THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par l'Université Toulouse 1 Capitole
Discipline ou spécialité :
DROIT PRIVÉ

Présentée et soutenue par Michel LAGES
le 3 octobre 2012

L'ÉVOLUTION DE LA GOUVERNANCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

JURY

Monsieur Albert ARSÉGUEL
Professeur à l'Université Toulouse 1 Capitole (Directeur de recherches)
Madame Thérèse AUBERT
Professeur à l'Université Toulouse 1 Capitole
Monsieur Vincent BONNIN
Maître de conférences à l'Université de Poitiers (Rapporteur)
Monsieur Philippe COURSIER
Maître de conférences à l'Université Montpellier 1 (Rapporteur)
Madame Rolande RUELLAN
Présidente honoraire de la sixième chambre à la Cour des Comptes

---

École doctorale : Sciences Juridiques et Politiques
Unité de recherche : Centre de Droit des Affaires (EA 780)
Directeur de Thèse : Monsieur Albert ARSÉGUEL

« L'Université n'entend ni approuver ni désapprouver
les opinions particulières du candidat »

REMERCIEMENTS

Qu'il me soit permis de remercier tout d'abord, Monsieur le Professeur Albert ARSÉGUEL qui m'a dirigé vers et dans ce travail de recherche au terme d'une carrière à la Sécurité sociale.

Nos chemins se sont souvent croisés et il m'a permis de revenir à mon Alma Mater.

Je remercie Madame le Professeur Thérèse AUBERT avec qui j'ai redécouvert les subtilités théoriques du droit du travail. Elle a bien voulu participer au jury.

Mes remerciements vont également aux rapporteurs, Messieurs Vincent BONNIN, de l'Université de Poitiers et Philippe COURSIER, de l'Université Montpellier 1.

Spécialistes et auteurs de nombreuses études en droit de la Protection sociale, ils ont accepté de juger cette recherche.

Madame Rolande RUELLAN, Présidente du Comité d'histoire de la Sécurité sociale a accepté de faire partie du jury. J'ai pu apprécier son attachement exigeant à la Sécurité sociale lorsqu'elle dirigeait une Caisse nationale.

À la mémoire de

Michel LAGRAVE

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AAI : Autorité administrative indépendante
ACAM : Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles
ACIP : Accord cadre interprofessionnel
ACOSS : Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACP : Autorité de contrôle prudentiel
ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
AEIP : Association européenne des institutions paritaires
AG : Assemblée générale
AGFF : Association pour la gestion du fonds de financement de l'AGIRC et de l'ARRCO
AGIRC : Association générale des institutions de retraite des cadres
al. : alias, alinéa
AMC : Assurance maladie complémentaire
AMEXA : Assurance maladie des exploitants agricoles
AMO : Assurance maladie obligatoire
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANI : Accord national interprofessionnel
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
ARH : Agence régionale d'hospitalisation
ARRCO : Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
ARS : Agence régionale de santé
art. : article
AS : Association sommitale
ASF : Association pour la structure financière
ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées
ATEXA : Assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des exploitants agricoles
BAPSA : Budget annexe des prestations sociales agricoles
C3S : Contribution sociale de solidarité des sociétés
CA : Conseil d'administration
CADES : Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF : Caisse d'allocations familiales
CAMIEG : Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazière
CANAM : Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés
CANCAVA : Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse artisanale
CAPEB : Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment
CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCN : Convention collective nationale
CDC : Caisse des dépôts et consignations
CDCA : Confédération de défense des commerçants et artisans
CESE : Conseil économique, social et environnemental

CFDT : Confédération française démocratique du travail
CFE-CGC : Confédération française de l'encadrement CGC
CFTC : Confédération française des travailleurs chrétiens
CGAD : Confédération générale de l'alimentation de détail
CGC : Confédération générale des cadres
CGPME : Confédération générale des petites et moyennes entreprises
CGT : Confédération générale du travail
CGT-FO : Confédération générale du travail-Force ouvrière
CHT : Communautés hospitalières de territoire
CICAS : Centres d'information de conseil et d'accueil des salariés
CID-UNATI : Confédération intersyndicale de défense et d'union nationale des travailleurs indépendants
CISS : Collectif inter associatif sur la santé
CJCE : Cour de justice des Communautés européennes
CJUE : Cour de justice de l'Union européenne
CMPP : Conseil de modernisation des politiques publiques
CMR : Caisse maladie régionale
CMU : Couverture maladie universelle
CMUc : Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF : Caisse nationale des allocations familiales
CNAM ou **CNAMTS :** Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAMS : Confédération nationale de l'artisanat, des métiers et des services
CNAV ou **CNAVTS :** Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNAVPL : Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNBF : Caisse nationale du barreau français
CNG : Centre national de gestion
CNIEG : Caisse nationale des industries électriques et gazières
CNJA : Centre national des jeunes agriculteurs
CNPF : Conseil national du patronat français
CNR : Conseil national de la Résistance
CNRACL : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNSS : Caisse nationale de sécurité sociale
CODAF : Comité opérationnel départemental anti-fraude
COG : Convention d'objectifs et de gestion
Comex : Comité exécutif (de l'UCANSS)
COPILOR : Comité de pilotage des régimes de retraite
COR : Conseil d'orientation des retraites
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPG : Contrat pluriannuel de gestion
CPOG : Contrat personnalisé d'objectifs et de gestion
CPSS : Caisse primaire de sécurité sociale
CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
CRDS : Contribution pour le remboursement de la dette sociale
CRFP : Centre régional de formation professionnelle
CSA : Contribution solidarité autonomie
CSG : Contribution sociale généralisée
CSMF : Confédération des syndicats médicaux français
CSS : Code de la sécurité sociale
CTIP : Centre technique des institutions de prévoyance

D. : décret
DG : Directeur général
dir. : sous la direction de
DNLF : Délégation nationale à la lutte contre la fraude
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DSS : Direction de la Sécurité sociale
ENASP : European Network of Agricultural Social Protection systems
FCAATA : Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
FFIPSA : Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricole
FFSA : Fédération française des sociétés d'assurances
FIVA : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FMF : Fédération des médecins de France
FNMF : Fédération nationale de la mutualité française
FNOSS : Fédération nationale des organismes de sécurité sociale
FNSEA : Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles
FO : Force-Ouvrière (CGT-FO)
FRR : Fonds de réserve pour les retraites
FSCA : Fonds de solidarité des crises agricoles
FSV : Fonds de solidarité vieillesse
GDR : Gestion du risque (ou des risques)
GEMA : Groupement des entreprises mutuelles d'assurances
GPS : Groupe paritaire de protection sociale
GRH : Gestion des ressources humaines
HAS : Haute Autorité de santé
HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCF : Haut conseil de la famille
HCFPS : Haut conseil du financement de la protection sociale
***ibidem (ibid.)* :** au même endroit
***idem (id.)* :** le même
IDS : Institut des données de santé
IFRS : International financial reporting standards
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IGF : Inspection générale des finances
IGIC : Inspection générale de l'industrie et du commerce
***in* :** dans
INC : Instance nationale de concertation
***infra* :** plus bas
INP : Instance nationale provisoire
IP : Institution de prévoyance
IRC : Institution de retraite complémentaire
ISU : Interlocuteur social unique
ITAF : Impôts et taxes affectés
JA : Jeunes agriculteurs
JO : Journal officiel (lois et décrets)
L. 4 : Institutions dites « *L.4* » (ancien article L. 4 du code de la sécurité sociale)
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
LOA : Loi d'orientation agricole
Loi DMOS : Loi portant diverses mesures d'ordre social
LOLFSS : Loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale
LPFP : Loi de programmation des finances publiques

MAECOPSA : Mission nationale d'audit, d'évaluation et de contrôle des organismes de protection sociale agricole
MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
MEDEF : Mouvement des entreprises de France
MNC : Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale
MSA : Mutualité Sociale Agricole
NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence
OC : Organisme conventionné
OCAM : Organisme complémentaire d'assurance maladie
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
OIT : Organisation internationale du travail
ONDAM : Objectif national des dépenses de l'assurance maladie
***op. cit.* :** *operere citato* (dans l'ouvrage cité)
OPEPS : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé
Ord. : Ordonnance
ORGANIC : (caisse de compensation de l') Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce
p. : page
P4P : Payment for performance (paiement à la performance)
PAS : Plan d'action stratégique
PLF : Projet de loi de finances
PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PQE : Programme de qualité et d'efficience
QPC : Question prioritaire de constitutionalité
rap. : Rapport
RC : Retraite complémentaire
RCO : Retraite complémentaire obligatoire
RGPP : Révision générale des politiques publiques
RNCPS : Répertoire national commun de la protection sociale
ROP : Retraites ouvrières et paysannes
RSI : Régime social des indépendants
SA : Société anonyme
SAM : Société d'assurances mutuelles
SICC : Service inter-caisses du contentieux
SMA : Société mutuelle d'assurances
SML : Syndicat des médecins libéraux
SSAM : Service de soins et d'accompagnement mutualistes
***supra* :** plus haut
T. : tome n°…
TVA : Taxe sur la valeur ajoutée
UCANSS : Union des caisses nationales de sécurité sociale
UCCMA : Union des caisses centrales de la mutualité agricole
UDCA : Union de défense des commerçants et artisans
UE : Union Européenne
UGECAM : Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie
UIMM : Union des industries métallurgiques et minières (devenue Union des industries et métiers de la métallurgie)
UNAF : Union nationale des associations familiales
UNCAF : Union nationale des caisses d'allocations familiales
UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

UNIRS : Union nationale des institutions de retraite des salariés
UNOCAM : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
UNPS : Union nationale des professionnels de santé
UPA : Union professionnelle artisanale
URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie
URPS : Union régionale des professionnels de santé
URSSAF : Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
USMF : Union des syndicats médicaux de France
Vol. : volume n°…

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE …. 9

PREMIÈRE PARTIE **LE RÉGIME GÉNÉRAL, VERS LA PRÉÉMINENCE DE L'ÉTAT** 33

TITRE PREMIER LE RÔLE CROISSANT DE L'ÉTAT 37

Chapitre 1 L'évolution des interventions de l'État 39

Chapitre 2 De nouveaux outils pour l'État 77

TITRE DEUXIÈME LE RÉGIME GÉNÉRAL, OPÉRATEUR DE l'ÉTAT ? 117

Chapitre 1 Problématiques communes et spécificités 119

Chapitre 2 L'Assurance maladie aux réformes préfiguratrices 173

DEUXIÈME PARTIE **HORS DU RÉGIME GÉNÉRAL, LE RÔLE DES PROFESSIONNELS ET DES PARTENAIRES SOCIAUX** 209

TITRE PREMIER DES RÉGIMES LÉGAUX PLUS AUTONOMES 213

Chapitre 1 La Mutualité sociale agricole 215

Chapitre 2 Le Régime social des indépendants 254

TITRE DEUXIÈME LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE 287

Chapitre 1 Les retraites complémentaires 291

Chapitre 2 La prévoyance complémentaire 325

CONCLUSION GÉNÉRALE 363

ANNEXES 371

BIBLIOGRAPHIE 397

INDEX THÉMATIQUE 421

TABLE DES MATIÈRES 441

INTRODUCTION

GÉNÉRALE

La Sécurité sociale fait partie de notre quotidien comme si elle avait toujours existé et était un bien partagé par tous et partout. C'est la réussite du système que d'avoir supprimé « *l'incertitude du lendemain* », atteint l'un des objectifs de l'Ordonnance du 4 octobre 1945[1], texte fondateur du système éclairant des ambitions sociales de l'époque toujours réaffirmées[2].

Mais ses modalités de fonctionnement sont mal connues et depuis l'origine, les **modes de gestion** des organismes ont fait davantage débat[3] que le contenu et le coût des prestations.

L'objectif premier de la Sécurité sociale est la couverture des risques sociaux mais depuis plus de 40 ans, le déséquilibre des comptes va amener les réformes en matière de gestion et de partage des pouvoirs ; pour éviter des transferts financiers entre les risques, des caisses nationales créées en 1967 en seront, en principe, responsables. Depuis, est apparu le concept de **gouvernance.** En Sécurité sociale la loi du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie* a pour objectif selon le Premier ministre la mise en place d'une « *nouvelle gouvernance* »[4] et l'une des dernières votées par l'Assemblée nationale en mars 2012 à la fin de sa treizième législature est « *relative à la gouvernance de la sécurité sociale et à la mutualité* »[5].

L'examen de l'évolution de la gouvernance de la Sécurité sociale, thème de notre étude, nécessite en premier lieu de délimiter son champ par rapport à celui plus vaste de la Protection sociale. Nous préciserons ensuite le concept de gouvernance qui recouvre de nombreuses facettes et est le plus souvent utilisé sans que son contenu ne soit précisé.

---

[1] « *La sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère* ». Exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945.

[2] Pour le 1er article du code de la sécurité sociale (CSS), résultant de la loi du 2 janvier 1978 de généralisation de la sécurité sociale « *l'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de la solidarité nationale* » ; fondement réaffirmé par l'article 1er de la loi du 13 août 2004 (« *La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie* ») et de la loi sur les retraites de 2010 « *La Nation réaffirme solennellement le choix de la retraite par répartition au cœur du pacte social qui unit les générations* ».

[3] Préface de Pierre Laroque dans H. GALANT, 1955, thèse citée (dans la bibliographie), p. 14.

[4] Déclaration de politique générale de M. Raffarin devant l'Assemblée nationale, le 3 juillet 2002.

[5] Loi n° 2012-355 du 14 mars 2012, JO du 15 mars 2012, p. 4707.

1. La Sécurité sociale : évolutions et concepts de gestion

Pour la convention 102 adoptée par l'Organisation internationale du travail (OIT)[1] en 1952, la Sécurité couvre les prestations maladie et accidents du travail, vieillesse, familiales et de chômage, cette dernière couverture n'étant pas intégrée par le régime général en 1945.

L'histoire de la Sécurité sociale éclaire les évolutions de ses concepts de gestion.

Au début du XXe siècle la population est mal protégée par une prévoyance individuelle accessible aux classes favorisées et l'assistance sociale pour les pauvres[2]. La loi du 9 avril 1910 organise les Retraites ouvrières et paysannes (ROP) au profit des salariés de l'industrie, du commerce et agricoles, sur un principe d'obligation assurantielle.

La première Guerre mondiale impacte la répartition des revenus et la structure sociale, mettant à mal la prévoyance volontaire. Suite au retour de l'Alsace-Lorraine au sein du territoire national, y sont maintenus les avantages sociaux issus des lois bismarckiennes[3] et un premier projet de loi sur les assurances sociales est déposé à la Chambre des députés le 22 mars 1921 à l'initiative d'hommes politiques et de hauts fonctionnaires du « courant organisateur », mais, face aux oppositions corporatistes il n'aboutit pas[4]. Les **Assurances sociales** « *n'ont jamais polarisé sur elles les clivages politiques de leur temps* »[5], mais la loi du 5 avril 1928 qui les crée se heurte aux oppositions, d'une part, de la Mutualité, du patronat, du monde agricole, hostiles à une gestion étatique, d'autre part, des médecins redoutant une médecine de caisses « à l'allemande » qui adoptent le 30 novembre 1927 la « Charte de la médecine libérale ». La deuxième loi du 30 avril 1930 en tient compte, fait une place aux premiers dans la gestion, consacre les principes de la médecine libérale, toujours actuels, pour les seconds.

---

[1] Les sigles et leur signification figurent p. 1 à 5 ainsi que dans l'index thématique p. 419 et s.

[2] À l'origine, l'État s'est préoccupé de s'attacher les services de ses agents par l'octroi de retraites (militaires en 1831 et fonctionnaires en 1853) et le souci de protection de professions exposées aboutit à la création de régimes professionnels spéciaux (par ex. pour les mineurs, loi 29/06/1894, les cheminots, loi 21/07/1909). En 1898, la loi sur les accidents du travail substitue une réparation forfaitaire par l'employeur à sa responsabilité éventuelle.

[3] Les Assurances Sociales (ou système allemand) suite au message du Chancelier Bismarck au Reichstag le 17 novembre 1881 sont créées sur une base professionnelle par des lois des 15 juin 1883 (assurance maladie), 6 juillet 1884 (accidents du travail), 22 juin 1889 (invalidité-vieillesse) et gérées par les partenaires sociaux.

[4] « *Le premier acte de rationalisation, qui visait à fonder un régime général de protection sociale en faveur des salariés et de leurs familles, s'achevait sur l'ouverture d'une opposition frontale et corporative à l'État.* ». M. DREYFUS *et al.,* 2006, ouvrage cité, p. 62.

[5] *Id.*, p. 64. « *L'État est devenu la cible privilégiée d'oppositions qui évitent soigneusement de condamner la réforme à venir ou, encore, de porter le débat sur le terrain des principes : les critiques se concentrent sur l'organisation et le fonctionnement du futur système.* […] *Plus ces groupes – médecins, pharmaciens, milieux patronaux, organisations agricoles, mutualité – apparaîtront nécessaire au fonctionnement de celle-ci* [la protection sociale]*, et plus leurs revendications auront des chances d'aboutir. Leur influence sur la décision politique est en réalité supérieure à celle des partis politiques qui, se sachant écartés de la gestion du système de protection sociale à venir, s'en tiennent à un discours de pure façade.* »

La couverture des risques est déjà étendue (maladie par des prestations en nature et « en argent », vieillesse par des comptes individuels en capitalisation), obligatoire pour les salariés des secteurs privés et agricoles, financée par des cotisations patronales et ouvrières versées par les employeurs. Les multiples caisses d'assurances sociales d'inspiration mutualiste vont gérer un système basé sur les principes de l'obligation, de l'unité d'assurance et de la double contribution. Les allocations familiales, versées par des caisses de compensation patronales, seront généralisées par la loi du 11 mars 1932 : l'essentiel des prestations de la future Sécurité sociale est donc en place dès cette date. Le système étant peu encadré par le Gouvernement, sa réforme globale était envisagée, avant la seconde Guerre, par les fonctionnaires en charge des Assurances sociales et ensuite par le gouvernement de Vichy[1].

La Réforme de 1945 : unité et démocratie sociale, des concepts ensuite remis en cause

Le programme du Conseil national de la Résistance du 15 mars 1944, important sur le plan des principes est peu explicite quant à l'organisation de la future Sécurité Sociale. Il prévoit, « dès la libération du territoire », « *un plan complet de sécurité sociale* […] *avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État* » : dès l'origine, une gestion partagée est donc est donc prônée. À la Libération une convergence de facteurs va favoriser la réforme : le tripartisme politique (PCF, SFIO, MRP)[2], un mouvement syndical puissant dominé par la Confédération générale du travail (CGT), alors que l'influence du rapport Beveridge de 1942 n'y paraît pas déterminante[3].

L'**ordonnance** n° 45-2250 **du 4 octobre 1945** *portant organisation de la sécurité sociale* prévoit une couverture des risques unique assurant, à terme, l'ensemble de la population gérée par une représentation majoritaire des assurés. Le régime général intègre aux assurances sociales (dont les principes sont maintenus), les allocations familiales et les accidents du travail. Passée inaperçue dans la presse, la réforme, aura ensuite un retentissement amnésiant

[1] Par René Belin, ministre d'État au Travail. Son projet de sept. 1940 prévoit de couvrir tous les salariés et d'unifier la gestion (caisse unique départementale, caisse nationale, fédération nationale). Suite aux oppositions notamment de la FNMF, il présente un nouveau texte, sans succès, début 1942. Il affirmera en 1946 que son projet « *vient d'être repris par le Gouvernement provisoire* ». Mais il ne prévoyait pas la gestion par les syndicats. *Ibid.*, pp. 238 à 245, citation p. 245. Les auteurs notent p. 244 : « *l'ampleur du projet et la rapidité avec laquelle il est conçu laissent à penser qu'il était sans doute en gestation depuis plusieurs années dans des milieux unis par une même volonté réformatrice malgré leurs positions politiques divergentes* ».

[2] Parti Communiste Français, Section Française de l'Internationale Ouvrière, Mouvement Républicain Populaire.

[3] Ce rapport publié le 2 décembre 1942 prône un système basé sur les « 3 U » : universalité (pour toute la population), unité (du système), uniformité (prestations forfaitaires). Pour Michel Lagrave, le Plan Laroque n'est pas « *l'application du rapport Beveridge. En 1942,* « on ne parlait que de lui à Londres » *a dit Pierre Laroque.* « Mais il a peu servi », *ajoute-t-il parce qu'il s'agissait d'un plan d'assurance contre le chômage, avec des prestations minimales, confiées à l'État au nom de la solidarité nationale. »* M. LAGRAVE, 2005, article cité, p. 13.

celle des Assurances sociales[1]. **Pierre Laroque**, concepteur de la réforme, veut une « *transformation sociale* » et appliquer le concept de démocratie au-delà du seul exercice du pouvoir politique : la Sécurité sociale sera imprégnée de cette nouvelle démocratie sociale (terminologie non utilisée à l'époque) pour le choix des administrateurs et l'organisation des caisses.

