ensemble des frais de soins et de transport liés à la prise en charge de l'AT/MP.
Certains dispositifs médicaux sont pris en charge à 150 % sur la base des tarifs de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels.
La victime d'un AT/MP n'est pas exonérée du forfait « 1 euro » et des franchises.
En cas d'hospitalisation, cette dernière doit s'acquitter du forfait hospitalier.
Les dépassements d'honoraires et les éventuels suppléments ne sont pas pris en charge par l'Assurance risques professionnels.

Les prestations en espèces. Les indemnités journalières

Pour tout arrêt de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, l'indemnité journalière est calculée à partir du salaire journalier du mois précédant l'arrêt de travail et est limitée au montant du gain journalier de base (salaire de référence diminué de la part salariale des cotisations, de la CSG et de la CRDS). L'indemnité journalière pour cause d'AT/MP est versée dès le 1er jour d'arrêt et sans délai de carence. Le montant des indemnités journalières pour AT/MP est égal :

- à 60 % du salaire journalier de base pendant les 28 premiers jours suivant l'arrêt de travail avec un montant maximum plafonné à 182 euros (au 1er janvier 2012) ;
- à 80 % du salaire journalier de base à compter du 29e jour d'arrêt de travail avec un montant maximum plafonné à 242,67 euros (au 1er janvier 2012).

Au-delà de 3 mois d'arrêt de travail, l'indemnité journalière peut être revalorisée en cas d'augmentation générale des salaires.

Les prestations en espèces. L'indemnité temporaire d'inaptitude

Si un assuré est déclaré inapte suite à un accident de travail ou de trajet ou d'une maladie professionnelle, il peut bénéficier d'une indemnité temporaire d'inaptitude pendant une durée d'un mois maximum à compter de la date de délivrance de l'avis d'inaptitude, sous réserve de remplir les conditions d'attribution et de ne percevoir aucune rémunération au cours de cette période.
Le montant de l'indemnité temporaire d'inaptitude est égal au montant de la dernière indemnité journalière AT/MP versée pendant l'arrêt de travail lié à l'accident du travail ou de trajet ou maladie professionnelle ayant entraîné l'inaptitude.
L'indemnité temporaire d'inaptitude est versée sans délai de carence, pour chaque jour de la semaine (y compris les samedis, dimanches et jours fériés) à partir du lendemain de la date de l'avis d'inaptitude et, en principe, pour une durée maximum d'un mois, de date à date.

Les prestations en espèces. Le capital ou la rente pour incapacité d'origine professionnelle

L'indemnité en capital forfaitaire
Si le taux d'incapacité permanente est inférieur à 10 %, l'assuré a droit à une indemnité en capital. Son montant, fixé par décret, est forfaitaire et variable selon le taux d'incapacité.
Montant de l'indemnité en capital versée selon le taux d'incapacité permanente (au 1er avril 2012) :

Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnité en capital
1%	405,04 euros
2%	658,33 euros
3%	962 euros
4%	1 518,34 euros
5%	1 923,14 euros
6%	2 378,98 euros
7%	2 884,91 euros
8%	3 441,88 euros
9%	4 049,23 euros

L'indemnité en capital est versée en une seule fois, après expiration du délai de recours de 2 mois.
Elle est exonérée de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), et n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu.

La rente d'incapacité permanente

Si le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 10 %, l'assuré social reçoit une rente d'incapacité permanente.

La rente est calculée sur la base du salaire des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail. Elle est égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de taux ne dépassant pas 50 % et augmenté de moitié pour la partie supérieure à 50 %.

Les rentes d'incapacité permanente sont versées chaque trimestre, lorsque le taux d'incapacité permanente est compris entre 10 et 50 %, ou chaque mois lorsque le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 50 %.

Elles sont exonérées de CSG et de CRDS, et ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu.

Elles sont versées jusqu'au décès de la victime.

Des dispositions spécifiques sont prévues en fonction du taux d'incapacité permanente.

Comment calculer sa retraite ?

Les paramètres pour le calcul des pensions de retraite

Le montant global de la retraite est constitué de plusieurs pensions :

Pensions de base de la Sécurité sociale	+	Pension complémentaire ARRCO	+	Pension complémentaire AGIRC (si l'on a cotisé au régime des cadres)	+	Rente de retraite supplémentaire (si l'on a cotisé à un régime supplémentaire)
= Retraite totale						

Leur calcul résulte du **nombre de trimestres** et de **points obtenus** dans les régimes de base et complémentaires, des **salaires** perçus et de l'**âge**.