La gestion des caisses mutualiste, « fédérative » et démocratique, répondait aussi à la crainte de l'immixtion de l'État et d'une lourde administration bureaucratique[2]. Mais notons son caractère décisionnel limité à la gestion administrative et à l'action sociale des caisses primaires de Sécurité sociale (CPSS), leurs prestations et ressources étant définies par l'État, même si elles devaient équilibrer les risques, sinon obtenir des avances. Paradoxalement va se poser, dès l'origine la question de la désignation ou de l'élection de leurs administrateurs[3].

Pour le concept de **caisse** et de **régime uniques**, dès l'origine, le ver est dans le fruit. La réforme de 1945 prévoit que « *restent soumises au régime de leur statut actuel les professions agricoles et forestières* » et que sont maintenus provisoirement les régimes spéciaux[4]. Rapidement, c'est l'échec de l'unité : vont perdurer les Caisses d'Allocations familiales (CAF) et les régimes spéciaux alors que les non-salariés refusent leur intégration au Régime général. À partir de 1949 des régimes spécifiques gérés par les indépendants voient le jour pour les retraites et par la suite l'assurance maladie.

Le concept de **démocratie sociale** va ensuite être remis en cause.

Le plafond des cotisations en 1945 limite les retraites à 40 % de son montant à l'époque nécessitant la mise en place de régimes complémentaires. Une convention collective nationale signée le 14 mars 1947 entre le Conseil National du Patronat Français (CNPF) et les syndicats de cadres et d'ingénieurs (notamment la nouvelle CGC, Confédération générale des cadres) crée l'AGIRC[5] et « *le paritarisme y est présenté comme un principe fondamental de son*

---

[1] « *Or ce caractère systémique fut totalement éclipsé par la Sécurité sociale de 1945* […]. *Une telle amnésie s'expliquerait notamment par l'éviction, en 1945, d'une Mutualité qui était l'acteur prépondérant des Assurances sociales, et par l'affirmation concomitante de nouvelles relations sociales réservant une très large place aux organisations professionnelles, devenues les « partenaires sociaux » légitimes (et universellement reconnus dans les pays industrialisés) des pouvoirs publics. La Sécurité sociale, en tant qu'institution et protection sociale, allait ainsi devenir leur création « revendiquée »* ». M. DREYFUS *et al.*, ouvrage cité, 2006, p. 82.

[2] Préface de Pierre Laroque dans H. GALANT, 1955, thèse citée, p. 17.

[3] Se posera ensuite la question d'élections sur des listes libres ou présentées par les syndicats représentatifs.

[4] « *sont provisoirement soumises à une organisation spéciale de sécurité sociale les branches d'activité ou entreprises* […] *jouissant déjà d'un service spécial* ». Art. 17 de l'ordonnance du 4 oct. 1945, JORF 6 oct. 1945, p. 6281.

[5] Association pour la Gestion des Institutions de Retraites des Cadres. La CGC deviendra la CFE-CGC (Confédération française de l'encadrement CGC) en 1981.

organisation »[1]. Ce modèle de gestion s'étend par l'accord du 8 décembre 1961 instituant l'ARRCO[2] pour les salariés non cadres. Ainsi, le **paritarisme** remet en cause, à l'intérieur même du système de Sécurité sociale, la « gestion ouvrière » et devient pour le patronat le modèle alternatif : on a pu parler de « *paritarisme contre la Sécurité sociale* »[3].

Au fil du temps les critiques à l'encontre de la gestion des conseils sont nombreuses, notamment leur intervention dans la gestion du personnel des caisses. Les propositions de réforme se heurteront au Parlement jusqu'en 1958. La Ve République y remédie, fait évoluer le système vers une conception plus « technocratique » en confiant dès 1960, par le décret du 12 mai, la gestion du personnel et l'organisation des services aux directeurs.

Les nouveaux paradigmes de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 et du Plan « Juppé »

Contrairement aux prévisions de 1945 les difficultés financières surgissent rapidement pour les dépenses de santé. Leur déficit, amène à une nouvelle gouvernance : l'ordonnance du 21 août 1967 sépare, pour éviter des transferts financiers, les risques qui seront gérés par des établissements publics administratifs, les **Caisses nationales**[4]. À défaut d'être unique, le régime « général », divisé en « branches », sera seulement le plus important des régimes. Est aussi sous-tendue la remise en cause d'une « gestion ouvrière » échappant au patronat : les conseils d'administration deviennent paritaires et les administrateurs désignés au sein des syndicats représentatifs. Ce paritarisme aboutit à la constitution de **majorités de gestion** autour du patronat avec une organisation syndicale salariée, phénomène constant depuis 1967.

Suite à l'élection du Président Mitterrand en 1981, le retour à la « démocratie sociale » sera apparent, la loi du 17 décembre 1982 revenant à des administrateurs représentants des salariés élus sur des listes présentées par les cinq syndicats représentatifs et à nouveau majoritaires.

L'organisation en branches n'empêchera pas de nombreux plans de redressement de 1975 à 1995. Pour mettre fin au déficit, 110 milliards de francs (MdF) fin 1993, le « **Plan Juppé** » annoncé par le Premier ministre le 15 novembre 1995 prévoyait notamment[5] de restaurer durablement l'équilibre de l'assurance maladie, de réformer une gouvernance dont les intervenants étaient présentés comme peu légitimes. L'ordonnance du 24 avril 1996 amène le

---

[1] G. POLLET, D. RENARD, 1997, article cité, p. 76.
[2] Association des Régimes de Retraite Complémentaire, étendue à tous les salariés par la loi en 1972.
[3] G. POLLET, D. RENARD, 1997. Même si dans les CAF, les conseils d'administration étaient déjà paritaires.
[4] Trois chargées de l'assurance maladie et des accidents du travail, de l'assurance vieillesse et des allocations familiales et l'ACOSS (Agence centrale des organismes de sécurité sociale) pour l'encaissement des cotisations.
[5] Il prévoit également de fiscaliser les allocations familiales et de réformer les régimes publics de retraites (suite à la réforme « Balladur » de 1993), mesures abandonnées suite aux oppositions CGT et FO. Le Plan veut contribuer à l'équilibre des comptes publics des critères de convergence d'entrée dans l'euro. La réforme trouve des appuis, la CFDT et la Mutualité ayant constitué un comité de vigilance chargé de suivre son application.

retour au paritarisme et à la désignation des administrateurs et surtout la contractualisation État - Caisses nationales, l'affirmation d'une nouvelle légitimité, la **démocratie politique** du Parlement qui votera les lois de financement de la sécurité sociale. En novembre 1999, le MEDEF (Mouvement des entreprises de France), contestant l'immixtion croissante de l'État dans les relations paritaires, menaçait de quitter les organismes paritaires s'ils n'étaient pas réformés, ce qu'il fera dans la seule Sécurité sociale[1]. La loi du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie* va permettre son retour, remplaçant dans cette branche les Conseils d'administration par des « Conseils » au rôle d'orientation[2].

Depuis 1945, sont notables une uniformisation des prestations maladie et des pensions pour les régimes « alignés » sur le régime général (artisans, commerçants), l'universalité de la couverture pour les allocations familiales et l'assurance maladie (par la couverture maladie universelle, CMU) atténuant l'origine assurantielle du système[3]. Devant les insuffisances de couverture vont se développer des régimes complémentaires santé donnant un rôle croissant aux **mutuelles**, institutions de prévoyance (créées par les partenaires sociaux) et assurances privées. Les règles communautaires amenant un renforcement des règles prudentielles ont accéléré leur évolution et ces opérateurs ont des relations importantes avec l'assurance maladie obligatoire. L'examen de leur gouvernance se justifie d'autant plus que le mutualisme a eu une influence dans la gestion des caisses et que le régime agricole s'y réfère[4].

2. Autres couvertures des risques sociaux et paritarismes

La Sécurité sociale restant cantonnée dans son domaine de 1945, vont se développer des formes de protection traditionnelles ou pour de nouveaux risques.

L'Assistance sociale, devenue **l'Aide sociale** en 1953, héritière de lois catégorielles nombreuses depuis 1893, devait disparaître avec l'extension de la Sécurité sociale. Mais elles sont plutôt devenues complémentaires[5] et déjà en 1949, « *l'on n'a pu manquer d'être frappé du fait qu'en dépit du développement de l'organisation de la sécurité sociale, les dépenses de*

---

[1] MEDEF et CGPME, ne désignant pas leurs représentants lors du renouvellement des CA en oct. 2001 au motif du « détournement » par le gouvernement de fonds de la sécurité sociale pour financer le passage aux 35 heures.

[2] Et la loi du 21 juillet 2009 *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* crée des Agences régionales de santé responsables de la gestion du risque de l'ensemble des secteurs de soins.

[3] De même par l'instauration de la contribution sociale généralisée (CSG) substituée à des cotisations.

[4] Comme le régime général jusqu'en 2005 : l'art. L. 216-1 CSS prévoyait que les Caisses « *sont constituées et fonctionnent conformément aux* ***prescriptions du code de la mutualité, sous réserve des dispositions*** *du présent code et des textes pris pour son application* ». La référence au code de la mutualité ***(en gras)*** n'a été supprimée qu'en 2005 par l'art. 6-1 de l'ord. n° 2005-804 du 18 juillet 2005 pour le régime général et des indépendants.

[5] Henri HATZFELD observe que l'Aide sociale va retenir « *l'insuffisance de ressources* » et plus seulement « *l'indigence* » alors que la Sécurité sociale a développé en allocations familiales des prestations soumises aussi à des conditions de ressources : la frontière, entre leurs prestations, « *fort claire lorsqu'on considère les principes, cesse de l'être quand on considère les faits* ». H. HATZFELD, 1989, ouvrage cité, p. XV.

l'assistance, loin de diminuer, n'ont cessé d'augmenter au cours de ces dernières années »[1]. Depuis la décentralisation, le Département a une compétence générale de définition de la politique d'action sociale et de coordination des acteurs, Sécurité sociale comprise[2].

Les « **nouveaux risques sociaux** » vont amener l'interventionnisme de l'État[3]. À la suite des crises sanitaires depuis le milieu des années 1980[4], ces « nouveaux » risques feront l'objet de législations spéciales par une réparation intégrale et des fonds d'indemnisation des victimes gérés le plus souvent par l'État[5]. Les limites de cette « *socialisation du risque* » sont financières[6], matérielles (multiplicité des procédures d'indemnisation) et l'éloignement du concept initial d'unité de la Sécurité sociale. Les crises ont aussi incité les gouvernants à prendre des mesures de sécurité sanitaire et à investir le domaine de la santé publique (et à s'intéresser davantage à celui voisin de l'assurance maladie)[7] parfois au détriment des finances publiques et d'une Sécurité sociale réduite au rôle de payeur et « d'opérateur ».

D'autres risques sociaux sont couverts par les partenaires sociaux.

En période de reconstruction d'après-guerre, le chômage quasiment inexistant, n'a pas été couvert par la Sécurité sociale. Son intégration au régime général est écartée par les partenaires sociaux : l'accord national interprofessionnel du 31 décembre 1958[8] crée **l'Assurance chômage** gérée par des organismes paritaires (Unédic et ASSEDIC)[9] dans lesquels les partenaires sociaux fixent les cotisations et les prestations avec une gouvernance similaire à celle des retraites complémentaires, alors que l'État verse des prestations d'assistance[10].

---

[1] Rapport au Président du Conseil des ministres, 1949, document cité, p. 3186.

[2] Art. 49 de1a loi n° 2004-809 du 13 août 2004 : « *Le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent* ».

[3] « *Notre société refuse la fatalité. Elle se caractérise par une exigence croissante de sécurité. Cette exigence engendre la conviction que tout risque doit être couvert, que la réparation de tout dommage doit être rapide et intégrale et que la société doit, à cet effet, pourvoir, non seulement à une indemnisation des dommages qu'elle a elle-même provoqués, mais encore de ceux qu'elle n'a pas été en mesure d'empêcher, ou dont elle n'a pas su prévoir l'occurrence* ». Conseil d'État, *Rapport public 2005*, rapport cité, p. 205.

[4] Affaires du « sang contaminé » (entraînant les poursuites des ex Premier ministre, ministre des Affaires sociales et secrétaire d'État à la santé), de l'amiante (interdite en juillet 1996), du « Médiator » en 2011.

[5] À côté d'anciens fonds (accidents de circulation et de chasse, 1951), calamités agricoles (1964), à noter depuis 1990 ceux d'indemnisation de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions FGTI (1990), des victimes contaminées (1991), de prévention des risques naturels majeurs (1995), des victimes de l'amiante (2000), l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (2002). Conseil d'État, 2005, rap. cité, p. 347s.

[6] « *L'État ne peut jouer le rôle d'assureur multirisque de la population* ». *Id*., p. 205.

[7] La canicule de 2003 entraînera la mise en place du plan de prévention et la création de la journée de solidarité pour financer l'APA. La vaccination contre la grippe H1N1 aura des résultats contestés (organisation centralisée)

[8] Suite aux initiatives de la CGT-FO et du CNPF et signé sous une ultime pression des pouvoirs publics.

[9] L'UNEDIC sigle à l'origine de l'Union Nationale pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce (aujourd'hui Unédic) encadrait les ASSEDIC, Associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce.

[10] « *Quand on compare aux idées de 1945, le progrès n'est pas évident* » H. HATZFELD, 1989, ouvrage cité, p. XVI.

Suite à la hausse du chômage à partir des années 1970, la politique de l'emploi va se traduire par l'activation des dépenses et l'exonération de cotisations sociales sur les bas salaires (prises en charge par l'État et contribuant à budgétiser la Sécurité sociale et à délégitimer les partenaires sociaux dans sa gestion). La coexistence de deux régimes d'indemnisation entraînait l'intervention des ASSEDIC et des Agences nationales pour l'emploi (ANPE) créées en 1967.

Après d'anciennes tentatives de rapprochements[1], suite à l'annonce en octobre 2007 par le Président Sarkozy de la fusion de l'ANPE et des ASSEDIC, la loi du 1er août 2008 *relative aux droits et aux devoirs des demandeurs d'emploi*, recueille un consensus politique général et crée un opérateur unique, établissement public administratif, reprenant leurs missions au 19 décembre 2008 : **Pôle emploi**, à la tête de 26 directions régionales.

Cette fusion, justifiée dans son principe, sera réalisée en quelques mois, dans un contexte de hausse du chômage et a concerné des personnels de statuts[2], métiers et culture différents ayant deux systèmes d'information. Il en est résulté un coût financier (et humain) non négligeable, éléments que nous retrouverons dans la mise en place antérieure du Régime social des indépendants dont l'expérience difficile n'a pas été prise en compte.

Le rôle de l'État augmente et il est associé aux partenaires sociaux dans la gouvernance de Pôle emploi par une convention pluriannuelle (signée le 2 avril 2009 entre lui, l'Unédic et Pôle emploi), la composition du conseil d'administration de Pôle emploi[3] dont le financement du fonctionnement est surtout assumé par l'Unédic maintenue[4]. Les règles d'indemnisation résultant d'un accord entre les partenaires sociaux, l'Unédic gère la convention d'assurance chômage : définition de la réglementation par une commission paritaire, gestion financière des cotisations, contrôle des opérations de Pôle emploi, tâches inhabituelles pour une structure dirigée par les partenaires sociaux donnant des prescriptions à un établissement public[5].

---

[1] Ainsi la convention du 27 mars 1979 intègre dans un seul régime, géré par les ASSEDIC les aides publiques et l'assurance chômage. Mais suite à des difficultés, la convention du 24 février 1984 revient à la dualité d'intervenants. La loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 *de programmation pour la cohésion sociale* crée le Service public de l'emploi et prévoit une convention pluriannuelle tripartite entre l'État, l'ANPE et l'Unédic.

[2] Les deux-tiers des agents venaient de l'ANPE (30 000) avaient le statut de la fonction publique. Ils ont eu un droit d'option pour une nouvelle convention collective devenue applicable aux agents des ASSEDIC (15 000).

[3] Cinq représentants de l'État, cinq des syndicats de salariés (un par centrale représentative), cinq des employeurs (trois MEDEF, un CGPME, un UPA), un des collectivités territoriales, deux personnalités qualifiées désignées par le ministre de l'Emploi. Le CA élit son président et donne un avis sur le choix du directeur général par le Gouvernement. Il peut adopter, à la majorité des deux-tiers, une résolution demandant sa révocation.

[4] Association de loi 1901, l'Unédic a un CA paritaire de cinquante membres, un bureau de dix membres (plus un Contrôleur d'État), une présidence (président et vice-président) alternative (comme à l'AGIRC-ARRCO).

[5] Pour le président de l'Unédic : « *En cas de fusion entre l'Unedic et Pôle emploi, la norme n'aurait plus été fixée par les partenaires sociaux […] cela aurait alors remis en cause les règles de notre démocratie sociale* ». J.-P. ALDUY, 2011, rapport d'information n° 713 cité, p. 22.

Nous n'examinerons pas plus avant cette gouvernance. Si elle peut traduire les difficultés de relations entre partenaires sociaux et État[1], les relations entre l'assurance chômage et les régimes légaux de Sécurité sociale sont moins importantes que celles de ces derniers avec les régimes complémentaires qui seront examinés.

En **formation professionnelle**, depuis les années 1970, nombre de lois sont précédées d'accords nationaux interprofessionnels (ANI) signés à l'unanimité pour les plus récents[2] ; les partenaires sociaux gèrent les organismes collecteurs paritaires agréés (OPCA).

Mais les syndicats des salariés n'ont-ils pas été institutionnalisés par le paritarisme ?

Avant, d'être introduit au régime général en 1967, le paritarisme avait été mis en place par des accords conventionnels pour les régimes complémentaires retraite et l'assurance chômage. Il aurait contribué à un partage, un « **Yalta implicite** »[3] confiant le social aux partenaires sociaux et conservant l'économique aux entreprises. D'autre part, cette institutionnalisation des syndicats s'est accompagnée d'un rôle majeur du **niveau national** par rapport aux échelons de base (y compris dans les institutions paritaires)[4].

La stratégie du patronat serait depuis longtemps de jouer « *l'accord de niveau plus élevé comme barrage aux débordements de niveau inférieur* »[5] alors que les salariés passaient d'un syndicalisme de contestation à un syndicalisme de gestion plus éloigné du lieu du travail. Mais division et faiblesse syndicales impliquent, pour Michel Rocard, que « *pour gouverner sur ce terrain miné, le Premier ministre doit avant tout rechercher un partenaire privilégié,*

---

[1] « *En ce qui concerne la gouvernance de Pôle emploi, nous avons observé des tensions récurrentes entre l'État et les partenaires sociaux, qui se plaignent de ne pas être suffisamment associés à certaines décisions, notamment en matière budgétaire* » indique le rapporteur. *Idem.*, p. 190.

[2] L'ANI du 9 juillet 1970 précède la loi du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente. La loi du 4 mai 2004 *relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social* reprend le contenu de l'ANI du 20 septembre 2003, signé à l'unanimité. La loi du 24 novembre 2009 est précédée de l'ANI du 7 janvier 2009, signé à l'unanimité et en reprend des éléments mais donne une place accrue à l'État dans la gestion de la formation aux côtés des régions et des partenaires sociaux.

[3] Pour Denis Kessler, cité par L. DUCLOS, O. MÉRIAUX, 1997, article cité, p. 54 : « *tout s'est passé comme si une sorte de « Yalta » implicite avait* […] *décidé que le progrès* […] *social passait par une redistribution des ressources décidées entre les partenaires sociaux, par une gestion collective des risques de l'existence* […]. *Ce paritarisme redistributeur des revenus et gestionnaires des risques ne s'est vu, en revanche, accorder aucun pouvoir, ou presque, en matière économique, et notamment au sein des entreprises. En France, le pacte social* […] *a, en définitive, consacré la non-inclusion des syndicats* […] *dans le domaine économique et une formidable intégration de ceux-ci dans le domaine social* ».

[4] « *L'expérience de ces dernières années a amplement démontré que le répertoire de la réforme se limitait à une concentration des institutions à leur sommet* [exemples cités : réforme de l'assurance chômage en 1993, de la formation professionnelle en 1994]. *L'occultation des échanges politiques dont procède le paritarisme et l'impossibilité, pour les acteurs sociaux et l'État, de recouvrer la logique de leurs transactions sans se heurter au tabou du corporatisme finissent de priver le paritarisme de tout statut politique* ». *Idem.*, p. 58.

[5] SELLIER F., *La confrontation sociale en France 1936-1981*, PUF, 1984, source *Ibid.*, p. 54.

en évitant si possible de se fâcher avec les autres »[1] : en Sécurité sociale, ce sera d'abord FO en 1967[2] puis la CFDT (Confédération française démocratique du travail) après 1995.

Aujourd'hui n'assiste-t-on pas à une modernisation des concepts ?

L'emblématique article L1 du code du travail issu de la loi du 31 janvier 2007 *de* ***modernisation du dialogue social*** prévoit la concertation préalable des partenaires sociaux (souvent qualifié de « *démocratie sociale* ») pour « *les relations individuelles et collectives du travail, l'emploi et la formation professionnelle* » mais non la Sécurité sociale.

Faisant suite à la « position commune » d'une partie des syndicats salariés et patronaux, la loi du 20 août 2008 tend à instaurer une nouvelle représentativité syndicale ascendante à partir de l'entreprise basée sur l'atteinte d'un seuil d'audience et à mettre fin, progressivement, à la présomption irréfragable de représentativité du « *club des cinq* »[3]. Elle devrait impacter la représentation des salariés dans les conseils d'administration (CA) des organismes du régime général et des autres structures paritaires.

L'accord national interprofessionnel du 17 février 2012 *sur la* ***modernisation du paritarisme*** *et de son fonctionnement* veut moderniser le paritarisme de gestion. Émanant d'une proposition de texte du MEDEF d'octobre 2011 très peu amendée, il distingue deux formes de paritarisme (suivant qu'il est issu des accords ou d'une délégation de l'État) et trois modes d'intervention des partenaires sociaux (gestion par eux seuls, déléguée par l'État, tripartite avec lui)[4]. Cet accord est normatif uniquement pour les « *organismes paritaires nationaux interprofessionnels de gestion dans lesquels les partenaires sociaux ont une capacité de gestion autonome* » créés et gérés uniquement par eux et a pour objectif de fixer pour tous « *les règles et les principes de fonctionnement d'une gestion paritaire irréprochable* ». Il fonde leur légitimité non sur l'élection (les administrateurs devant être désignés par les organisations syndicales et patronales nationales dans le respect des règles de la représentativité en vigueur) mais sur « *la proximité des partenaires sociaux avec les*

---

[1] B. DIVE, F. FRESSOZ, 2006, ouvrage cité, p. 225.

[2] FO, Force ouvrière ; le sigle exact est CGT-FO Confédération générale du travail-Force ouvrière.

[3] Au niveau national et interprofessionnel, un syndicat de salariés devra avoir, au plus tard le 20 août 2013, une audience de 8 % mesurée tous les 4 ans. Lors de la négociation de la « position commune » du 9 avril 2008 le MEDEF a refusé que l'on parle de la représentativité patronale, l'UPA voulait mettre le sujet sur la table.
A. ARSÉGUEL, *la nouvelle représentativité syndicale Loi n° 2008 – 789 du 20/08/2008*, janv.2009, UT1, 10 p. http://mdmse.com/galeries/promotion 2009/la nouvelle representativite syndicale 20 01 09.pdf accès 10/01/2010

[4] Il distingue « différentes combinaisons des formes de paritarisme et des modes de gestion » selon trois types :
a) règles fixées par les seuls partenaires sociaux : paritarisme de gestion au sens le plus strict, retraites complémentaires, APEC et Unédic par exemple
b) règles fixées par l'État, gestion « *largement déléguée aux partenaires sociaux, organismes tels que l'ACOSS* »
c) « *nombreux organismes dits paritaires, mais où la gestion est en réalité partagée avec l'État (gestion tripartite), dont la présence peut être plus ou moins importante, voire avec d'autres acteurs* » (ex. cité : Pôle emploi). L'accord ne s'applique que pour les organismes nationaux du a).

bénéficiaires finaux des services rendus » (salariés et entreprises). Pour que ce **syndicalisme de service** fonctionne avec des majorités de gestion, « *en cas de nécessité* », le vote interviendra à main levée et par tête et non plus par collège[1].

Mais ne pouvons-nous nous demander si les protections sociales gérées par des instances paritaires ou professionnelles n'aboutissent pas, depuis longtemps, à la défense de situations acquises (ou à étendre) et à des gestions néo-corporatistes au détriment de l'intérêt général ?

Le **néo-corporatisme** caractérise, pour deux auteurs britanniques en 1979, une régulation faisant intervenir, sur une base volontaire, partenaires sociaux et État dans la gestion du social grâce à un « *système de représentation des intérêts par des acteurs en nombre limités, obligatoires, hiérarchisés. Reconnus et admis par l'État, ils bénéficient d'un monopole de représentation si, en échange, ils réussissent à garantir un relatif contrôle sur la sélection de leurs dirigeants, sur le type de revendications exprimées par la base et le soutien dont elles font l'objet* »[2]. Pour Alain Supiot, le néo-corporatisme désigne « *les systèmes de relations professionnelles fondés sur des organes professionnels paritaires à vocation normative* »[3]. Dans « *Les trois mondes de l'État-providence* » Gøsta Esping-Andersen, distinguait trois types de régimes de sécurité sociale : « corporatistes » ou « conservateurs » (en Europe continentale et France), « libéraux » et « sociaux-démocrates »[4].

Dans une Sécurité sociale devenue à couverture universelle, les régimes conservent une assise professionnelle et sont gérés avec la participation des partenaires sociaux mais leur gouvernance a évolué. Examinons les sources de ce concept puis ses éléments constitutifs.

---

[1] Selon le Communiqué de presse du MEDEF du 21 février 2012 « *permettant de dégager de véritables majorités de gestion selon un principe de responsabilité* » et selon la CGT à la demande de la CFDT. Y étaient opposées la CGT et la CFE-CGC qui sur ce point, « *a rejoint la CGT, citant notamment à plusieurs reprises l'expression – certes cynique – de l'ancien dirigeant du MEDEF, Denis Kessler : " le paritarisme, c'est nous plus un traître*" ». Source : CGT, *Note au CCN sur la conclusion de la négociation nationale interprofessionnelle relative à « la modernisation du paritarisme et son fonctionnement »*, 23 février 2012, 15 p. Cet ANI a été signé par le MEDEF, la CGPME, l'UPA, la CFDT, la CFTC et CGT-FO. *Liaisons sociales* n° 16070 du 27 mars 2012.

[2] Philippe Schmitter, Gerhard Lembruch, cités par M. DREYFUS *et al.*, 2006, ouvrage cité, p 102. Pour ces deniers auteurs : *« À la Libération*, [les solutions] *ont emprunté la voie d'une organisation néo-corporatiste* […] *la Sécurité sociale, qui a de fait entériné l'évolution du système de relations sociales depuis le milieu des années 1930* ».

Pour Patrick Hassenteufel « *la différence fondamentale entre le corporatisme et le néo-corporatisme réside dans le fait que dans le premier cas la représentation monopolistique des intérêts est créée par l'État ; alors que dans le second, même si l'État favorise la monopolisation de la représentation, les groupes représentatifs possèdent une autonomie relative par rapport à celui-ci* ». P. HASSENTEUFEL, 1990, article cité, p. 75.

[3] A. SUPIOT, 1987, article cité, p. 180.

[4] G. ESPING-ANDERSEN, 1999, ouvrage cité. Les régimes « *conservateurs-corporatistes* » ont des prestations proportionnelles aux revenus, financées par des cotisations, basés sur le statut professionnel sont gérés par les partenaires sociaux. Les régimes « *libéraux* », inspirés de Beveridge, sont gérés par l'État central qui verse des prestations, sous conditions de ressources financées par l'impôt et reposent sur la responsabilité individuelle. Les régimes « *sociaux-démocrates* » scandinaves, gérés par l'État décentralisé, basés sur universalisme et égalitarisme ont des prestations forfaitaires (ou sous forme de services) financées par l'impôt et des cotisations.

3. Les sources multiples de la gouvernance

Ce « *mot valise* »[1], d'origine médiévale française[2], apparu aux États-Unis pour les sociétés cotées s'inscrit dans la prise en compte de l'actionnariat, de partage des pouvoirs. En France le concept sera repris sous la terminologie de « gouvernement d'entreprise ». La « gouvernance mondiale » (*Global Governance*)[3] va aussi changer les paradigmes de la gestion publique au détriment de l'État providence.

Déjà en 1776, Adam Smith, dans « *La Richesse des nations* », soulignait les risques de conflits entre propriétaires du capital de l'entreprise et dirigeants. Deux cents ans plus tard apparaît le concept de « ***corporate governance*** »[4]. Seront ensuite élaborées aux USA puis au Royaume-Uni les règles du gouvernement d'entreprise (et de fonctionnement des conseils d'administration), pour renforcer les outils permettant aux actionnaires de s'assurer de la rentabilité des investissements. Les années 1990, période d'autorégulation, voient la généralisation de ces règles et l'élaboration de « codes » de gouvernance (émergence de la « *soft law* »). En 1999, les « *Principes de gouvernement d'entreprise de l'OCDE* » (Organisation de Coopération et de Développement Économiques) prônent la protection des droits des actionnaires, la fiabilité des informations sur l'entreprise, la participation de l'ensemble des parties prenantes et un rôle stratégique du CA.

À la suite de la faillite d'**ENRON**[5] de décembre 2001, la pression des petits porteurs d'actions amènera une réaction rapide du Congrès qui vote le « *Sarbanes-Oxley Act* » le 30 juillet 2002 imposant de nouvelles règles de gouvernance financière. L'échec des « *garde-fous* » a amené, pour l'un des auteurs de la loi à « *deux principes clés* » : responsabilisation des administrateurs et des dirigeants ; transparence des informations pour les investisseurs[6]. Aux anciennes normes comptables IAS (International Accounting Standard)[7] seront ajoutées les nouvelles IFRS (International Financial Reporting Standards) pour rétablir la confiance :

---

[1] J-P GAUDIN, 2002, ouvrage cité, p. 9.

[2] Le dictionnaire de la langue française d'Émile Littré (2ème éd., 1872-1877) en donnait la définition suivante : *Juridiction qui existait dans quelques villes des Pays-Bas et à la tête de laquelle était le gouverneur*. Le Petit Robert de 1989 propose : *(XIIIe ; de gouverner). Anciennement Bailliages de l'Artois et de la Flandre*.

[3] Expression apparue en 1992 date de la parution de l'ouvrage *« Governance without Government »* dirigé par *James Rosenau et Ernst-Otto Czempiel.* Cité par G. HERMET, 2004, article cité, p. 166.

[4] Théorisé par M. JENSEN et W. MECKLING dans un article de 1976 appliquant la théorie de « *l'agence* » à l'entreprise : « *il analyse en quoi la valeur de la firme peut dépendre de la structure du capital lorsque le dirigeant n'est pas entièrement dévoué à la cause des actionnaires* ». J. THÉPOT, 2007, article cité, p. 15.

[5] Entreprise américaine de capitalisation boursière qui achetait de l'électricité et la revendait aux distributeurs de Californie. Cette faillite entraîna celle d'Arthur Andersen, son auditeur des comptes. L'affaire ENRON fait suite à la crise boursière de la « bulle internet » et sera suivie d'autres scandales financiers (Worldcom notamment).

[6] Davantage d'administrateurs indépendants, au moins un expert financier dans les comités d'audit et contrôle, appréciation par l'auditeur externe du contrôle interne (section 404 de la loi). M. OXLEY, 2007, article cité.

[7] L'IASC (International Accounting Standard Committee), organisme international privé créé en 1973, est réformé suite à l'affaire ENRON, pour devenir normalisateur international des normes comptables.

leur principale novation consiste à évaluer les actifs et passifs à leur « juste valeur » («*fair value*»). Elles impacteront notamment certains régimes spéciaux de retraite français[1].

En 2004, l'OCDE actualise ses « *Principes de gouvernement d'entreprise* » et affirme le rôle du CA qui assure « *le pilotage stratégique de l'entreprise et la surveillance effective de la gestion* »[2]. En 2005 ses « *Lignes directrices de l'OCDE sur le gouvernement d'entreprise des entreprises publiques* » transposent au secteur public les règles du privé, avec lesquelles « *elles sont entièrement compatibles* » et favorisent, le cas échéant, leur privatisation.

En France, suite aux demandes en 1995 et 1999 du CNPF et de l'AFEP[3], sont publiés deux rapports sur le **Gouvernement d'entreprise**, dits « *Viénot I* » et « *Viénot II* ». Pour le rapport *Viénot I*[4] le Conseil d'administration a quatre missions : définir la stratégie de l'entreprise (proposée par le président), désigner les mandataires la gérant, contrôler la gestion, veiller à la qualité de l'information fournie aux actionnaires et aux marchés[5]. Le rapport *Viénot II*[6] insiste sur la nécessité de l'information des CA, de ses comités et leur possibilité d'entrer en contact directement avec les dirigeants et de solliciter des études techniques externes.

Suite notamment à ces rapports, la loi du 15 mai 2001, *relative aux nouvelles régulations économiques*, dite « ***loi NRE*** », réforme le droit des sociétés commerciales. Elle précise le rôle du CA qui « *détermine les orientations de l'activité de la société et veille à leur mise en œuvre,* […] *se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la société et règle par ses délibérations les affaires qui la concernent* »[7]. Les fonctions de président peuvent être dissociées de celles de directeur général. La loi transpose aux entreprises chargées d'une mission de service public certaines dispositions du secteur privé : organes délibérant se prononçant sur les grandes orientations de l'entreprise et le cas échéant sur le contrat de plan ou d'entreprise pluriannuel avec l'État déterminant les objectifs et les moyens. La loi NRE a été qualifiée d'« *événement majeur pour notre droit, mais aussi sur un plan international* »[8].

Après l'affaire ENRON vont être élaborés, en France de nombreux textes.

---

[1] Réformés dans leur financement pour répondre à la norme IFRS n° 19. Elles impactent aussi les assureurs en prévoyance pour la constitution des marges de solvabilité. La Cour des comptes se réfère aux normes d'audit internationales ISA (International Standards on Auditing) de la Fédération internationale des experts comptables (IFAC) pour certifier les comptes du régime général de sécurité sociale.

[2] OCDE, 2004, document cité, p. 24.

[3] Association Française des Entreprises Privées. Elle regroupe les plus grandes entreprises françaises.

[4] M. VIÉNOT (PDG de la Société Générale), *Le Conseil d'Administration des sociétés cotées*, 1995, rapport cité.

[5] Le rapport recommande au moins trois comités (de sélection des administrateurs, des rémunérations, des comptes) dans le CA, deux administrateurs indépendants, et une charte de l'administrateur.

[6] M. VIÉNOT, *Rapport du Comité sur le Gouvernement d'entreprise*, 1999, rapport cité.

[7] Et ouvre timidement la gouvernance aux salariés (participation des comités d'entreprises aux AG).

[8] « *puisque ce fut la première fois que des principes de bonne gouvernance étaient introduits dans un texte législatif faisant fi de la selfregulation* ». Introduction de Jean-Louis NAVARRO, Actes *LPA*, 2007, revue citée.

Le rapport « *Bouton* » de septembre 2002[1] « *réaffirme que la principale régulation doit provenir de la transparence* » : entre l'exécutif et le conseil d'administration (CA), de la gestion vis-à-vis du marché, dans la relation avec les actionnaires[2]. Il préconise l'évaluation annuelle par le CA de son fonctionnement, l'information des administrateurs, éléments qui pourraient être transposables dans les organismes de Sécurité sociale et sont proches de ceux de l'ANI du 17 février 2012 *sur la modernisation du paritarisme et de son fonctionnement*[3].

Plusieurs lois veulent rétablir la confiance du marché[4]. Celle du 3 juillet 2008, dite « *DDAC* »[5], étend l'objet du rapport du président aux procédures de gestion du risque de la société et à la mise en place d'un code de gouvernement d'entreprise (concept « appliquer ou s'expliquer », « *comply or explain* »). L'ordonnance du 8 décembre 2008 transpose la directive 2006/43/CE du 17/05/2006 imposant un comité d'audit[6] dans les sociétés cotées, établissements de crédit, entreprises d'assurances mais aussi dans les « mutuelles du livre II » et les institutions de prévoyance.

Les nombreuses réformes législatives font le plus souvent suite à des crises financières[7], consacrant des normes de la « *Soft Law* » ou transposant des directives européennes. Pour restaurer la confiance des marchés, elles renforcent en principe le contrôle sur les exécutifs.

Qu'en est-il de l'évolution de la gouvernance au niveau mondial ?

L'après-guerre voit le triomphe des idées de Keynes partisan d'une politique de plein emploi et, si nécessaire, de relance de la consommation par les finances publiques. Le modèle social de l'État providence (« *Welfare state* ») en découle, symbolisé par la **Déclaration de Philadelphie** de mai 1944, « *texte pionnier, qui entendait faire de la justice sociale l'un des*

---

[1] D BOUTON, 2002, « *Pour un meilleur gouvernement des entreprises cotées* », rapport cité.

[2] Les rapports Viénot et Bouton sont « consolidés » en 2003 par l'AFEP et le MEDEF dans « *Le gouvernement d'entreprise des sociétés cotées* », dans le cadre de l'autorégulation prônée par la Commission européenne. Le « *code de gouvernement d'entreprises* » (déc. 2008) intègre les recommandations sur les rémunérations des dirigeants d'octobre 2008.

[3] Voir infra les incidences pour les institutions de retraite complémentaires.

[4] Ainsi celle du 1er août 2003 de sécurité financière, met en avant l'organisation des travaux du CA et les procédures de contrôle interne. La loi du 26 juillet 2005 pour la confiance et la modernisation de l'économie, dite « Breton » veut principalement attirer ou conserver les investisseurs.

[5] Loi n° 2008-649 du 3 juillet 2008 *portant diverses dispositions d'adaptation du droit des sociétés au droit communautaire*, JO du 4 juillet 2008. Elle transpose la Directive 2006/46/CE du 14 juin 2006 modifiant les 4e et 7e directives comptables.

[6] Composé de membres du conseil d'administration ou de surveillance (sans fonctions de direction) et l'un d'eux doit avoir des compétences financières ou comptables et être indépendant. Il rend compte régulièrement au CA, l'informe de toute difficulté rencontrée. L'art. 29 de la loi 2010-1249 du 22 oct. 2010 de régulation bancaire et financière lui confie le « *suivi de la politique, des procédures et des systèmes de gestion des risques* ».

[7] À la suite de la crise financière de 2008 l'UE a établi le Règlement (CE) n° 1060/2009 du Parlement Européen et du Conseil du 16 septembre 2009 sur les agences de notation de crédit. JO UE 17.11.2009, L 302/1 à L 302/31

pierres angulaires de l'ordre juridique international »[1]. Elle affirme que « *le travail n'est pas une marchandise* », « *la pauvreté, où qu'elle existe constitue un danger pour la prospérité de tous* » et « *une paix durable ne peut être établie que sur la base de la justice sociale* ».

Pour le professeur Supiot, quatre principes fondamentaux sont déclinés par la Déclaration : le respect du travail, les libertés collectives, la solidarité et la démocratie sociale ; nombre de ces éléments se retrouveront dans les systèmes de sécurité sociale après 1945.

Un paradigme contraire va résulter « *de la contre-révolution ultralibérale anglo-américaine et de la conversion des pays communistes à l'économie de marché* »[2].

Dans les années 1980, Ronald Reagan et Margaret Thatcher prônent la réhabilitation du marché et la diminution du rôle de l'État[3]. La fin de l'URSS va permettre au libéralisme économique d'affirmer sa prééminence par la **mondialisation** (« *globalization* »), alors que l'élargissement de l'Union européenne aux pays de l'Est conduit « *à saper les bases politiques d'un modèle social déjà fragile* » par l'alliance des « *ultralibéraux* » et des « *dirigeants des pays post-communistes* »[4].

L'économiste John Williamson, définit en 1989, dix recommandations pour une maîtrise des dépenses publiques, la libéralisation financière et des échanges et les privatisations. Elles seront suivies par le Trésor américain, le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale, (implantés à Washington d'où le terme de « ***consensus de Washington*** »[5]) pour l'octroi de leurs prêts dans le cadre de la « *bonne gouvernance* ». D'où un changement de paradigme pour le FMI, le modèle keynésien « *a cédé la place à l'hymne au libre marché des années quatre-vingt* »[6].