Les conséquences de la réforme des retraites de 2014

La loi du 20 janvier 2014 prolonge pour l'ensemble des régimes de retraite l'allongement de la durée de cotisation entamé avec la réforme de 2003 et dont les critères n'étaient pas fixés au-delà de 2020.
La durée d'assurance requise pour percevoir une retraite à taux plein (à l'âge légal) est progressivement allongée pour l'ensemble des régimes de retraite à raison d'un trimestre toutes les trois générations à partir de la génération née en 1958 (qui atteindra l'âge légal de 62 ans en 2020).
La durée d'assurance de cette génération et des deux suivantes est donc fixée à 167 trimestres. Ce mouvement se prolonge jusqu'à la génération née en 1973 dont la durée de cotisation est fixée à 172 trimestres (43 années).
La loi ne détermine pas l'évolution pour les générations suivantes.

Âge d'ouverture des droits et d'annulation de la décote (ou obtention du taux plein) selon la date de naissance de l'assuré

Date de naissance de l'assuré	Âge d'ouverture des droits (*)	Départs à partir de…	Âge d'annulation de la décote (**)	Départs à partir de…
Avant le 1er juillet 1951	60 ans	2011	65 ans	2016
Entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1951	60 ans et 4 mois	2011-2012	65 ans et 4 mois	2016-2017
1952	60 ans et 9 mois	2012-2013	65 ans et 9 mois	2017-2018
1953	61 ans et 2 mois	2014-2015	66 ans et 2 mois	2019-2020
1954	61 ans et 7 mois	2015-2016	66 ans et 7 mois	2020-2021
1955 et après	62 ans	2017	67 ans	2022

(*) Hors régimes spéciaux, autres que ceux de la fonction publique, pour lesquels s'appliquent des calendriers spécifiques.
(**) Maintenu à 65 ans pour certaines catégories d'assurés nés après le 1er juillet 1951 et hors régimes de la fonction publique et autres régimes spéciaux, pour lesquels s'appliquent des calendriers spécifiques (voir ci-après) .

Durée d'assurance requise pour le taux plein pour les assurés nés à compter de 1948

Date de naissance de l'assuré	Durée d'assurance requise pour le taux plein
1948 et avant	160 trimestres (40 ans)
1949	161 trimestres (40 ans et 3 mois)
1950	162 trimestres (40 ans et 6 mois)
1951	163 trimestres (40 ans et 9 mois)
1952	164 trimestres (41 ans)
1953 et 1954	165 trimestres (41 ans et 3 mois)
1955, 1956 et 1957	166 trimestres (41 ans et 6 mois)
1958, 1959 et 1960	167 trimestres (41 ans et 9 mois)
1961,1962 et 1963	168 trimestres (42 ans)
1964,1965 et 1966	169 trimestres (42 ans et 3 mois)
1967,1968 et 1969	170 trimestres (42 ans et 6 mois)
1970,1971 et 1972	171 trimestres (42 ans et 9 mois)
Nés à partir du 1er janvier 1973	172 trimestres (43 ans)

Exemple : vous êtes né(e) le 15 septembre 1961, vous pourrez faire liquider votre retraite au plus tôt à 62 ans, soit à partir du 15 septembre 2023. Mais vous devrez justifier d'au moins 168 trimestres d'assurance pour bénéficier d'une retraite à taux plein.
À défaut, il faudra attendre afin d'obtenir une retraite à taux plein :

- soit d'avoir totalisé 168 trimestres ;
- ou, quelle que soit votre durée d'assurance, d'avoir atteint 67 ans.

Le calcul de la pension du régime général

Quatre éléments entrent en ligne de compte : le salaire annuel moyen (SAM), la durée d'assurance dans le régime général (D), la durée d'assurance-retraite « maximale » requise (M) et le taux de la retraite (T).
La retraite est calculée selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Salaire annuel moyen x taux x durée d'assurance au régime général}}{\text{Durée d'assurance maximum}}$$

Le salaire annuel moyen des 25 meilleures années

Le salaire annuel moyen, pris en compte lors du calcul de votre pension de retraite, se fonde sur les années dites de référence. Ce salaire annuel moyen est la moyenne de tous les salaires annuels pris en compte. Tout salarié du régime général (né à compter de 1948), voit son salaire moyen de référence calculé sur ses 25 meilleures années d'activité, tous régimes de base confondus.
Dans un premier temps, l'assurance-retraite revalorise les salaires antérieurs pour tenir compte des effets de l'inflation, puis elle isole les 25 salaires annuels les plus élevés et fait leur moyenne arithmétique pour obtenir le salaire annuel moyen (SAM).
Le montant de la pension de retraite reflète la carrière, mais la formule de calcul ne retient le salaire que « dans la limite du plafond de la Sécurité sociale ». Il s'agit d'un niveau réglementaire, réévalué tous les 1er janvier (exemple : le plafond annuel de la Sécurité sociale en 2000 = 26 892 et en 2012 = 36 372).