Pour Alain Supiot « *c'est en matière de sécurité sociale que les enjeux financiers du dépeçage de l'État social sont les plus élevés* » mais c'est « *l'institution qui a dans l'ensemble le mieux résisté au programme de déconstruction de l'État providence* »[7].

Et, en effet, les régimes sociaux, amortisseurs de la crise de 2008, ont retrouvé un regain de légitimité, mais se repose la question de leur équilibre financier et se profile celle de la

---

[1] A. SUPIOT, 2010, ouvrage cité, p. 9. Titre *L'esprit de Philadelphie, La justice sociale face au marché total*.
[2] *Ibidem*, p. 29.
[3] Selon le Président REAGAN l'État « *n'est pas la solution au problème, il est le problème* » et pour Mme THATCHER il n'y a pas d'autre alternative (« *There is no alternative* »).
[4] A. SUPIOT, 2010, ouvrage cité, p 38 et 41.
[5] J. E. STIGLITZ, C. WALSH, J.-D. LAFAY, 2007, ouvrage cité, p. 752.
[6] I J. E. STIGLITZ, 2002, ouvrage cité, p 41.
[7] A. SUPIOT, 2010, ouvrage cité, p. 54 et 55, 56.

couverture des risques[1] et de « l'assainissement » des finances publiques sous l'œil des instances internationales[2].

Plusieurs auteurs[3] considèrent que les « *constructions européennes* » constituent une gouvernance aboutie réunissant ses composantes et notamment la *désidéologisation du politique*[4] : le marché unique doit être régi par des normes exclusivement techniques et le consensus, affirmé par le Traité de Lisbonne, devenant la règle pour les États.

4. Les éléments constitutifs de la gouvernance

La gouvernance a des outils spécifiques, aboutissant à de nouvelles règles de partage des pouvoirs et de « management » constitutifs d'un nouveau monde.

Ce sont notamment la gestion de projets et la contractualisation à base de participation : « *L'impératif démocratique et l'impératif gestionnaire se rejoignent autour du souci de faire que chaque problème soit assumé par tous ceux qui sont concernés, la bonne mise en œuvre étant obtenue non par l'obéissance mais par une adhésion vécue à un projet* »[5].

La **gestion de projet**, thème de management majeur, est utilisée depuis la fin des années 1980 après l'étude des projets de cinq firmes japonaises[6] des facteurs permettant de les développer plus rapidement : direction générale comme catalyseur, auto-organisation des équipes-projets, recouvrement des phases du développement, et « *contrôle subtil* »[7].

La « *cité par projets* » serait constitutive de la nouvelle idéologie du capitalisme moderne. Ce type de gestion est devenu un modèle, associé à d'autres « techniques » (management par la qualité, gestion par processus) utilisées dans les projets majeurs : il en est ainsi, en Sécurité sociale, depuis la fin des années 80 et les Caisses nationales ont été des précurseurs dans la sphère publique[8]. Cette démarche y sera reprise par la loi organique relative aux lois de

---

[1] Pour le Président Sarkozy, au congrès de la Mutualité, le 4 juin 2009 : *la croissance de notre économie, même quand nous serons sortis de la crise, ne permettra sans doute pas aux régimes de protection sociale de base de couvrir l'intégralité des nouveaux besoins. La solidarité nationale, financée par des prélèvements obligatoires, continuera de remplir sa mission. Mais à ses côtés, d'autres formes de protection sont appelées à se développer*.

[2] « *Le renforcement des normes budgétaires s'inscrit dans le sens des recommandations des organisations internationales tels le FMI ou l'OCDE et en ligne avec les conclusions du Conseil de l'Union européenne d'octobre 2009 sur l'élaboration d'une stratégie de sortie de crise* ». Annexe de la loi n° 2009-135 du 9 février 2009 *de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012*, JO du 11 février 2009, p. 2346.

[3] P. MOREAU DEFARGES, 2006, ouvrage cité, p.91 à 93 et A. SUPIOT, 2005, ouvrage cité.

[4] Identification d'intérêts communs supérieurs ; pactes fondateurs ; règles du jeu visant à organiser le libre épanouissement ; mécanismes indépendants de contrôle ; possibilités de recours. Ibid., p.94, 95.

[5] P. MOREAU DEFARGES, 2006, ouvrage cité, p. 44.

[6] Chez Fuji-Xerox, Honda, Canon, NEC et Epson au milieu des années 1980. G. GAREL, 2003, article cité.

[7] Qui renvoie à la cooptation des membres de l'équipe, à un environnement de travail ouvert, au partage de l'information, aux évaluations et récompenses de groupe, à la tolérance aux erreurs. *Idem*, p. 85.

[8] Pour les projets de mutualisations et de fusion entre organismes et arriver une mise en œuvre consensuelle à partir des objectifs du maître d'ouvrage. Le projet, le plus souvent piloté par la caisse nationale a des comités de pilotage (avec des directeurs), opérationnel (piloté par un responsable de projet) et des groupes de travail.

finances (LOLF) et surtout la Révision générale des politiques publiques (RGPP)[1]. C'est le moyen de créer du consensus même sur des sujets prêtant, a priori, à controverse : au « conflit » succède le « problème à traiter » rassemblant les acteurs pertinents[2].

Un autre instrument majeur de la gouvernance est le **contrat** permettant aux parties, en principe égales, de négocier les objectifs à atteindre avec en contrepartie une rétribution financière ou en moyens. Cette contractualisation, à l'origine dans les entreprises privées, s'est étendue à la Sécurité sociale en 1996 par les conventions d'objectifs et de gestion puis à la sphère publique avec le développement des « contrats d'objectifs et de moyens », entre un détenteur d'autorité et le plus souvent un organisme en dépendant, à la capacité de contracter moindre. Pour Alain Supiot, elle permet la « *normalisation des comportements* » et « *la contractualisation d'objectifs individuels a notamment été reprise à son compte par l'État* »[3] et « *s'observe aussi dans l'élaboration du Droit* »[4].

La transparence implique la traçabilité (des comptes, des produits…), une information objective émanant d'experts indépendants. Ainsi se sont développées les Agences de notation, organismes privés qui notent la santé financière des entreprises et des États et les **Autorités administratives indépendantes** (AAI) caractérisées par une légitimité « *technocratique (fondée sur l'expertise et non sur la représentation collective)* », « *elles doivent inspirer la loi et sont présumées ne dépendre ni des États ni des opérateurs privés* ». Elles ont une fonction de « *régulateur* » ayant autorité sur des « *opérateurs* »[5] (notamment de protection sociale) et traduisent une certaine inquiétude des pouvoirs.

La gouvernance serait-elle le meilleur des mondes ?

Le monde entier se ralliant au modèle occidental certains y ont vu « *la fin de l'histoire* », avec une gouvernance qui serait « *le processus d'organisation et d'administration des sociétés humaines, dans le respect et l'épanouissement des diversités* »[6] et pour « le Grenelle

---

[1] Le CMPP a décidé de constituer une « École de la modernisation de l'État » (formation sur les fondamentaux de la conduite du changement : gestion de projet, management de la performance, conduite de restructuration) pour les chefs de projet qui en bénéficieront systématiquement dès septembre 2010. RGPP 4ème rapport cité.

[2] La gestion par projets serait « *la chaîne invisible : … servitude volontaire* ». J.-P. DURAND, 2004, ouvrage cité.

[3] « *qui a cherché depuis vingt ans à faire du contrat un instrument de réparation du lien social. La création du RMI en 1988 a servi ici de banc d'essai* ». A. SUPIOT, 2005, ouvrage cité, p. 259.

[4] « *Le Droit conventionnel est instrumentalisé par la loi qui programme sa négociation…. L'essentiel, peut-être, est ailleurs : dans le fait que les parties à la négociation ne sont plus de libres contractants, maîtres de l'objet de leur contrat, mais deviennent les agents de mise en œuvre de politiques d'intérêt général (politiques de formation professionnelle, d'égalité entre hommes et femmes, de l'emploi, etc.), les instruments obligés de réalisation d'objectifs qu'ils doivent faire leurs alors qu'ils ont été définis en dehors d'eux.* ». *Idem*, p. 270.

[5] *Ibid.* p 239 et 237. Les opérateurs ont le pouvoir d'agir, d'exécuter.

[6] P. MOREAU DEFARGES, 2006, ouvrage cité, p. 6.

Environnement » est « *devenue un phénomène mondial étroitement lié à la démocratisation des sociétés* »[1]. De « l'État nation » guerrier on passe à un « État acteur » parmi d'autres (organisations internationales, multinationales, etc.) traitant de problèmes complexes.

Est-elle le meilleur des mondes, ce jeu idéal dans lequel après négociation entre les joueurs les compromis sont acceptables ? Elle peut laisser de côté les « ***exclus du jeu*** »[2] des rapports sociaux et la transparence absolue n'aboutit-elle pas au *Panoptique*, la prison de Jeremy Bentham soumettant les détenus à une surveillance constante ?

La gouvernance suppose la fin des conflits transformés en différends, mais en cas de difficultés, le gendarme demeure au plan national ou international[3].

Le néo-corporatisme, serait aujourd'hui lié à une mondialisation remettant en cause les solidarités nationales et laissant les problèmes sociaux aux États[4].

Les dispositifs de gouvernance ont une **efficacité réelle** permettant la réalisation des tâches en mode projet contractualisé dans lequel un « management participatif » remplace un pouvoir dur. Mais en contrepartie n'y a-t-il pas un double risque de perte de créativité induit par la « chaîne invisible », d'une gestion à base d'indicateurs et d'objectifs peu discutés et pouvant oublier les finalités comme le soulignait en 2010, le Médiateur de la République[5].

Au final, la gouvernance peut-être définie « *comme un processus de coordination d'acteurs, de groupes sociaux et d'institutions, en vue d'atteindre des objectifs définis et discutés collectivement* »[6]. Elle implique donc la **collaboration des acteurs** et pas seulement l'intervention de l'un d'eux et « *Parler de gouvernance de la protection sociale c'est donc, au minimum, lire la délibération politique en la matière comme étant multipolaire* »[7].

---

[1] Le Grenelle Environnement, 2007, rapport cité, p. 14.

[2] P. MOREAU DEFARGES, 2006, ouvrage cité, p. 97.

[3] « *L'un des aspects les plus inquiétants de l'idéologie de la gouvernance est qu'elle n'accorde aucune place aux conflits et à l'action collective des hommes dans la marche des sociétés. Elle renoue ainsi paradoxalement avec l'utopie totalitaire d'un monde purgé de conflits sociaux*. » A. SUPIOT, 2005, ouvrage cité, p. 273.

[4] Ils « *y ont souvent répondu par la négociation ou la concertation avec les représentants d'intérêts catégoriels. Dans ces pratiques, qu'on a pu dire néocorporatistes, la définition de l'intérêt général n'est plus l'apanage de l'État, mais devient le produit des rapports de force entre intérêts particuliers. L'État n'est plus un tiers mais une partie prenante du dialogue social* ». *Idem*, p. 235.

[5] « *La dimension humaine du changement est par ailleurs trop souvent ignorée dans le management, tant de l'entreprise que des services étatiques* […] *Le politique doit enfin répondre à cette quête du sens, en s'interrogeant d'abord sur la finalité, l'efficacité et la lisibilité de son action et en y associant les citoyens* ». Le Médiateur de la République, 2010, rapport cité, p. 4, 5.

[6] Définition de LE GALÈS citée par P. HASSENTEUFEL *et al*., 2008, rapport cité, p. 6.

[7] G. CORON, J.-P. HIGELÉ, L. POINSART, 2008, rapport cité, p. 2. Les auteurs définissent, p. 4, « *la gouvernance comme pratique de délibération refusant l'hégémonie de l'État et lui préférant la participation d'un réseau d'acteurs à la régulation des champs concernés* ». Trois critères sont retenus par Jean-Pierre Gaudin : « *la coopération entre acteurs, publics et privés ; le déploiement d'interactions continues dans la définition et la conduite des politiques ; l'adoption des règles du jeu négociées et collectivement élaborées, sans se limiter aux rapports préétablis de dépendance ou de hiérarchie* ». J-P GAUDIN, 2002, ouvrage cité, p 45.

THÈME DE L'ÉTUDE

Notre recherche examine le concept de gouvernance appliqué à **la Sécurité sociale** : depuis sa création **est-elle régie par une gouvernance** qui suppose partage du pouvoir sans hégémonie de l'un des acteurs et notamment de l'État[1] ?

À l'origine, la démocratie sociale base de la gestion des organismes, voulait, comme nous l'avons vu, éviter immixtion de l'État et bureaucratie : idée de partage des pouvoirs et de gouvernance avant la lettre. En-est-il toujours ainsi ?

Il conviendra donc d'examiner le **rôle de l'État et des acteurs non-étatiques** au regard des composantes des politiques de Sécurité sociale et de leurs mise en œuvre en matière de gestion, de définition des prestations et de leur financement, de service rendu aux assurés.

Dans une conception traditionnelle (idyllique ?) les partenaires sociaux sont considérés comme gestionnaires, dans le cadre du paritarisme, des caisses de base du régime général (et des complémentaires retraites). Mais, il convient de ne pas oublier les « professionnels » dans la gestion des autres régimes légaux (agricoles et indépendants) et des divers intervenants (mutuelles, compagnies d'assurances et institutions de prévoyance) dans celle des régimes facultatifs de prévoyance et d'assurance maladie complémentaire. La gouvernance de ces autres régimes de base et complémentaires pourra utilement être comparée à celle du régime général (ainsi que leurs relations) : plus autonome et spécifique est-elle davantage une « gouvernance » et si oui, transposable au régime général ?

Ce régime « général » est-il si monolithique depuis la mise en place de caisses nationales à la tête de branches ? Ce serait probablement omettre la réforme de la « gouvernance » de l'Assurance maladie par la loi du 13 août 2004, à laquelle ont participé nombre d'acteurs : experts, Gouvernement et Parlement, partenaires sociaux, syndicats médicaux et Mutualité française : quels ont été leurs apports et influence ? En-est-il résulté plus de partage des rôles ? Dans tous les cas, il semble bien qu'il ne suffit pas de s'en tenir à une étude globale et que devions entrer dans le détail du fonctionnement de chaque branche.

Il en est de même quant à l'examen du rôle de l'État : s'agit-il seulement d'un État stratège tel que préconisé par les tenants de sa réforme ? Mais depuis les Assurances sociales, il est

---

[1] Le comportement hégémonique, facteur de non réelle gouvernance, n'est pas l'apanage de l'État :
« *Parler de gouvernance dans le cadre des négociations interprofessionnelles nationales à l'UNEDIC est non fondé. Les formes instituées de la négociation interprofessionnelle déterminent la domination patronale car ce dernier est en situation de choisir son partenaire privilégié. De plus, seul ce partenaire syndical privilégié est en réelle situation de négociation, encore que sa position est contrainte par la possibilité de se voir ravir sa place par une autre organisation, à l'image de la CFDT qui succéda à FO à ce poste au début des années 1990* ».
G. CORON, J.-P. HIGELÉ, L. POINSART, 2008, rapport cité, p. 51.

aussi tuteur des caisses (terme induisant leur incapacité ?). L'État non plus n'est pas monolithique : à côté du Gouvernement, la haute administration tient sa place, le Parlement a vu son rôle reconnu en Sécurité sociale, la Cour des comptes l'y aide. Sans compter des structures de consensus mises en place - concept de gouvernance oblige - ou de financement. Ces diverses composantes de « l'État » seront donc examinées. En est-il résulté, comme il est souvent affirmé, une « étatisation de la Sécurité sociale » qui mettrait à mal le concept de gouvernance[1] ?

Nous nous référerons également à d'autres concepts.

Avec le temps le paritarisme n'a-t-il pas évolué vers des paritarismes en fonction de leur origine conventionnelle ou légale et de la mission déléguée par l'État : « paritarisme de gestion » ou délégué par l'État ou « tripartisme » l'y associant aux partenaires sociaux et pour quels rôles respectifs ?

Devra être examiné si les acteurs bénéficient de la part de l'État d'un rôle normatif en protection sociale, la tendance, qui fait consensus depuis les années 1960, étant que chaque groupe professionnel détermine par ses représentants le niveau de couverture qu'il souhaite. Y aurait-il un « Yalta » à l'intérieur du « *Yalta du social* » ? Est posée la question de pans de gestions néo-corporatistes, sujet tabou[2], assurée par l'État et ses partenaires (sociaux ou professionnels).

Qu'en est-il de la centralisation, décentralisation et déconcentration ? Quels que soient les acteurs (État, caisses nationales, partenaires sociaux) il semble qu'ils aient des pratiques de gestion plus centralisatrices (bien qu'affichant celles de la gouvernance) et s'éloignant de la démocratie sociale légitimée par l'élection.

---

[1] Guy Hermet indique : « *De plus, le pire tient à ce que l'indéfinition du terme serait plutôt de règle pour ceux qui le reprennent à leur compte pour obéir à l'air du temps. Ainsi en est-il quand* […] *M. Denis Kessler, ancien vice-président du MEDEF, succombe à la nouvelle terminologie en parlant, en juillet 2002, de la gouvernance de la Sécurité sociale, pour signifier par-là la fin du paritarisme, à remplacer par une concurrence public/privé avec liberté d'affiliation.* » G. HERMET, 2004, article cité, p. 169.

[2] Pour le Professeur Supiot, dans un colloque sur le droit du travail et le corporatisme en Europe, « *il serait intéressant de pouvoir étendre cette recherche au domaine de la prévoyance sociale, car l'organisation contemporaine de cette prévoyance est aujourd'hui tout entière fondée sur des organes professionnels mixtes* ».
Il soulignait l'actualité du corporatisme, objet d'étude à l'étranger ; et « *généralement présenté comme une réponse à la crise de l'État-Providence, comme une alternative* « sociétale » *à l'interventionnisme étatique* ».
Mais il est connoté en France : « *À l'inverse, pour un français, le mot* « corporatisme » *se trouve placé, tel un épouvantail, au croisement de deux champs sémantiques : celui des privilèges indus que la Révolution de 1789 n'a pas suffi à éradiquer : toute défense des avantages acquis par un groupe professionnel se trouve ainsi marquée au coin du* « corporatisme » *; et celui de la collaboration honteuse qui a caractérisé la politique du régime de Vichy, aussi bien dans les rapports avec l'Allemagne nazie que dans les rapports entre classes sociales : tout projet visant à organiser une certaine collaboration entre employeurs et salariés expose aujourd'hui ses auteurs au risque d'être perçus comme les petits-enfants du Maréchal Pétain* ».
A. SUPIOT, 1987, article cité, p. 180 et 176.

L'hypothèse formulée est celle d'un accroissement du rôle d'un État technocratique ayant acquis une légitimité aujourd'hui politique par le Parlement et devenant le régulateur des branches du régime général, « opérateurs », avec lesquels l'administration « contractualise ». Sa gestion serait plus partagée avec les professionnels dans les autres régimes légaux (MSA et RSI) et concédée aux partenaires sociaux dans les régimes complémentaires (supportant pour leur partie maladie un certain désengagement financier des régimes de base).

Cette hypothèse nécessite l'examen des modalités de gestion de la Sécurité sociale et du rôle joué par les acteurs : multiples composantes de l'État (gouvernement, Parlement et hauts fonctionnaires), du régime général (Caisses nationales et locales, administrateurs et « cadres dirigeants »), des autres régimes légaux et complémentaires (partenaires sociaux et mutualité) et des multiples lobbies (médecins, associations familiales, etc.).

Quel sont leurs pouvoirs réels et l'efficacité des diverses « gouvernances » ? Celles du secteur privé sont-elles transposables au régime général ? *A contrario* le mode de gestion contractualisée de ce dernier n'est-il pas en train de devenir un modèle pour les hôpitaux, voire pour l'État ? Serait-ce au détriment des valeurs de solidarité initiales ?

Le concept de gouvernance permet d'appréhender la question du partage des pouvoirs et de l'existence de contre-pouvoirs : s'agit-il bien de gouvernance ou de gouvernement de la Sécurité sociale ? Autant de questions qui se posent.

Nous tenterons d'apporter des éléments de réponses suite à un travail de recherche (centré sur l'évolution historique, la réglementation, les facteurs de changement et le comportement et les pratiques des acteurs) et à une carrière professionnelle au sein de la Sécurité sociale.

Nous examinerons dans une première partie le rôle de l'État et du régime général, considéré comme un modèle en 1945. Dans une deuxième partie, nous pourrons faire une comparaison avec celui conservé par les partenaires sociaux et les professionnels dans les autres régimes légaux et complémentaires.

PREMIÈRE PARTIE

LE RÉGIME GÉNÉRAL,

VERS LA PRÉÉMINENCE DE L'ÉTAT

Nous avons vu que la création des Assurances sociales doit peu aux partenaires sociaux. Les circonstances de l'après-guerre vont permettre la mise en place d'une Sécurité sociale couvrant ensuite toute la population mais sans atteindre ses objectifs d'unité et de démocratie sociale : s'en suivra pour le régime général, séparé en branches, un changement de paradigme, la démocratie politique et la confirmation d'un rôle prédominant pour l'État. Le système de 1945 s'est heurté dès l'origine aux particularismes qui vont entraîner le maintien de nombreux régimes et même la création de nouveaux. De ce fait, aujourd'hui, la Sécurité sociale se caractérise par leur multitude, fonction de leur origine professionnelle.

Précisons ce concept de **régime de Sécurité sociale**.

Au sens de **statut**, un régime caractérisera un ensemble de règles déterminant les prestations (et contributions) auxquelles une catégorie d'assurés ou toute la population peut prétendre pour la couverture d'un risque. Ainsi le « régime universel d'assurance maladie » projeté par le plan Juppé devait ouvrir « *droit aux mêmes prestations en nature pour tous,* […] *harmoniser l'effort contributif de tous les assurés* », mais sans être synonyme de « *régime unique* » car devant rester, pour ses concepteurs, « *compatible avec une organisation en caisses à base professionnelle* »[1].

Au sens d'**organisation administrative** le régime désignera les institutions chargées d'administrer la protection sociale de groupes sociaux. La loi du 4 octobre 1941 sur la Charte du travail envisageait de confier aux comités sociaux institués par famille professionnelle la gestion des assurances sociales et retraites. Cette conception corporatiste présentait pour Paul Durand de « graves dangers » : absence de compensation entre bons et mauvais risques, groupements restreints amenant à une compensation financière, aménagement fragmentaire de la sécurité sociale. L'auteur s'interrogeait en 1953 sur la survie à long terme des régimes spéciaux[2].

---

[1] JUPPÉ Alain, 1995, document cité.

[2] P. DURAND, 1953, ouvrage cité, p. 256 à 258. P. 258 : « *l'expérience montrera si, à la longue, les professions soumises à un régime spécial auront la volonté, et la possibilité économique de financer une sécurité à leur profit, ou si le mauvais financement de certaines institutions et le mécontentement de professions incapables de couvrir seules la charge de leur sécurité, n'imposeront pas l'organisation d'un régime interprofessionnel* ».

La « **mosaïque des régimes** »[1] a survécu : la Commission des comptes suit en plus du régime général, 32 régimes dont 28 de base (dont cinq ont une couverture complémentaire obligatoire vieillesse) et quatre régimes de retraite complémentaire obligatoires des salariés. Elle retrace le risque vieillesse de 21 régimes, le risque maladie pour 12. Seule la Caisse nationale des Allocations familiales (CNAF) gère l'intégralité des prestations familiales (avec pour plusieurs régimes une délégation de gestion).

Les régimes professionnels ou interprofessionnels ont donc perduré au sens organisationnel expliquant la complexité d'un système de Sécurité sociale difficile à réformer de ce fait. Nous les retrouvons dans la loi de financement de la Sécurité sociale et antérieurement ils avaient fait l'objet de la compensation démographique.

Au plan financier les régimes peuvent être **adossés** pour certains risques au régime général, ainsi le régime agricole n'assure plus en propre que la retraite des exploitants mais des régimes adossés sont-ils toujours des régimes autonomes ? La notion de branche au sein du régime général a pour objectif, dans un but d'équilibre, la séparation financière des risques couvrant les prestations.

La création des régimes résulte le plus souvent de la loi mais est d'origine conventionnelle pour les régimes complémentaires retraites des salariés. En matière de gouvernance, si leur gestion est dévolue, en principe, à des Conseils d'administration représentant les cotisants, une différence est notable, celle du choix des administrateurs : désignés dans le Régime Général, élus dans les autres régimes légaux.

Si les relations des échelons nationaux des divers régimes[2] et de l'État font l'objet d'une contractualisation des objectifs et des moyens de gestion, l'État s'est toujours plus intéressé au principal régime, le Régime général.

Nous examinerons leurs relations dans cette première partie au travers du rôle croissant de l'État (titre premier) puis du régime général, dont nous pourrons nous demander s'il n'est pas devenu l'un des « opérateurs » de l'État (titre deuxième).

---

[1] Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2011, *Les comptes de la sécurité sociale*, tome 2, p. 168, 169.
[2] Ayant un statut d'établissements publics administratifs au régime général et de droit privé au régime agricole et au Régime social des indépendants (RSI).

Titre Premier.

LE RÔLE CROISSANT DE L'ÉTAT

Depuis l'origine l'État a exercé sa « tutelle » administrative sur les caisses d'assurances sociales puis sur les organismes de Sécurité sociale, mais elle a évoluée depuis 1996.

Il paraîtrait que le terme « **tutelle** » ne figure dans aucune disposition du code de la sécurité sociale. Il mérite pourtant d'être analysé tant il nous paraît significatif de l'ambiguïté du rôle de l'État par rapport aux organismes. Non utilisé par Paul Durand en 1953, il l'est par Francis Netter fin 1959[1]. Il ne figurait pas dans le code de sécurité sociale qui par son article L. 281-1 indique : « *La gestion des organismes du régime général est soumise au contrôle de l'État* »[2]. Il apparaît dans la « circulaire n° 21 SS du 21 mars 1968 *fixant les conditions nouvelles de l'exercice de la tutelle sur les organismes du régime général de sécurité sociale* », non parue au Journal Officiel[3], par laquelle le ministre des Affaires sociales l'allège suite à l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 *relative à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale*[4].

Subrepticement le terme apparaît dans la partie législative du code de la sécurité sociale introduit par une disposition de l'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996[5] traitant de l'incompatibilité des agents l'exerçant aux fonctions d'administrateur.

Le terme sera repris à partir de 2001 d'abord pour le Fonds de réserve pour les retraites « *placé sous la tutelle de l'État* » et pour l'Union des caisses nationales de sécurité sociale

---

[1] P. DURAND, 1953, F. NETTER, 1959, (le chapitre XXVII s'intitule « Tutelle et contrôle »), ouvrages cités.
[2] Dans le titre VIII du Livre II « Contrôle de l'administration », le titre V du livre premier « Contrôles ».
[3] Reproduite in J.-J. DUPEYROUX, 1969, ouvrage cité, p. 581 à 584.
[4] JO du 22 août 1967, p. 8403. La réforme de la gouvernance de la sécurité sociale est le résultat de cette seule ordonnance et non des « ordonnances de 1967 » comme il est souvent écrit. Les trois autres ordonnances du 21 août sont relatives aux prestations et pharmacies (ord. n° 67-707), aux prestations familiales (ord. n° 67-708) et aux assurés volontaires (ord. n° 67-709). La loi n° 68-698 du 31 juillet 1968 (JO du 2 août 1968 p. 7522) ratifie les quatre ordonnances et modifiant l'article 2 de l'ordonnance 67-706 donne à la CNAM au titre des attributions qu'elle exerce « *un pouvoir de contrôle sur les caisses régionales et primaires d'assurance maladie* ».
[5] *portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale*. Elle crée l'art. L. 231-6-1 CSS : « *Ne peuvent être désignés comme administrateur* […] *4° Les agents exerçant* […] *des fonctions de contrôle ou de tutelle sur l'organisme concerné* ». Deux autres ordonnances datées du 24 avril 1996, l'ord. n° 96-345 *relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins* et n° 96-346 *portant réforme de l'hospitalisation publique et privée*.

(UCANSS). Mais il le sera surtout en 2004 et figure début juin 2012 dans douze articles du code[1]. Paradoxalement ce terme est utilisé par le législateur au moment de la mise en avant de la contractualisation présentée comme de nature à alléger la tutelle traditionnelle ! Dans le code, la tutelle a trait uniquement au contrôle des organismes nationaux : serait-elle passée des caisses locales aux caisses nationales ?

Nous dirigeons-nous vers une étatisation de la Sécurité sociale ?

La réforme de l'État veut faire évoluer son rôle, en le recentrant, en principe, vers ses missions stratégiques, ce qui serait facilité par une contractualisation avec ses opérateurs. Il conviendra de vérifier cette hypothèse. Parallèlement, à partir de 1996, l'intervention renforcée du Parlement en matière de Sécurité sociale aurait fait changer de paradigme : à la démocratie sociale aurait succédé la démocratie politique. Qu'en-est-il ? Nous examinerons ces questions au travers de l'évolution des interventions de l'État (chapitre 1).

Les thèmes de la protection sociale devenus plus techniques (santé publique, retraites …) politiquement et financièrement pressants, légitiment le concours des experts qui, dans le cadre de la gouvernance, peuvent prendre la forme d'autorités administratives indépendantes. Comme nous l'avons vu dans l'introduction, ces instances à la légitimité technocratique fondée sur l'expertise sont présumées ne pas dépendre de l'État. À côté, il a mis en place des nouveaux outils : structures pour le conseiller ou l'alerter, modalités d'interventions financières spécifiques, régionalisation de la santé. Il conviendra d'examiner s'ils entrent dans le cadre de la gouvernance supposant consensus, participation et contre-pouvoirs ou si, à l'inverse, ils ne renforceraient pas le contrôle par l'État (chapitre 2).

[1] Après 1996 : articles L. 135-6 et L. 135-15 (loi du 17/07/2001 créant le Fonds de réserve pour les retraites) ; L. 224-6 (UCANSS, LFSS du 21/12/2001) ; L. 815-21 (ord. du 24/06/2004 simplifiant le minimum vieillesse) ; L. 222-6, L. 225-1-2, L. 922-1 (adossement des régimes IEG à la CNAV, loi du 9/08/2004) ; L221-3 (Conseil de la CNAM, loi du 13/08/2004) ; L. 611-4 (ord. 8/12/2005 créant le régime social des indépendants), L. 225-1-3 (dépôts auprès de l'ACOSS, LFSS du 17/12/2008) ; L. 139-3 (emprunts contractés par l'ACOSS, LFSS du 21/11/2011).

Chapitre 1.

L'ÉVOLUTION DES INTERVENTIONS DE L'ÉTAT

Le rôle de l'État a toujours été essentiel dans la définition de Sécurité sociale. Il est à l'origine de la création des régimes de base, définit leur domaine d'intervention et leur organisation, les prestations, leur financement. Il veille à leur équilibre financier, mais son intervention dans la gestion des organismes a plus prêté à discussion ; la gestion des caisses par les représentants des assurés était notamment liée à la crainte de l'immixtion de l'État.

Même s'il y a **ambivalence** du rôle d'un État, tantôt délégant, tantôt interventionniste, il reste très présent avec sa tutelle sur les organismes, rénovée notamment à la suite de la réforme de l'État : en est-il résulté un changement dans leurs relations, comme cela a été le cas avec les collectivités territoriales depuis la loi de décentralisation du 2 mars 1982[1] ? Ces éléments sont examinés dans la section 1.

Depuis 1945, la **légitimité** de l'intervention de l'État dans la gestion des organismes était en concurrence avec celle des partenaires sociaux. L'intervention d'acteurs anciens dans ce secteur comme la Cour des comptes, plus récents, le Parlement, permet-elle une légitimation de l'action de l'État en la matière ? Nous examinerons l'État légitimé en section 2.

SECTION 1. L'ÉTAT STRATÈGE ET TUTEUR

Les objectifs de la couverture des régimes de Sécurité sociale s'inscrivent dans le cadre de politiques sociales plus globales dont l'État est le garant. Ainsi, l'article 1er de la loi du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie* confie, à la suite d'un amendement parlementaire[2], une double mission à « *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* ».

---

[1] Remplaçant le contrôle de légalité *a priori* des actes des collectivités du préfet par un contrôle *a posteriori* seul.

[2] Le projet de loi ignorait le rôle de l'État qui est introduit suite à un amendement de M. Claude Évin (député d'opposition) en Commission spéciale. M. Évin estimait qu'était posé « *un problème de fond qui est celui de la responsabilité respective de l'État et de l'assurance maladie. En introduisant la responsabilité de l'assurance maladie, le projet de loi consacre une démission de l'État face à ses pouvoirs régaliens. La sécurité sociale doit concourir à la bonne répartition de l'offre de soins et à l'égalité des droits à la santé mais il ne relève pas de sa responsabilité de la garantir* ». J.-M. DUBERNARD, 2004, rapport cité, p. 95.

Le rôle des régimes d'assurance maladie est limité à une fonction d'appui et de mise en œuvre, « d'opérateur »[1].

La réforme de l'État et la mise en place de la révision générale des politiques publiques (RGPP) vont influencer de plus en plus sa gouvernance et, nous nous demanderons, si ce renouveau de l'État concerne aussi la Sécurité sociale (§ 1). Ces réformes vont contribuer à la mise en place d'une tutelle sur les organismes récemment centralisée et qui a été basée sur la contractualisation : nous examinerons son évolution (§ 2).

§ 1 Un État central en voie de renouveau

La réforme de l'État est initiée depuis la fin des années 1980 (A). Au niveau du pouvoir central, elle maintient un rôle majeur au Gouvernement mais doit être aussi examiné celui de sa haute administration (B).

A) *Visages et incidences de la réforme de l'État*

Après la Seconde Guerre, idées d'organisation et courant technocratique prospèrent[2]. Elles vont amener de nouvelles conceptions du service public issues uniquement de **circulaires** des Premiers ministres amorçant la réforme de l'État, phénomène étonnant au plan juridique. Son aboutissement résultera d'une loi organique puis, avec la RGPP, d'une volonté présidentielle.

1. Du renouveau du service public à la réforme de l'État

Dans sa *circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du service public,* le Premier ministre, Michel **Rocard** promeut une politique des relations du travail rénovées (gestion prévisionnelle des emplois et déconcentration), de développement des responsabilités, un « *devoir d'évaluation* » des politiques publiques[3] et une politique d'accueil et de service à l'égard des usagers. Ces éléments se retrouveront dans les organismes de sécurité sociale.

Le **rapport Pick** sur « *L'État en France* »[4], propose, en 1994, de recentrer le rôle de l'État « *régulateur* » sur ses responsabilités historiques (fonctions de souveraineté, édiction des normes, contrôle de leur application) et de déléguer à des « *opérateurs* » les responsabilités partagées. Il préconise de « *faire des établissements publics un outil de la modernisation de*

---

[1] Par cette loi de 2004, elle concourt à réaliser les objectifs de la politique de santé publique définis par l'État.

[2] Favorisés par la création de l'ENA en 1945. *« La poussée des idées d'organisation au lendemain de la Seconde Guerre mondiale s'est accompagnée d'un essor du courant technocratique ».* E. GRISTI, 2007, ouvrage cité, p. 121.

[3] Avec des principes d'évaluation *:* indépendance des évaluateurs par rapport aux gestionnaires ; compétence des évaluateurs ; transparence du processus ; pluralité de dispositifs d'évaluation. JO 24 février 1989, p. 2528.

[4] J. PICQ, 1994, rapport cité. Il a été précédé de « *Pour un État-stratège, garant de l'intérêt général* », C. BLANC, A. MENEMENIS, 1993, rapport cité.

l'État »[1]. S'ils ne visent pas explicitement la Sécurité sociale, ces principes de gestion seront repris dans le Plan Juppé et la gouvernance ultérieure des régimes : l'État définit la mission et les objectifs, attribue des moyens pluriannuels après discussion, évalue et sanctionne les résultats, le gouvernement choisissant les dirigeants ; l'établissement a l'autonomie de sa gestion (notamment des personnels, choisissant ses collaborateurs évalués et récompensés) et sa comptabilité est certifiée.

À l'instar de la Suède et du Royaume-Uni, le rapport propose de créer des agences pour les administrations de prestations de service, idée envisagée ensuite par la RGPP. « *En matière sociale, les responsabilités restent mal définies* », partagées entre État, Sécurité sociale et collectivités locales. Le rapport s'interroge sur « *l'utilisation du paritarisme dans la gestion des risques sociaux* »[2], préconise de « *renforcer les moyens de l'État pour maîtriser les dépenses de santé* […] *d'instituer un décideur unique* » au plan national et régional, au détriment des organismes de base[3].

La circulaire du 26 juillet 1995[4] du Premier ministre, Alain **Juppé**, reprend la distinction des fonctions de régulation de l'État central de celles d'opérateur, préconise la délégation des responsabilités pour les prestations. Elle prévoit pour 1996 des contrats d'objectifs et de moyens pluriannuels entre l'État et ses établissements publics et assigne à l'État de mieux prendre en compte les besoins et les attentes des citoyens et de rénover la gestion publique.

Nombre de ces préconisations se retrouveront dans l'ordonnance nº 96-344 du 24 avril 1996 (rôle d'opérateur des caisses nationales, contractualisation avec l'État).

2. La LOLF, loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001

Cette réforme[5], qualifiée de « *miraculeuse* »[6] (d'origine parlementaire, acceptée par l'exécutif en période de cohabitation Chirac-Jospin), substitue à la présentation du budget de l'État par nature de dépenses, le vote par « mission » couvrant une politique publique

---

[1] *Idem*, p. 118. « *L'État n'a jamais su définir une politique claire face à ses établissements publics* » et leurs conseils d'administration « *ressemblent trop souvent à des chambres d'enregistrement* ».

[2] « *La gestion par les partenaires sociaux trouve un sens très fort lorsqu'il existe un lien clair entre le régime de protection et l'activité professionnelle* [indemnisation du chômage], *a fortiori entre le niveau de cotisation et le montant des prestations* [retraites], *s'impose moins quand* [ce] *lien est distendu ou quand les prestations ne dépendent pas des cotisations (assurance maladie et politique du chômage)* ». *Ibidem.*

[3] Selon trois méthodes envisageables : 1 limiter l'assurance maladie aux tâches de gestion (immatriculation des assurés, paiement des prestations), l'État signant les conventions médicales et se rattachant le contrôle médical ;
2 ou transformer les caisses locales en services (sans conseils d'administration) des caisses nationales (l'État étant présent dans leur conseil d'administration) ;
3 sinon institution d'agences régionales de santé remplaçant les DRASS et CRAM. Source, *Ibid.* p.78.

[4] Circulaire du 26/07/1995 *relative à la préparation et à la mise en œuvre de la réforme de l'État et des services publics*, JO du 28 juillet 1995, p. 11217.

[5] Loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 *relative aux lois de finances*, JO du 2 août 2001, p. 12480.

[6] E. GRISTI, 2007, ouvrage cité, p. 347.

éventuellement interministérielle et regroupant un ensemble de « programmes ». Elle réforme la comptabilité de l'État et introduit une comptabilité générale (en droits constatés comme dans le secteur privé) et analytique. Un rapport présenté par le Gouvernement retracera l'ensemble des prélèvements obligatoires avant l'examen des projets de la loi de finances et de la loi de financement de la sécurité sociale, marquant ainsi le rapprochement des dépenses de l'État et de la Sécurité sociale.

La réforme doit faire passer l'administration d'une logique de moyens à celle de résultats avec plus de liberté aux gestionnaires grâce à la « fongibilité » des crédits[1]. Des annexes du projet de loi des finances déterminent les engagements des programmes (« projets annuels de performance ») et la loi de règlement leurs résultats (« rapports annuels de performance »).

Les dispositifs de la LOLF de 2001, entrés en vigueur en 2006, non sans mal[2], diffusent « *la culture de la «gouvernance» dans l'administration* »[3]. Certains étaient déjà en place dans les organismes de sécurité sociale (fongibilité budgétaire, engagements sur les objectifs dans le cadre des COG) ou seront repris dans la réforme de 2005 des lois de financement[4] (introduction d'annexes sur les programmes de qualité et d'efficience).

3. La RGPP, mise en place rapide, démarche ambitieuse

Impulsée par le **Président Sarkozy** peu après son élection, la Révision générale des politiques publiques (RGPP) est une réforme de l'État de grande ampleur, sans support législatif initiateur. Sa mise en place est rapide : débutée en juillet 2007 par une phase d'analyse et d'audit[5], suivie de prises de décisions entre décembre 2007 et juin 2008 et de leur mise en œuvre. Cette révision s'articule autour de six axes de modernisation :

- *adapter les missions de l'État aux défis du XXIe siècle* ;
- *améliorer les services pour les citoyens et les entreprises* ;
- *moderniser et simplifier l'État dans son organisation et ses processus ;*
- *valoriser le travail et le parcours des agents ;*

---

[1] À l'intérieur des programmes ils peuvent être redéployés par le responsable de programme à l'exception des dépenses de fonctionnement vers les dépenses de personnel (fongibilité dite « asymétrique »).