Le taux

Le taux plein ne peut dépasser 50 % du plafond annuel de la Sécurité sociale.
Le taux maximum de liquidation de la retraite du régime de base - ou taux plein - est fixé à 50 % du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Important ! Même si l'on a toujours cotisé, la pension annuelle ne pourra jamais dépasser 50 % du plafond annuel de la Sécurité sociale.
Pour 2018 : 19 866 euros
(65 ans pour les assurés nés avant le 1er juillet 1951, jusqu'à 67 ans pour ceux nés en 1956 et après). Avant cet âge, seuls les assurés qui justifient de la durée d'assurance de leur génération peuvent bénéficier d'une retraite à taux plein, soit parce qu'ils ont obtenu

la durée d'assurance requise, soit parce qu'ils appartiennent à une catégorie particulière (assurés reconnus inaptes au travail, salariés ayant eu une carrière longue, ou une carrière « pénible », travailleurs handicapés, etc.).
Si l'on ne remplit pas les conditions pour obtenir le taux plein, la retraite est calculée avec un taux minoré.

La durée d'assurance au régime général

La durée d'assurance dans le régime général est décomptée en additionnant les trimestres pendant lesquels l'assuré a effectivement cotisé auprès du régime général ainsi que, sous certaines conditions, des périodes pendant lesquelles il n'a pas cotisé pour des raisons indépendantes de sa volonté (périodes de maladie, de maternité, de chômage indemnisé, de service militaire) et que l'assurance-retraite « valide » au titre de la durée d'assurance. Ainsi, plus le nombre d'années de cotisation est grand, plus la pension sera élevée.

Les trimestres validés ajoutés à ceux qui sont cotisés

Des trimestres supplémentaires sont accordés au titre de la maternité et de l'éducation d'un enfant. Pour tous les enfants nés avant le 1er janvier 2010, 8 trimestres étaient attribués à la mère. Depuis cette date, 4 trimestres pour la grossesse et la maternité lui sont automatiquement accordés, les 4 autres étant ajoutés au compte de l'un ou l'autre des parents (ou partagés entre eux au titre de son éducation pendant les 4 années suivant sa naissance). En vertu d'un décret paru au Journal officiel, le 30 mai 2014, tous les trimestres de maternité seront effectivement pris en compte pour tous les enfants nés depuis le 1er janvier 2014. Désormais, un trimestre sera décompté pour chaque nouvelle période d'indemnisation de 90 jours. Les congés pour adoption donnant droit à des indemnités journalières seront également validés à raison d'un trimestre pour 90 jours de congés. Ces dispositions concernent les assurés du régime général et du régime des salariés agricoles. Sous certaines conditions, des trimestres sont aussi accordés aux parents ayant pris un congé parental d'éducation ou ayant élevé un enfant lourdement handicapé.

La décote

Si vous ne remplissez pas les conditions permettant de bénéficier d'une pension de retraite à taux plein (fixé à 50 %), ce taux est réduit par un coefficient de minoration. Ce coefficient, également appelé « décote » , est déterminé en fonction du nombre de trimestres manquants pour bénéficier du taux plein.

La prise en compte de la décote s'effectue de deux façons :
- soit par rapport à son âge d'obtention du taux plein ;
- soit par rapport à la durée requise pour le taux plein.

C'est la minoration la plus faible (donc la plus favorable à l'assuré) qui est appliquée. Le coefficient de minoration réduit le taux et s'applique sur le salaire annuel moyen. Pour l'assuré dont le taux plein à 65 ans est maintenu, le nombre de trimestres retenu sera celui séparant l'âge auquel la pension est liquidée et le 65e anniversaire de l'intéressé, pour le calcul de la décote.

Par exemple : un salarié né en 1954 demande sa liquidation à 61 ans et 7 mois en septembre 2015, avec 155 trimestres validés. En application de la règle, on calcule le nombre de trimestres manquants :

- par rapport à l'âge du taux plein, soit 66 ans et 7 mois :
  5 ans x 4 trimestres = 20 trimestres ;
- par rapport à la durée de 165 trimestres :
  165 - 155 trimestres = 10 trimestres.

C'est la pénalité la plus faible qui est appliquée, soit 10 trimestres manquants. La décote par trimestre manquant est de 1,25 % sur le SAM, soit 0,625 sur le taux, soit 0,625 x 10 = 6,25 %. Taux de liquidation : 50 % - 6,25 % = 43,75 % (au lieu des 50 %).

La surcote

L'assuré ayant dépassé l'âge légal et ayant obtenu la durée d'assurance exigée pour le taux plein (voir tableau 2) peut bénéficier d'une surcote de 1,25 % par trimestre civil depuis 2009 (soit 5 % par an). Seules les périodes cotisées, donc travaillées, des personnes ayant les trimestres requis pour bénéficier du taux plein, mais ne demandant pas la liquidation de leur retraite, sont prises en compte. La poursuite de l'activité dans un régime de Sécurité sociale quelconque ouvre droit simultanément à la surcote dans chacun des régimes où cette mesure est applicable. Le montant de la surcote s'ajoute au montant de la pension porté au minimum contributif. Elle est prise en compte pour la majoration de pension pour enfants de 10 %. Elle est prise en compte lors du calcul de la pension de réversion. Attention, on retient un nombre de trimestres égal au nombre de trimestres civils entiers suivant celui au cours duquel est survenu l'anniversaire.