[2] Dans le 2ème rapport (2006) sur la mise en place de la LOLF, Alain Lambert et Didier Migaud, les pères de la réforme, identifient trois dysfonctionnements : complexité accrue des procédures de préparation et d'exécution budgétaires ; souplesse des budgets globaux délégués réduite par le fractionnement des enveloppes et le fléchage des crédits persistants ; gestion de la performance balbutiante. Source, E. GRISTI, 2007, ouvrage cité, p. 370.

[3] A. SUPIOT, 2005, ouvrage cité, p. 267.

[4] Loi organique *relative aux lois de financement de la Sécurité sociale* (LOLFSS) du 2 août 2005. Cf. infra p. 68.

[5] « Passer au crible » les dépenses de l'État par 7 questions : Que faisons-nous ? Quels sont les besoins et les attentes collectives ? Faut-il continuer à faire ainsi ? Qui doit le faire ? Qui doit payer ? Comment faire mieux et moins cher ? Quel scénario de transformation ? Le dossier RGPP du 10 juillet 2007 analyse « la revue des programmes au Canada (1994-1998) » : réduction du déficit public par la revue des dépenses des ministères.

- *responsabiliser par la culture du résultat ;*

- *rétablir l'équilibre des comptes publics et garantir le bon usage de chaque euro*[1].

Les décisions sont prises par le **Conseil de modernisation des politiques publiques** (CMPP)[2], présidé par le Président de la République. Elles concernent 374 mesures mises en œuvre (et inscrites dans la loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012, adoptée le 28 janvier 2009). Les ministres, responsables de la mise en œuvre, s'appuient sur une démarche projet[3], au suivi rigoureux par des rapports d'étapes[4].

La RGPP concerne l'État et ses services, mais aussi six politiques d'intervention pour lesquels il est impliqué avec d'autres acteurs notamment l'assurance maladie et la famille et, paradoxalement, les retraites sont peu concernées[5]. En particulier le CMPP du 11 juin 2008 met en avant « *la fraude, une grave menace pour la cohésion sociale* » et en assurance maladie « *la nouvelle organisation sanitaire recherche une meilleure prise en charge des patients* », « *un système de santé qui soigne mieux les Français et retrouve un équilibre financier* » par la mise en place d'un conseil stratégique de la santé, des agences régionales de santé (ARS)[6] et de « *dispositifs de stabilisation automatique de l'assurance maladie* ». En février 2010, les réalisations concernaient notamment la tutelle de la Direction de la Sécurité sociale élargie à l'ensemble des régimes, la lutte contre la fraude et la mise en place des ARS.

Le CMPP de juin 2010 adopte près de cent-cinquante nouvelles mesures pour 2011-2013 sur trois chantiers transversaux : la « *rationalisation des dépenses* » (les réduire)[7], un « *État moderne et innovant* » (dynamiser la gestion des ressources humaine) et la qualité de service (améliorer l'accueil des usagers, simplifier et dématérialiser les démarches)[8], objectif assez nouveau, qui concerne les caisses de sécurité sociale et aura des incidences sur leur gestion[9].

4. La RGPP, une démarche limitée ?

Quel est l'impact de cette mise en place rapide de la Révision et de ses réalisations ?

---

[1] Source : http://www.rgpp.modernisation.gouv.fr/fileadmin/user_upload/4_pages_etat_service_public_2012.pdf

[2] Il réunit le gouvernement et un « comité de suivi » coprésidé par le secrétaire général de la présidence de la République et le directeur de cabinet du Premier ministre. Le ministre du Budget en est le rapporteur général.

[3] Un « comité de pilotage RGPP » mis en place dans chaque ministère anime les chefs de projet responsables chacun de la mise en œuvre d'une décision. Ils sont « accompagnés » par une « équipe d'appui Bercy ».

[4] Par ex. dans le 3ème rapport d'étape de fév. 2010, avancement figuré par des feux tricolores : vert (dans les délais) pour 76% des mesures, orange (retard) pour 21% et rouge (mesures correctrices nécessaires) pour 3%.

[5] Exception faite de la constitution du compte individuel retraite de chaque fonctionnaire.

[6] « *à la demande du Président de la République unifiera et responsabilisera l'organisation territoriale de notre système de santé* ». Troisième Conseil de modernisation des politiques publiques, 11 juin 2008, 106 p., p. 85.

[7] Mutualiser les fonctions support ; associer les opérateurs de l'État à l'effort de maîtrise des dépenses publiques ; renforcer l'audit et le contrôle interne de l'État ; lutter contre la fraude aux finances publiques.

[8] Payement en ligne des frais de santé, mise en place d'une déclaration sociale nominative (DSN) unique.

[9] Le 6ème CMPP de déc. 2011 indique p. 195 que les branches du régime général et la MSA ont adopté des objectifs de restructuration des centres de production informatiques et des orientations stratégiques immobilières.

La Cour des comptes considère, dans son *Rapport public 2010*, que la Révision générale, avec un dispositif de suivi très structuré, « *a concentré jusqu'ici l'essentiel des efforts des pouvoirs publics pour rationaliser la dépense publique* »[1]. Elle la qualifie de « *démarche ambitieuse, mais qui, en l'état actuel, aboutit, au plan budgétaire, à des résultats modestes* ».

La Cour note une « *traçabilité insuffisante* » des décisions (« *notamment de leurs effets budgétaires* ») et que « *les grands axes de modernisation qui structuraient la démarche et étaient initialement mentionnés à l'appui de chaque décision ont disparu dès juin 2008* ». La RGPP « *ne constitue pas une revue de programme* », comme envisagé[2]. La Cour préconise d'appliquer l'évaluation des politiques publiques au « *vaste secteur des opérateurs* »[3].

Ces critiques rejoignent l'analyse de François Lafarge pour qui si la RGPP « *est un effort de réforme de l'État, d'une ampleur rarement atteinte jusqu'à présent* », « *contrairement à ce qui était prévu à l'origine, la révision ne porte pas sur la pertinence des politiques publiques menées par l'État mais sur le fonctionnement de l'administration et de la mise en œuvre desdites politiques* […]. *La RGPP ne touche pas au contenu des politiques publiques* »[4].

Si l'auteur met à l'actif de la RGPP la création du « *dispositif impressionnant de suivi de la mise en œuvre des mesures "actées"* », trois points sont moins convaincants : sa place (unique ou pas ?) dans le processus de réforme de l'État[5] ; une transparence de la méthode insuffisante quant aux choix de réforme opérés, aux moyens consacrés et au suivi des réformes décidées ; un fonctionnement par ministère et des rapports insuffisants avec la LOLF.

Soulignons son importance pour les évolutions et réformes de la protection sociale, cette révision devant impacter l'ensemble du service public - sécurité sociale comprise - et ses agents (remplacement d'un départ sur deux). Mais sa pratique traduit l'absence de remise en cause (comme le préconisait déjà le rapport Pick) des interventions de l'État et les finalités des politiques publiques sont rarement abordées par le pouvoir central. Elle semble être arrivée à une fin de cycle, le 6ème rapport du Conseil de modernisation des politiques publiques de décembre 2011 n'indiquant qu'une trentaine de nouvelles mesures[6].

---

[1] Cour des comptes, *Rapport public 2010*, p. 18.

[2] La RGPP « *mobilise fortement les administrations, mais davantage pour de profondes révisions de leurs organigrammes que pour celle des politiques qu'elles mettent en œuvre* ». *Idem*.

[3] À noter que le ministre du Budget a réuni les opérateurs le 3 décembre 2009 pour leur demander de s'engager dans la voie de la RGPP et a défini des règles de gouvernance (notamment lettre de mission définissant les objectifs de l'État, tutelle unique, part variable pour le dirigeant, gains de productivité).

[4] F. LAFARGE, 2009, article cité, p. 409. Pour l'auteur, elle « *se situe donc dans une perspective de réformisme modéré qui cherche à réaliser en priorité des gains d'efficacité et à diminuer les coûts administratifs* ».

[5] « *La RGPP est très souvent présentée comme « la » procédure de réforme de l'État* » mais de nombreuses procédures de réforme sont en cours parallèlement comme les « Grenelle » ou les livres blancs. *Idem.* p. 411.

[6] En juin 2012 le site internet de la RGPP http://www.rgpp.modernisation.gouv.fr/ « *est en cours d'archivage* ».

B) ***Le pouvoir central***

À côté de l'action du Gouvernement, sera examiné le rôle de la haute fonction publique et de la Direction de la Sécurité sociale (DSS).

1. Le rôle du Gouvernement

Le Gouvernement prépare les projets de loi et détient un pouvoir réglementaire important, nombre de réformes importantes émanent d'ordonnances (en 1945, 1967 et 1996) et donc de l'exécutif. Il détermine traditionnellement l'organisation du système de sécurité sociale, les niveaux des dépenses et recettes, de la prise en charge sociale, ce qui a toujours relativisé le rôle des caisses. Il nomme, en Conseil des ministres, les directeurs des Caisses nationales.

Les ministères en charge de la sécurité sociale sont variables dans le temps. À côté d'eux, celui des Finances a toujours été important. De 2007 à mai 2012, la politique du Gouvernement dans le domaine de la protection sociale est préparée et mise en œuvre par trois ministres (deux sociaux et celui du budget)[1]. La **Direction de la Sécurité sociale** (DSS) leur est rattachée, élément significatif de l'influence de « **Bercy** », à nouveau confirmée lors de la nomination du nouveau ministre de l'économie et des finances en mai 2012 « *responsable de l'équilibre général des comptes sociaux* »[2]. Notons donc une continuité dans la volonté de contrôle par l'État (et le ministère des finances) de ses comptes et de ceux de la sécurité sociale notamment pour faire face aux engagements européens de désendettement[3].

Le rôle des ministres est fonction de l'étendue de leurs compétences (affaires sociales) et de leur « surface politique »[4] déterminant leur capacité d'action au sein de l'exécutif et l'autonomie de leur cabinet par rapport à l'administration. Notons que le Plan « Juppé » a été conçu par quelques personnes autour du Premier ministre[5] et que si la réforme des retraites 2010 a été préparée par le ministère du travail, elle a été impulsée et pilotée par l'Élysée[6].

---

[1] Ministres du travail, de l'emploi et de la santé ; des solidarités et de la cohésion sociale ; du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État (décret du 24 nov. 2010).

[2] Par les décrets du 24 mai 2012, (JO du 25), la DSS est placée sous l'autorité conjointe du ministre des affaires sociales et de la santé et du ministre de l'économie, des finances et du commerce extérieur. Ce dernier est chargé de préparer la LFSS, il en suit l'exécution et « *est responsable de l'équilibre général des comptes sociaux et des mesures de financement de la protection sociale* ». Décret n° 2012-768 du 24 mai 2012, JO du 25 p. 9256.

[3] Ce ministère *« a ouvert la possibilité d'une appréciation gouvernementale réellement globale sur les finances publiques, qui a longtemps fait défaut,* […] *et qui aboutissait généralement à ce que la sécurité sociale soit une variable d'ajustement du budget de l'État* ». A. VASSELLE, 2010, avis n° 69, document cité, p. 10.

[4] « *légitimité politique importante, liens privilégiés avec le Premier ministre et/ou le Président de la République, bonne connaissance préalable de la protection sociale*». P. HASSENTEUFEL, 2008, article cité, p. 228.

[5] « *L'élaboration s'est faite à deux niveaux : d'une part le Cabinet du Premier ministre a conduit la concertation habituelle des ministères concernés sur un large spectre de mesures ayant une incidence financière ; d'autre part, quelques personnes seulement, réunies autour de l'Élysée et de Matignon, ont été chargées de réfléchir sur les mesures dites structurelles* ». C. BÉCHON, 1996, article cité.

[6] Par le conseiller du Président de la République, Raymond Soubie.

Exécutif, partis politiques de gouvernement (de droite et de gauche) et hauts fonctionnaires partagent depuis les années 1990 les mêmes approches de la sécurité sociale : revalorisation du rôle de l'État au détriment des partenaires sociaux, limitation des « charges sociales ».

La « **mise sur agenda** » des réformes est avant tout fonction des échéances électorales et de la dégradation de la situation financière du régime général : pas de plan de redressement des comptes dans l'année qui précède les élections législatives ou présidentielles, plans rigoureux juste après[1]. De même, le dépassement de l'ONDAM est lié à des constructions peu réalistes dues au calendrier politique préélectoral. À l'inverse la maîtrise des dépenses est surévaluée « *du fait de la contrainte politique que représentent les mesures d'économie* »[2]. Bruno Palier note qu'« *à partir de 1993 notamment, le "* trou de la Sécurité sociale *" fait l'objet d'une véritable mise en scène afin de justifier les plans gouvernementaux. Le travail de dramatisation de l'ampleur du déficit est un élément essentiel de légitimation de l'intervention gouvernementale en matière de Sécurité sociale* »[3], alors qu'il n'en est pas de même pour le budget de l'État au déficit bien plus important.

Quelles sont les origines des hauts fonctionnaires qui influencent avec des conceptions similaires les réformes, quelle que soit la majorité au pouvoir ?

2. Direction de la Sécurité sociale et « élite du Welfare »

Les « grands commis de l'État » sont les technocrates réformateurs de la Quatrième République pour lesquels « *une image quasi mythique s'est ainsi formée : des hauts fonctionnaires visionnaires conduisant une administration publique puissante, assurant la continuité de l'État malgré un régime politique instable* »[4]. Pierre Laroque, premier Directeur de la Sécurité sociale en 1945, en fait partie.

La Constitution de 1958 favorise la « ***Noblesse d'État*** »[5]. S'est ensuite mise en place une « *élite du Welfare* »[6] constituée de hauts fonctionnaires attachés à la défense d'une autonomie des politiques sociales face aux « gens de Bercy ». « Énarques » pour la plupart, ils ont une

---

[1] Réformes des retraites (1967, 1993, 2010), de l'assurance maladie (1995, 2004). B. PALIER, 2005, *Gouverner la sécurité sociale*…, ouvrage cité, p. 186 s.

[2] *Idem* p. 25. ONDAM : objectif national des dépenses de l'assurance maladie.

[3] *Ibid.*, p. 190. « *… du fait du mode de financement et d'organisation de la Sécurité sociale, l'intervention du gouvernement en la matière ne va pas de soi, elle doit être justifiée par un travail de dramatisation important* ». « *À l'inverse faible médiatisation (voire minimisation) pour le déficit budgétaire pourtant bien supérieur* ».

[4] « *Sous la Cinquième République, le rapport au politique des hauts fonctionnaires évolue. L'autorité de l'exécutif est renforcée, réduisant d'autant leurs marges de manœuvre. Mais, parallèlement, des liens plus politiques s'établissent avec le gouvernement, au travail duquel ils sont appelés à participer plus directement, dans les cabinets ministériels ou même comme "* ministres techniciens *". Cette politisation semble finalement renforcer leur influence, en en redistribuant le jeu* ». E. GRISTI, 2007, ouvrage cité, p.123.

[5] Pierre Bourdieu, *La Noblesse d'État, Grandes écoles et esprit de corps*, 1989, Les éditions de Minuit.

[6] W. GÉNIEYS, P. HASSENTEUFEL, 2001, article cité.

grande longévité dans le secteur amenant une expertise et capacité d'intervention dans la définition des choix publics mais avec une autonomie relative par rapport aux acteurs politiques[1]. Sa dernière génération se présente comme celle des « **gestionnaires du social** » au détriment du paritarisme : l'« *affirmation du rôle de l'administration par rapport aux caisses de Sécurité sociale constitue un leitmotiv récurrent qui, bien que n'étant pas radicalement nouveau s'affirme très fortement depuis 1981. Ces conceptions se traduisent très nettement dans le plan Juppé qui est largement issu de réflexions émanant de la Direction de la Sécurité sociale* [DSS] *dont le rôle s'est fortement affirmé au cours de la période* »[2].

De même la loi « Douste-Blazy » de 2004, élaborée par la **DSS** et le cabinet du ministre consacre « *le leadership de l'élite du Welfare sur l'assurance maladie* »[3]. La DSS indique avoir aussi piloté les réformes des retraites, des aides liées à la garde des enfants, des lois de financement de la sécurité sociale, de la création de la CMU, celle du RSI[4]. Élément d'unité étatique de la sécurité sociale, elle « *reste une direction forte et structurée* »[5].

Les membres de cette « ***élite programmatique*** »[6] influencent donc les politiques sociales par leur rôle de conseil, leur place dans les cabinets ministériels, à la DSS, la Cour des comptes et de direction des Caisses nationales et fonds nationaux, au sein d'un État régulateur qui a mis en place des formes de relations rénovées avec les organismes devenus opérateurs.

§ 2 L'évolution de la tutelle sur les organismes

Le caractère juridique particulier des caisses - établissements privés exécutant un service public - est affirmé par le Conseil d'État dès 1938 par l'arrêt « *Caisse primaire Aide et protection* » du 13 mai 1938 : les agents des caisses appartiennent à « *un organisme chargé de l'exécution d'un service public, même si cet organisme a le caractère d'un "* établissement

---

[1] Autonomisation liée à la continuité de leurs conceptions (renforcement du rôle de l'État pour préserver la Sécurité sociale et critique du paritarisme), au rôle direct de ces hauts fonctionnaires de définition d'outils de politique publique (CMU par exemple), à des lieux administratifs de rencontre (au-delà des affinités politiques) et des liens interpersonnels (estime mutuelle, réseaux informels). Source, *Idem.*

[2] *Ibid.* p. 46. Et « *un glissement d'une logique d'égalité vers une logique d'équité est également perceptible. On la retrouve dans l'évolution des prestations familiales et dans le projet de couverture maladie universelle* ».

[3] « *qu'incarne aujourd'hui Frédéric van Roekeghem, polytechnicien, ingénieur de l'armement, ancien directeur du Fonds de solidarité vieillesse puis de l'ACOSS puis du cabinet de Philippe Douste-Blazy. À ce titre il est en première ligne de l'élaboration de la loi d'août 2004 qui crée l'UNCAM* ». P. HASSENTEUFEL, 2008, article cité p. 226.

[4] Principales réformes pilotées par la DSS**.** http://www.securite-sociale.fr/institutions/dss/dss.htm, accès 16/12/10

[5] M. LAROQUE, *dir.*, 2005, ouvrage cité, p. 47. La DSS existe depuis 1945 sauf de 1964 à 1966.

[6] P. HASSENTEUFEL, 2008, article cité, titre : « Régulation étatique de l'assurance maladie et affirmation d'une élite programmatique ».

privé " […] *le service des assurances sociales est un service public* »[1]. Est donc justifié leur contrôle sous la forme d'une tutelle de l'État. Cette tutelle a vu récemment ses structures réformées par une centralisation, mais cette dernière ne l'éloigne-t-elle pas de sa connaissance des organismes ? (A). La contractualisation avec les caisses nationales par les conventions d'objectifs et de gestion a probablement changé la nature de leurs relations. Une des questions majeures est de savoir s'il s'agit réellement de relations contractuelles ou si elles demeurent empreintes de rapports hiérarchiques (B).

A) *D'une tutelle de proximité à la centralisation*

La tutelle initiale, controversée et ***a priori*** sur les actes et personnes, va évoluer vers plus de contrôle *a posteriori*. Ses structures et thèmes sont de plus en plus nationaux.

1. La tutelle traditionnelle : débats initiaux et justification

Comme la désignation des administrateurs ou la question de la caisse unique, celle de la tutelle (terme venant de celle sur les collectivités locales, et antérieurement liée à l'incapacité des mineurs en droit civil) oppose les membres de la Commission spéciale de l'Assemblée en 1945. Le projet de l'administration prévoit un commissaire du gouvernement siégeant au sein des conseils pour représenter les pouvoirs publics, « *contrepartie indispensable de l'extension des pouvoirs de décision accordés aux caisses* » pour Pierre Laroque[2]. Les représentants de la CGT et de la CFTC (Confédération française des travailleurs chrétiens), unis pour la première fois, s'y opposèrent entraînant l'abandon du projet[3]. Aussi, la tutelle eut la possibilité de **suspendre** les décisions du conseil d'administration (CA) contraires à la loi ou de nature à compromettre l'équilibre financier de la caisse.

La tutelle avait les moyens d'agir, confortée par le décret du 25 mars 1949 *tendant à renforcer le contrôle de l'État sur les organismes de sécurité sociale*.

Mais pour le Rapport au Président du Conseil des ministres, les mesures « *se bornent à compléter des mécanismes qui assurent effectivement la surveillance de l'État sur l'activité des organismes de sécurité sociale en donnant à ces organismes une efficacité accrue, mais*

---

[1] Cette qualification paraissant aller de soi, l'arrêt n'indique pas les motifs qui la justifient. Pour Xavier Prétot le critère déterminant est la prise en charge par la collectivité publique d'une mission d'intérêt général dont la gestion est confiée par l'État à des organismes spécialisés placés sous son contrôle. X. PRÉTOT, 1998, ouvrage cité, p. 452.

[2] « *Le commissaire du gouvernement saura ne pas être un gêneur, il aidera au contraire les caisses* » ajoutait-il. H. GALANT, 1955, thèse citée, p 22. Les caisses assumant des responsabilités exercées lors des Assurances sociales par les directions régionales (affiliation des assurés, recouvrement des cotisations) nécessitaient pour la Direction de la Sécurité sociale le contrôle de l'État.

[3] Depuis 1967, des commissaires du gouvernement représentant les ministres chargés de la sécurité sociale et des finances assistent au CA des caisses nationales et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

en ménageant [leur] *autonomie nécessaire. Il ne serait pas sans danger d'aller plus loin dans la voie de l'accentuation de l'emprise de l'État sur* [leur] *gestion* »[1].

L'**autonomie** des organismes ne provient pas d'un fondement constitutionnel, comme celle des collectivités locales, mais d'un choix du législateur. Le Conseil d'État, dans deux arrêts du 27 novembre 1964, affirme que l'administration des caisses par leurs représentants *« constitue un des principes fondamentaux applicables auxdits régimes* [de sécurité sociale] *et, comme telle, relève de la compétence législative* »[2]. De ce fait le pouvoir de tutelle, s'il est légitime et permet *« certaines interventions jugées nécessaires de la puissance publique, en raison du caractère des activités assumés par les organismes* », ne peut s'exercer que dans les cas et limites autorisés par le législateur. Ainsi le décret n° 60-452 du 12 mai 1960 ne pouvait donner à l' « *autorité administrative un pouvoir général de substitution* » au CA[3].

Toutefois une différence d'appréciation jurisprudentielle apparaît : pour les CA, les motifs d'annulation de leurs actes et de tutelle sur les personnes (démission d'office…), doivent être prévus par la loi ; pour les agents de direction, « *une compétence élargie du pouvoir réglementaire paraît admise* »[4] : la subordination des nominations à l'agrément ministériel ne constitue qu'une modalité d'exercice de la tutelle appartenant au pouvoir réglementaire[5].

2. Une tutelle sur les personnes et sur les actes

Le ministre en charge de la sécurité sociale veille à l'application des dispositions législatives et réglementaires la concernant et au contrôle des organismes. La Direction de la Sécurité sociale est en particulier chargée de la tutelle qui jusqu'à fin 2009 était exercée par le Préfet de région (et déléguée au Directeur régional des affaires sanitaires et sociales, DRASS).

La tutelle intervient sur les personnes et sur les actes.

Sur les personnes, elle concerne les administrateurs et le personnel de direction. Le ministre peut, en cas d'irrégularité ou de faute grave, prononcer la suspension ou la dissolution de l'ensemble du Conseil d'administration (décisions devenues rares), la démission d'office ou la révocation d'un administrateur. Pour les agents de direction, la tutelle intervient par les procédures d'inscription sur la « *liste d'aptitude* » aux emplois et

---

[1] Le décret prévoit un « budget administratif » approuvé par la tutelle en cas de dépassements des frais de gestion et le contrôle des institutions privées ayant reçu des subventions ou prêts supérieur à un million F. Cette tutelle « renforcée » sur les budgets concernait 18 caisses en 1952 et 2 en 1958. C. BONIFAY, 1961, thèse citée, p. 35, 38, 218. Chiffres significatifs d'une maîtrise des dépenses de gestion par les organismes de base et de leur CA.

[2] C. E., Assemblée, 27 nov.1964, UNAF n° 51.47, Caisse centrale de secours mutuels agricoles, n° 51.425.

[3] En cas de carence des CA en matière disciplinaire pour les agents de direction. Affaire Caisse centrale.

[4] X. PRÉTOT, 1986, article cité, p. 265.

[5] Position du Conseil d'État, dans les arrêts du 27 novembre 1964, confirmée par le Conseil constitutionnel, le 8 août 1985 (décision 85-139 L) : les dispositions « *qui ont pour objet de déterminer des modalités d'exercice de la tutelle de l'État sur des organismes de sécurité sociale sont de nature réglementaire* ».

d'agrément[1]. Cet « *agrément* » accordé (ou refusé) après la nomination peut faire l'objet d'un « retrait » à tout moment. Il faut noter que même lors de prégnance de la tutelle, jusqu'en 1960, « *l'importance relativement faible des retraits d'agrément tend à prouver que l'Administration de tutelle n'utilise cette arme que lorsque les fautes sont particulièrement graves* »[2]. Le **retrait d'agrément** ne peut être prononcé par le ministre qu'après présentation de leurs observations par l'organisme et l'agent de direction. Depuis le décret du 2 juin 1999[3] s'il « *entraîne de plein droit cessation des fonctions pour lesquelles l'agrément avait été accordé* », il n'est plus, comme sous le décret du 12 mai 1960, synonyme de licenciement lequel ne peut intervenir que dans le cadre d'une procédure disciplinaire faisant intervenir le CA[4]. La tutelle **sur les actes** vise les décisions des CA[5], soumises au contrôle de légalité mais aussi d'opportunité financière. Les annulations étaient nombreuses à l'origine (1710 arrêtés d'annulation en 1956 dont 759 pour des questions de personnel)[6] mais sont devenues rares.

Le directeur régional intervenait, en théorie, dans toutes les phases du contentieux de la sécurité sociale[7]. Le contrôle des organismes est également exercé par des corps d'inspection et de contrôle à vocation interministérielle, Cour des comptes, Inspection des finances et Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

L'**IGAS**, créée en 1960, prenant la suite du corps du contrôle général, peut contrôler et évaluer tous les organismes qui participent à l'application des législations de sécurité sociale. Elle procède à l'évaluation des COG et formule des propositions pour leur élaboration.

La tutelle *a priori* va évoluer suite à la mise en place des Caisses nationales, la **circulaire** n° **21 SS** du 21 mars 1968 l'allège pour éviter un contrôle de l'opportunité des décisions et laisser aux CA « *le maximum de responsabilité dans le domaine de leur compétence* »[8].

---

[1] Accordé jusqu'en 2009 par le DRASS qui intervenait avec l'IGAS (et les directeurs ou présidents de caisse) dans la notation permettant l'inscription sur la « liste d'aptitude » aux emplois d'agents de direction.

[2] C. BONIFAY, 1961, thèse citée, p. 37. 24 retraits d'agrément de 1945 à 1960 sur 1200 agents de direction : 2 en 1946-47, 18 entre 1948 et 1953 et 4 de 1954 à 1960. Ils ont surtout concernés les directeurs (17).

[3] D. 99-449 du 2 juin 1999 *relatif aux contrôles sur les organismes de sécurité sociale et aux contentieux général et technique de la sécurité sociale et modifiant le code de la sécurité sociale*. JO 4 juin 1999, p. 8223.

[4] Prévue par l'article R 123-51 CSS et l'art 30 de la CCN : la décision de rétrogradation, révocation ou licenciement d'un agent de direction ne peut intervenir qu'après avis d'une commission saisie par le CA d'une proposition de sanction. En cas d'urgence, il peut être suspendu par le ministre chargé de la sécurité sociale (disposition étendue aux MSA depuis 2010, suspension par le ministre de l'Agriculture, art. R123-52 CSS).

[5] Était aussi transmis à la tutelle l'état mensuel des décisions des directeurs concernant le personnel.

[6] C. BONIFAY, 1961, thèse citée, p 38.

[7] Par l'approbation des décisions des commissions de recours amiable, la présentation du point de vue du gouvernement devant le tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS), en première instance et la possibilité d'interjeter appel devant la chambre sociale de la cour d'appel, cette dernière possibilité de fait peu utilisée. L'article R. 123-3 CSS prévoyait que dans toute instance engagée par un agent contre son organisme employeur, cet agent devait, à peine de nullité, appeler à l'instance le préfet de région, qui pouvait présenter ses conclusions.

[8] Reproduite in J.-J. DUPEYROUX, 1969, ouvrage cité, p. 581.

3. L'ajout du contrôle *a posteriori*

La tutelle sur les caisses de base se manifestait notamment par l'approbation de leurs budgets. Cette procédure était devenue une formalité depuis que les caisses nationales négociaient des plans pluriannuels de gestion administrative avec les ministères et attribuaient des dotations limitatives aux organismes pour lesquels existait, de fait, une « *double tutelle* »[1].

La loi du 25 juillet 1994 *relative à la sécurité sociale*[2] aurait répondu à une demande syndicale d'autonomie des organismes de sécurité sociale en contrepartie de l'acceptation du plan de redressement de 1993 comportant des réformes des prestations[3]. Elle tire les conséquences du partage des tâches budgétaires en prévoyant que les budgets « *sont soumis à l'approbation de leur organisme national de rattachement* » (art. L. 153-2 CSS). Elle allège aussi la tutelle sur l'informatique locale, approuvera les schémas directeurs nationaux et des budgets pluriannuels dans le cadre de « *quasi contrats d'objectifs* »[4].

Si elle maintient une tutelle a priori, elle instaure le **contrôle *a posteriori*** *« destiné à évaluer l'efficacité de l'action* [des] *organismes et à mesurer leurs résultats au regard des objectifs fixés par eux-mêmes et par l'État* » (art. L. 153-10 CSS).

Cette loi introduit une évolution sensible et selon les propos de Mme Veil, elle « *pourrait ne constituer qu'une première étape* »[5], préfiguratrice du plan Juppé.

L'ordonnance nº 96-344 du 24 avril 1996 *portant réforme de l'organisation de la Sécurité Sociale* confirme le rôle des caisses nationales, la tutelle de l'État sur elles prenant une forme en principe plus consensuelle et contractualisée par des conventions d'objectifs et de gestion (COG).

La « tutelle » régionale *a priori* étant plus réduite s'accompagnait d'une évaluation *a posteriori* des actions des caisses non seulement dans leur gestion administrative mais aussi sur leur gestion des risques ou de leurs ressortissants (ces possibilités doivent être relativisées compte tenu de la diminution des effectifs des corps d'inspection des DRASS).

La suppression des DRASS va entraîner un changement important avec la centralisation de la tutelle et une extension de son champ d'intervention.

---

[1] R. PELLET, 2005, article cité, p. 83.
[2] Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994, JO du 27 juillet 1994, p. 10815. Due à Mme Veil, ministre des Affaires sociales.
[3] Ce plan de redressement mettant en place la baisse du ticket modérateur et surtout la réforme des retraites « Balladur » de 1993 ne verra pas « *l'opposition massive des syndicats* », le gouvernement ayant négocié leur acceptation « *par des concessions qui répondent à certaines exigences syndicales en matière de charges indues et d'autonomie des caisses de Sécurité sociale* » (création du fonds de solidarité vieillesse - FSV - et projet de loi aboutissant à la loi du 25 juillet 1994). B. PALIER, 2005, ouvrage cité, p. 192.
[4] M. LAROQUE, 1994, article cité, p. 912.
[5] *Ibid.*, p. 913.

4. La centralisation par la Mission nationale de contrôle et d'audit

Dans le cadre de la Révision générale des politiques publiques (RGPP), les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) sont remplacées par deux structures[1] « *n'ayant pas vocation à traiter du contrôle des organismes* ». Pour que l'État continue « *à s'assurer de la performance de la gestion par les caisses de sécurité sociale* » est créée une Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (MNC), rénovant, à compter de janvier 2010, l'organisation de la tutelle et du contrôle.

Cette création d'importance résulte d'une circulaire de la DSS de juillet 2009 précédant de quelques mois la parution d'un arrêté puis de deux décrets fin décembre[2] !

Sous la forme juridique d'un « ***service à compétence nationale*** », rattaché au directeur de la sécurité sociale, elle est constituée d'une cellule nationale et de neuf antennes inter-régionales, censées « *maintenir une nécessaire proximité* » avec les organismes locaux dont les actes soumis au contrôle de légalité lui sont transmis uniquement par voie électronique.

Le programme d'évaluation et d'audit, « stratégie de contrôle » annuelle, est défini « *en cohérence avec les autres programmes d'inspection du champ sanitaire et social* » par un comité directeur composé de hauts fonctionnaires[3]. Il est présidé par le directeur de la Sécurité sociale qui propose au comité le programme à arrêter.

Pour la circulaire DSS n° 2009-191, le contrôle des organismes, est « *inchangé dans ses principes, mais modernisé et renouvelé* » « *en le recentrant sur certains* ***axes prioritaires*** *définis au plan national* ».

Les compétences de la Mission, sont voisines de celles qui étaient confiées aux Directions régionales des affaires sanitaires et sociales en matière de contrôle de légalité et d'évaluation[4]. Comme antérieurement, le contrôle s'exerce sur pièces[5] et sur place.

---

[1] Agence régionale de santé et Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

[2] Circulaire DSS n° 2009-191 du 3 juillet 2009 relative à la création d'une mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale. BO Santé – Protection sociale – Solidarités du 15 août 2009, p. 590 Arrêté du 9 novembre 2009 portant création d'un service à compétence nationale dénommé « Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale ». JO du 22. Le JO du 20 déc. 2009 publie deux décrets du 18 décembre : n° 2009-1596 et n° 2009-1597 relatifs au contrôle des organismes de sécurité sociale.

[3] Arrêté du 9 nov. 2009, article. 4. Le comité directeur comprend notamment le secrétaire général des ministères sociaux, le chef de l'IGAS, le directeur du budget, le directeur des affaires sociales du ministère de l'agriculture.

[4] Compétences de la MNC (arrêté du 9 nov. 2009) : contrôle de légalité ; agrément des agents de direction, évaluation pour la liste d'aptitude ; évaluation, audit et veille sur les caisses ; contrôles demandés par la Cour des comptes, enquêtes non programmées (problèmes ponctuels) ; contrôle des mutuelles du Livre III.

[5] Art. R. 151-1 CSS. Le responsable de la MNC, annule dans les 8 jours les décisions des CA contraires à la loi. En cas de complément d'instruction, il peut les suspendre jusqu'à décision du ministre, saisi pour annulation. La caisse nationale donne son avis. Si la décision du ministre n'intervient pas dans les 40 jours, la décision du CA est exécutoire. Il peut suspendre une décision compromettant l'équilibre financier des risques. Si la caisse la maintient, elle saisit la caisse nationale. La mesure reste suspendue tant que le CA de la caisse nationale « *ne l'a explicitement confirmée ou infirmée et que sa délibération n'est pas devenue définitive* » (art. L 151-1 §3).

Deux points méritent de retenir l'attention :

- le **renforcement** du contrôle *a posteriori* : audit des objectifs et des indicateurs, fonction d'appui à des projets d'optimisation de la gestion et extension de l'audit aux « *process* » des traitements et au contrôle interne des organismes locaux dont « *la performance de la gestion* » requiert « *une attention particulière* » vu le niveau des sommes qu'ils engagent ;

- la fonction de **veille** exercée par la MNC « *axée sur la continuité du service public de la sécurité sociale et l'application homogène des politiques sociales* » s'appuiera notamment sur le contrôle de légalité, des « *outils de vigilance* » et certains contentieux[1].

Suite à la RGPP, comme pour la Direction de la Sécurité sociale qui « *exercera la tutelle, à titre principal, de l'ensemble des régimes de sécurité sociale* » et des organismes concourant au financement de la protection sociale[2], le contrôle par la MNC s'étend à eux, mais l'objectif, dans le rapport de juin 2010 devient : « *Renforcer la tutelle et le contrôle de la DSS sur l'ensemble des régimes de sécurité sociale* ». À l'extension succède le renforcement.

La réforme de la tutelle tient compte du pilotage par les Caisses nationales de leur réseau. Notons que le contrôle des caisses « aberrantes » peut être concurrent de celui de la Cour des comptes dans le cadre du « *réseau d'alerte* ». Il est permis de s'interroger sur la réelle proximité et la connaissance des caisses et de leurs dirigeants, comme pouvaient l'avoir les DRASS, élément de contrainte mais qui pouvait limiter des pratiques abusives.

5. Du Comité national à la Délégation nationale de lutte contre la fraude

La lutte contre la fraude est devenue une priorité associant tous les acteurs de façon croissante depuis 2004, et surtout 2007, traduite dans les lois de financement de la sécurité sociale (qui comportent depuis une section consacrée au contrôle et à la lutte contre la fraude), la RGPP et par la loi du 14 mars 2011, dite « *Loppsi 2* »[3]. Elle est conduite à un haut niveau gouvernemental, le Parlement y est sensible, comme en témoignent les amendements aux lois de financement de la sécurité sociale et le rapport d'information déposé le 29 juin 2011 à l'Assemblée nationale (effectué avec le concours de la Cour des comptes)[4].

Le ministre du Budget est chargé de coordonner la mission interministérielle de lutte contre la fraude (lettre de mission du 11 octobre 2007). Une convention nationale est conclue

---

[1] Information des litiges devant les prud'hommes, des décisions en appel ou pourvois en cassation.
[2] Rgpp_cmpp_110608_1_1.pdf p. 20.
[3] L'article 104 de la loi n° 2011-267 du 14 mars 2011 *d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure*, (JO du 15 mars 2011), habilite les agents de l'État et des caisses à s'échanger tous renseignements pour leurs recherches. Les agents concernés sont nombreux : contrôleurs des Urssaf, agents des organismes nationaux, de Pôle emploi, de l'Unédic et AGS, agents de direction des organismes locaux et leurs agents de contrôle (art. L. 114-16-3 CSS).
[4] D. TIAN, 2011, *Rapport d'information n° 3603 sur la lutte contre la fraude sociale*, rapport cité.

le 3 avril 2008 entre la Direction générale des impôts, la Direction de la Sécurité sociale et les organismes nationaux (régime général, RSI, MSA) pour en accroître l'efficacité[1].

Le décret du 18 avril 2008[2] crée une délégation nationale à la lutte contre la fraude (**DNLF**). Présidée par le premier Ministre, elle rassemble neuf ministres[3], les présidents des organismes nationaux de protection sociale et quatre parlementaires alors que le Comité national de lutte contre la fraude en matière de protection sociale résultant du décret n° 2006-1296 du 23 octobre 2006 était présidé par un membre de corps d'inspection de l'État et composé de directeurs d'administration et d'organismes sociaux.

La délégation nationale est chargée d'orienter la politique gouvernementale de lutte contre les fraudes aux finances publiques et de la mise en place et de la coordination des Comités opérationnels départementaux anti-fraude (**CODAF**)[4] alors que les Caisses nationales coordonnent leur réseau en la matière. Elle pilote la coordination des actions menées par l'État, la Sécurité sociale, Pôle emploi, les retraites complémentaires et a pour objectifs de professionnaliser les échanges entre organismes, d'examiner les lacunes juridiques ou failles organisationnelles, notamment en matière de prestations. Elle a retenu dans ses axes stratégiques des croisements de fichiers entre les différents organismes[5] et élaboré un **Plan national** de coordination de la lutte contre la fraude aux finances publiques 2011.

Cette centralisation de la tutelle (et plus récemment de la lutte contre les fraudes) est significative de la réduction des rôles et pouvoirs du niveau local (caisses et préfets) au profit des échelons nationaux, État central et Caisses nationales, inflexion notable depuis le tournant constitué par la mise en place des COG.

B) *Les Conventions d'objectifs et de gestion*

Parachevant la réforme de 1994, le Plan Juppé a mis en place une contractualisation dont nous pourrons nous demander si elle n'a pas transformé fondamentalement la gouvernance du système et les relations entre les acteurs.

---

[1] Pour mettre en commun les informations disponibles, faciliter les échanges de données, mettre en place des programmes de formation, utiliser des outils communs. Communiqué de presse ministre du Budget, 3 avril 2008.
[2] Décret n° 2008-371 du 18 avril 2008 relatif à la coordination de la lutte contre les fraudes et créant une délégation nationale à la lutte contre la fraude. JO du 19 avril 2008, texte n° 34.
[3] ministre chargé du budget (qui supplée le Premier ministre en cas d'absence) et ministres chargés du travail, de la sécurité sociale, de la santé, de la justice, de la défense, de l'intérieur, de l'agriculture et de l'immigration.
[4] D. 2010-333 du 25 mars 2010, JO du 26, p. 6014. Présidés par les préfets et procureurs de la République.
[5] L'article L. 114-12-1 CSS (article. 138 LFSS pour 2007) créé un répertoire national commun aux régimes obligatoires de sécurité sociale, caisses de congés payés et Pôle emploi sur leurs bénéficiaires de prestations. Il est aussi accessible par les URSSAF et par les collectivités territoriales pour l'attribution de l'aide sociale. Est prévu une interconnexion des fichiers de prestations et de l'impôt sur le revenu. Note de synthèse/CMPP juin 2010, p. 11.