Par exemple, pour un salarié né en février, le premier trimestre de surcote commence au 1er avril, premier jour du trimestre civil suivant. La surcote est appliquée au montant annuel brut de la pension de vieillesse. La surcote peut donc conduire à verser une pension supérieure au maximum.

Les avantages familiaux

Des trimestres supplémentaires sont accordés au titre de la maternité et de l'éducation d'un enfant.
Pour tous les enfants nés avant le 1er janvier 2010, 8 trimestres étaient attribués à la mère. Depuis cette date, 4 trimestres pour la grossesse et la maternité lui sont automatiquement accordés, les 4 autres étant ajoutés au compte de l'un ou l'autre des parents (ou partagés entre eux au titre de son éducation pendant les 4 années suivant sa naissance).

À savoir ! La majoration de durée d'assurance pour enfant ne peut pas se cumuler, pour un même enfant, avec celle attribuée au titre d'un congé parental ; la solution la plus avantageuse est retenue.

Par ailleurs, une personne qui a élevé un enfant qui bénéficiait de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et de son complément, aura également droit à une majoration de durée d'assurance, dans la limite de 8 trimestres. Enfin, dans le régime de base, les parents qui ont eu ou élevé au moins 3 enfants bénéficient d'une majoration du montant de leur retraite de 10 %.

Le coordonnateur régional des réseaux, le référent dans votre région

région	nom	tél.	email
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	Contacter l'UR	04.78.53.18.57	cftc-rhone-alpes@wanadoo.fr
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	Contacter l'UR	03.39.25.03.20	granderegion@cftcbourgognefranchecomte.org
BRETAGNE	Jean COLLET	06.11.34.37.03	urcftcbretagne@orange.fr jean.collet@yahoo.fr
CENTRE-VAL DE LOIRE	Jean-Louis ROSSIGNOL	06.73.68.16.04	jean-louis.rossignol@orange.fr
GRAND EST	Nadia WALTER	03.88.99.38.28 06.80.51.28.04	unionregionale@cftc-grandest.fr
HAUTS-DE-FRANCE	Jacqueline VANHILLE	03.20.57.50.44 06.84.38.04.58	formation@cftc-hdf.fr
NORMANDIE	Dominique RIVALLANT	06.73.83.55.23	lrivallant.dominique@orange.fr
NOUVELLE-AQUITAINE	Pascal CHAUVIN	05.49.88.28.18	pchauvin86@gmail.com
ÎLE-DE-FRANCE	Gerad LANGET	06.61.12.12.48	gerard.langet@yahoo.fr
OCCITANIE	Contacter l'UR	05.34.64.42.32	secretariat-ur@cftc-occitanie.fr
PAYS DE LA LOIRE	Jean-Luc GUILLOT Jean-Pierre KOECHLIN	07.71.60.92.13 06.70.95.36.24	Jean-luc.guillot2@wanadoo.fr koechlin@orange.fr
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR-CORSE	Nathalie BALDACCI	04.91.49.10.79	nathalie.baldacci@sfr.fr

Le chef de file, le référent dans votre branche

FAMILLE	
Christian CAILLIAU	chcailli@wanadoo.fr
ASSURANCE MALADIE	
Michel SEIGNOVERT	seignovert.michel@neuf.fr
AT/MP	
Manuel LECOMTE	manuel.lecomte.csfv@wanadoo.fr
VIEILLESSE OU RETRAITE	
Jérémy DERNONCOURT	jeremydernoncourt@gmail.com
RECOUVREMENT	
Raffaël MARGHERITA	margherita.michel@wanadoo.fr

Les équipes d'appui au siège confédéral

SERVICE POLITIQUE SOCIALE		
Conseiller technique Famille		
Marie ABDALI	01.73.30.43.71	mabdali@cftc.fr
Conseiller technique Assurance maladie & Vieillesse-dépendance		
Lorenzo LANTERI	01.73.30.43.63	llanteri@cftc.fr
Conseiller technique Recouvrement		
Nassim CHIBANI	01.73.30.49.23	nchibani@cftc.fr

Rédaction
Marie ABDALI
Elise GUILLAUME
Sébastien GAROUTTE
Lorenzo LANTERI

Secrétariat de rédaction
Elise PAUVRET

Création graphique :
Céline Dulauroy - Angel'Art

Imprimerie La Centrale Lens
Label Imprim'vert