Il s'agissait de formaliser la **délégation de gestion** du service public de la sécurité sociale, en principe, sous le contrôle du Parlement, mais le dispositif a récemment évolué au profit de l'exécutif.

1. L'ordonnance nº 96-344 du 24 avril 1996

Pour le rapport au Président de la République, le projet d'ordonnance « *tire toutes les conséquences, pour l'architecture et la gestion des caisses de sécurité sociale et pour les relations qu'elles entretiennent avec l'État, de la loi constitutionnelle* » votée le 19 février 1996[1]. Il a pour objectif « *l'instauration d'un nouveau dynamisme dans la gestion de l'institution ... ces conventions visent à accroître l'autonomie des caisses et à renforcer le partenariat entre les parties signataires* » et « *accroît parallèlement le rôle des caisses nationales, notamment à travers le processus des conventions d'objectifs et de gestion et les procédures de consultation et de propositions* ».

Les conventions d'objectifs et de gestion (COG), résultent de l'ordonnance du 24 avril 1996[2] et sont conclues entre l'État et chaque caisse nationale « *dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale* » (article L. 227-1 CSS). Elles déterminent « *les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et les organismes disposent pour les atteindre et les actions mises en œuvre* ».

Elles précisent d'une part les objectifs en matière de gestion du risque, de prestations (légales et d'action sociale), d'encaissements[3] et « *l'amélioration de la qualité du service aux usagers* », d'autre part les règles de calcul et d'évolution des budgets (de gestion, d'action sanitaire et sociale et de prévention). Faisant l'objet d'une évaluation contradictoire (et éventuellement d'avenants en cas de charge de travail résultant d'évolutions réglementaires), elles prévoient, « *le cas échéant* », des dispositions sur l'évolution du réseau des caisses et « *les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs* ».

Les **COG** et leur déclinaison auprès des caisses de base par les contrats pluriannuels de gestion (**CPG**) conclus avec la Caisse nationale, concernaient à l'origine le régime général[4], les régimes maladie et retraites des non-salariés. Conclues pour une période minimale de trois

---

[1] JO du 25 avril 1996, p. 6298 ; « *les dispositions ... préservent et confortent les caractéristiques essentielles qui font la force et l'originalité de la sécurité sociale à la française, qu'il s'agisse de sa décentralisation dans le cadre d'un réseau d'organismes de droit privé chargés d'une mission de service public ou de son autonomie de gestion sous la responsabilité des partenaires sociaux* ».

[2] Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 *portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale*, JO du 25 avril 1996, p. 6301.

[3] « *la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés* » ainsi que « *le cas échéant, à la politique d'action sociale et de prévention* ».

[4] Pour la CCMSA contractualisation uniquement nationale et la branche AT/MP n'était pas concernée.

ans, les conventions d'objectifs et de gestion sont signées par les ministres et le président et le directeur de la caisse nationale. Était prévue pour la CNAM[1] un avenant annuel fixant un objectif des dépenses de soins de ville fonction de l'ONDAM voté par le Parlement[2].

Cette « *nouvelle logique contractuelle est confortée par la mise en place des conseils de surveillance, instances indépendantes* » examinant auprès de chaque caisse nationale, la mise en œuvre des COG[3]. Plus d'autonomie en principe mais surveillée par une instance légitime présidée par un parlementaire.

2. Mise en place, évolution et élaboration des COG

Les conventions de « première génération », à partir de 1997, ont deux grands objectifs : amélioration de la **qualité de service**, adaptation aux attentes des usagers (notamment accueil physique et téléphonique) et efficience de la gestion (développement du contrôle interne, rationalisation des coûts …). Elles permettront aux caisses de mettre en place et d'acclimater la démarche, nouvelle, d'une contractualisation basée sur l'atteinte d'objectifs quantifiés.

Mais pour la Cour des comptes la capacité stratégique et le pilotage des contractants, État et caisses nationales, étaient insuffisants[4] pour l'atteinte d'objectifs structurels compte tenu du nombre d'organismes et de leur autonomie[5]. Elle recommandait de « *rééquilibrer* » le contenu des futures COG « *pour faire de la réorganisation du réseau, de la productivité et de la baisse des coûts des objectifs majeurs* »[6]. Notons toutefois que dans ces COG conformes à l'ordonnance d'avril 1996, la réorganisation des réseaux n'étant pas un objectif obligatoire.

À la suite de ce rapport, un article de la LFSS pour 2005 introduit par l'Assemblée nationale, étend le contenu des conventions aux « *objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et de son organisation territoriale* », allonge leur durée à quatre ans minimum et renforce les moyens d'études du Parlement par la transmission des COG et l'appui de l'IGAS aux conseils de surveillance. Sur ces nouvelles bases, les conventions d'objectifs et de gestion de « troisième génération » aboutiront à la restructuration des **réseaux** (départementalisation

---

[1] CNAM (ou CNAMTS) : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

[2] ONDAM, Objectif national des dépenses d'assurance maladie. Cette disposition a été abrogée par l'article 91 de la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009, JO du 13 mai 2009, p. 7920.

[3] « *Ces conseils seront ainsi les garants de la nouvelle chaîne de responsabilité créée par la réforme constitutionnelle* ». Rapport au Président de la République, JO du 25 avril 1996, p. 6298.

[4] « *Pour souhaitable qu'il soit, l'accroissement des pouvoirs des établissements nationaux sur les organismes de leur réseau ne serait pas suffisant. L'augmentation de leur capacité stratégique, la diminution du nombre d'organismes, un cadre budgétaire plus strict, une meilleure organisation des caisses nationales elles-mêmes et, de la part de l'État, une vue stratégique plus claire, sont tout aussi nécessaires au progrès dans la définition des stratégies et dans le pilotage* ». Cour des comptes, *La sécurité sociale*, septembre 2004, 482 p. citation p. 184.

[5] Du fait du nombre d'organismes (dotés d'un CA) et « *d'une grande latitude d'organisation et de gestion, la capacité de la tête de réseau à exercer une fonction d'animation et de pilotage est déterminante.* » *Idem*, p. 161.

[6] Recommandation n° 20. Ibid. p. 184.

des caisses infra départementales) et à des objectifs de maîtrise financière de la gestion administrative. Des principaux régimes de base, les COG ont essaimé vers la plupart et doit les concerner tous en 2013 (nouvelles réformes du 4ème rapport RGPP de juin 2010).

Il devrait y avoir un lien entre les objectifs des conventions et ceux des Programmes de qualité et d'efficience (annexés à la LFSS, voir infra). Si quelques-uns sont voisins, existe une différence de nature : les premiers, pluriannuels, privilégient surtout des objectifs de gestion alors que les programmes, présentés annuellement, sont orientés vers les politiques sociales. Néanmoins les COG récentes s'inspirent des objectifs des PQE (exemple pour la CNAV, l'emploi des seniors) et dans le cadre de la gestion du risque, déclinent les objectifs de l'État.

La **négociation** avec les ministères portent sur les objectifs (et indicateurs) et les moyens alloués aux caisses nationales (dont le taux de remplacement des agents, sujet sensible). Le projet de convention, d'abord élaboré par la caisse nationale prend en compte les souhaits de la Direction de la sécurité sociale[1], laquelle joue, côté État, un rôle majeur et bénéficie d'une évaluation par l'IGAS de la convention en cours d'achèvement. Le projet finalisé entre la Caisse nationale, la DSS et la direction du Budget[2] est examiné par le CA. Il en résulte des éléments constants demandés par la tutelle accompagnés d'une grande variété d'objectifs tenant à la diversité d'intervenants (et des spécificités). Les COG les plus récentes ont des éléments communs : gestion du risque, lutte contre les fraudes, développement durable et surtout restructuration des réseaux. Elles font l'objet d'un suivi annuel entre la caisse nationale et la tutelle. Quel bilan peut-on faire des conventions d'objectifs et de gestion ?

3. Seulement des conventions « d'objectifs de gestion » ?

Les engagements des tutelles, moins nombreux que ceux des caisses, ne sont pas toujours tenus et elles « *sont trop peu attentives aux contraintes de mise en œuvre des décisions* »[3].

Se pose la question de **l'égalité des contractants** des COG : l'État n'est-il pas en position de force face aux Caisses nationales dont il nomme, et remercie, les directeurs ? Leur négociation échappe en grande partie aux CA (même s'ils se prononcent sur les orientations). Les conventions ont permis à l'État d'intervenir sur la gestion administrative et l'organisation des organismes, jusque-là domaine réservé des directions et des administrateurs. Elles

---

[1] La DSS « *est l'interlocuteur privilégié des organismes, soit seule, soit en association avec les directions d'autres ministères – le ministère de l'Agriculture par exemple, dans le cas de la mutualité sociale agricole. La direction du budget est associée à l'élaboration et au suivi des COG* ». IGAS, 2009, rapport cité, p. 177.

[2] Alexandre SINÉ indique dans « *L'ordre budgétaire* » (2006, ouvrage cité) qu'à la direction du budget, les agents ont une culture commune (faite d'une « *double rhétorique* » de l'intérêt général et de « *l'apocalypse permanente* ») les faisant osciller entre légitimisme et défiance par rapport au pouvoir politique.

[3] Par ex. fiabilisation des données transmises à la CNAV, engagement non repris par l'État dans les autres COG ; insuffisante association des organismes aux changements de réglementation. IGAS, 2009, rapport cité, p. 179 s.

deviennent le « *support privilégié* » de la mise en place de la Révision générale des politiques publiques dans les organismes de sécurité sociale[1].

Nous soulignerons l'importance accordée à la gestion plus qu'aux objectifs stratégiques, les conventions accompagnent souvent la mise en place des réformes (de l'assurance maladie en 2004, des retraites en 2003 et 2010). Leur durée de quatre ans ne permet pas une vision des projets à plus long terme.

Il est permis de se demander s'il s'agit de « convention d'objectifs **et** de gestion » ou seulement de « conventions d'objectifs **de** gestion » : la sémantique de leur rédaction est significative de la priorisation des objectifs afférents à la gestion et au professionnalisme sur la solidarité et les valeurs voire la démocratie sociale[2]. En paraphrasant, Raymond Soubie, nous pourrions dire : « à l'État les objectifs, aux caisses nationales la gestion »[3].

La multiplication des objectifs nuit à leur priorisation, la fiabilité de certains indicateurs déclaratifs est discutable et la gestion avant tout centrée sur l'atteinte des objectifs peut délaisser des activités n'ayant pas d'indicateurs dans la convention. Le rapport annuel 2009 de l'Inspection générale des affaires sociales note que « *les conventions qui s'achèvent ont pâti d'une focalisation insuffisante sur les objectifs stratégiques et, a contrario, de la profusion et du pointillisme des engagements qui y figuraient* »[4].

L'**évaluation** des COG est faite par le Ministère sous forme de rapports d'évaluation et de tableaux de performance. Elle devait être suivie également par le Parlement, notamment par les **Conseils de surveillance**. Présidés par un parlementaire[5] et placés auprès de chaque caisse nationale du régime général, leur rôle était d'examiner l'exécution des COG, d'en informer le Parlement, de relever les éventuels manquements des signataires. Présentés par l'ordonnance de 1996 comme un organe confortant la logique contractuelle, dès la LFSS pour 2006 celui de la CNAM ne donne plus son avis sur les propositions d'évolution des dépenses et recettes (remplacé en cela par le Conseil de l'UNCAM)[6] ; le renouvellement de ces instances

---

[1] Comme l'indique le *Rapport sur la programmation pluriannuelle des finances publiques*, 2010, rapport cité.

[2] Dans les sept COG des régimes de base et de la CNSA débutant en 2005 ou 2006 les termes les plus utilisés sont : objectifs 587 fois, information 582, professionnel/ professionnalisme 289, qualité 278, efficacité/efficience 196, accueil 163, résultat 147, performance 138. Apparaissent peu les mots égalité 32 fois, équité/équitable 29, solidaire/ solidarité 28, valeurs 11, justice 9. Le terme « démocratie sociale » ne figure que dans la COG du RSI. Source : V. RAVOUX, 2008, article cité.

[3] « *À l'État les objectifs, à la CNAM la gestion* », Interview de R. Soubie, *Libération* du 8 décembre 1994, p. 10.

[4] « *Cet excès, loin de renforcer la capacité de la tutelle à peser sur les choix des organismes et à mieux les contrôler, tend à vider de sens réel le suivi de la contractualisation*. […] *Les ressources limitées de la tutelle comme la logique de performance portée par les COG plaideraient davantage pour une régulation s'attachant à la réalisation des objectifs stratégiques et une évaluation concentrée sur la satisfaction des usagers, le bon usage des finances sociales et l'efficience des organismes* ». IGAS, 2009, rapport cité, p. 161.

[5] Comprenant notamment trois députés et trois sénateurs sur trente-quatre membres à la CNAM, par exemple.

[6] Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

indépendantes n'intervenait plus depuis 2007 et de ce fait elles ne se réunissaient plus depuis 2008, contredisant l'objectif d'association du Parlement dans la gouvernance du système.

4. La convention-cadre de performance, « super » COG ?

Les conventions d'objectifs et de gestion les plus récentes prévoient que les caisses nationales feront une communication « *sécurité sociale* » sur la valorisation de la performance du service public de la sécurité sociale[1]. Mais les démarches de modernisation « *demeurent encore trop éclatées entre les régimes et leurs branches* »[2].

Aussi, les projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2010 et ensuite pour 2011[3] créaient un « Fonds de performance de la sécurité sociale » financé par tous les régimes légaux : caisses nationales du régime général, régime social des indépendants (RSI), régime agricole (CCMSA) et régimes spéciaux. Il devait être géré par l'UCANSS. Cette disposition n'avait pas été adoptée, s'étant heurtée à l'opposition du Sénat compte tenu de son coût et d'un intérêt peu évident.

Lors de l'examen du PLFSS pour 2012, un **amendement** gouvernemental, non examiné en commission, reprend et complète le dispositif de « Prospective et performance du service public de la sécurité sociale ». Il prévoit, avant le 1er janvier 2013, la conclusion d'une « *convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale* » entre l'État et les organismes nationaux de sécurité sociale (régimes général, MSA, RSI, spéciaux).

Allant au-delà des recommandations de la Cour des comptes de 2011[4], cette convention détermine les « objectifs transversaux » d'actions communes de simplification, d'amélioration de la qualité du service, de mutualisation[5], de présence territoriale des différents régimes et branches et d'évaluation de leur performance.

La procédure est similaire à celle des COG : signature par les présidents et directeurs, durée de quatre ans minimum, indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés - « *le cas échéant* » - aux objectifs, processus d'évaluation et d'avenants, transmission aux commissions parlementaires. La convention-cadre s'impose aux conventions d'objectifs et de gestion qui devront être négociées dans son respect.

---

[1] Traduite par une campagne contre les fraudes en septembre 2011 associant les régimes et l'État.
[2] Exposé des motifs de l'amendement n° 755 présenté à l'Assemblée nationale lors du PLFSS pour 2012.
[3] Article adopté par l'Assemblée nationale dans le PLFSS pour 2010 suite à un amendement du Gouvernement et supprimé par le Sénat, position qu'il a maintenu. Source : A. VASSELLE, 2010, Rapport n° 88, p. 273, 274.
[4] « *Promouvoir les mutualisations de manière plus systématique et rigoureuse sur la base d'un schéma-cible d'organisation* », « *définir pour chaque branche une doctrine en matière de proximité* » tenant compte des besoins des usagers et de l'impératif d'efficacité. Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, sept. 2011, p. 403, 404.
[5] Notamment en gestion immobilière, achats, ressources humaines, communication et systèmes d'information, en cohérence avec le plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

L'amendement reprend la création du « ***Fonds de prospective et de performance*** *de la sécurité sociale* » confié à l'UCANSS et « *dont les dépenses sont imputées aux budgets* » des régimes[1]. Subrepticement[2], il supprime les Conseils de surveillance, au motif que la convention-cadre sera transmise à la MECSS (mission d'évaluation et de contrôle des LFSS) « *ce qui permettra de renforcer la capacité de contrôle et d'expertise du Parlement sur les objectifs stratégiques poursuivis par l'ensemble du service public de la sécurité sociale* ». Si le Sénat a supprimé l'amendement, en l'absence de texte de la commission paritaire (le Sénat étant passé à une majorité de gauche) il a été reconduit par l'Assemblée nationale.

La création de cette loi-cadre et du fonds témoigne du désir du Gouvernement et de la Direction de la Sécurité sociale de contrôler davantage et d'uniformiser les conventions d'objectifs et de gestion et l'action de tous les régimes dans les domaines qui leur étaient spécifiques (qualité de service et implantation de l'accueil, mutualisations). De même que les lois de programmations s'imposent aux lois de financement de la sécurité sociale, la convention-cadre devrait contraindre la négociation des conventions d'objectifs et de gestion sur des sujets majeurs et renforcer le rôle de l'État (et de la Direction de la sécurité sociale).

Examinons le rôle du Parlement et de la Cour des comptes intervenant dans le contrôle des organismes, acteurs contribuant à légitimer le rôle de l'État.

SECTION 2. L'ÉTAT LÉGITIMÉ

Au niveau central un rôle croissant est exercé par la Cour des comptes par rapport à l'État et à la Sécurité sociale (§ 1). Le vote de lois de financement de la sécurité sociale a accru le rôle du Parlement en la matière : élément d'une nouvelle démocratie politique ? (§ 2)

§ 1 La Cour des comptes, contrôle et assistance

Grand corps de l'État (avec le Conseil d'État et l'Inspection des finances), cette institution supérieure de contrôle financier de l'État comprend, parmi ses sept chambres, la sixième compétente en matière de sécurité sociale. Elle a un rôle de **juridiction financière** qui est passée d'un contrôle des comptes à leur certification (A). Elle est aussi chargée par la Constitution d'assister le Parlement et le Gouvernement (B).

---

[1] Soit 5 millions d'euros pour concourir à la modernisation et à l'amélioration de la performance du service public de la sécurité sociale, notamment pour la réalisation d'audits ou de projets, contribuer aux dépenses de fonctionnement résultant des missions de contrôle et d'évaluation des organismes (en fait au bénéfice de la tutelle ?) Art. L. 114-24 CSS. Les économies en résultant sont estimées à 30 millions d'euros en 2013 puis à 50 millions d'euros les années suivantes par l'exposé des motifs de l'amendement.

[2] Suppression non évoquée par la ministre ni le rapporteur lors de la présentation de l'amendement n° 755.

A) *Du contrôle des comptes à leur certification*

Le contrôle ancien des comptes de l'État va céder la place au concept plus moderne et inspiré du secteur privé de la certification qui va aussi concerner la Sécurité sociale. La Cour des comptes a-t-elle les mêmes exigences pour tous les acteurs qu'elle certifie ?

1. L'extension du rôle traditionnel de contrôle des comptes

À l'origine, la Cour des comptes n'avait pas de compétence pour contrôler les comptes des caisses compte tenu de leur statut de droit privé. La loi du 31 décembre 1949 étend son contrôle à tous les organismes de sécurité sociale et créée une « chambre sociale »[1]. Le décret du 11 février 1985, étend sa mission sur les caisses à un contrôle « *portant sur l'ensemble de leurs activités ainsi que sur les résultats* »[2].

Ce contrôle était difficile compte tenu du nombre et de l'hétérogénéité des caisses, aussi les Comités départementaux d'examen des comptes (CODEC) puis les Comités régionaux (**COREC**)[3] lui serviront de relais pour un contrôle de proximité.

Le contrôle de la Cour concerne actuellement les organismes de sécurité sociale, ceux ayant bénéficié de leur concours financier, le Fonds de réserve des retraites, ainsi que les régimes de retraites complémentaires, d'origines conventionnelles mais obligatoires. Depuis la disparition des Comités régionaux d'examen des comptes, la Cour a souhaité poursuivre ses contrôles sur les organismes de base dans le cadre d'un « ***réseau d'alerte*** » associant tutelle et caisses nationales[4]. Avec le concours des administrations qui participaient à ces contrôles, elle traite « *une dizaine d'indicateurs par branche ou régime* » et contrôle ceux ayant « *les situations apparemment les plus problématiques* »[5].

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, elle suit l'évolution des réseaux (nombre de caisses, performance globale), apprécie les indicateurs (de productivité et d'efficacité) et les actions des caisses nationales par rapport aux organismes de base contrôlés.

---

[1] Le rapport de la Cour des comptes de 1952 est entièrement consacré à la Sécurité sociale.

[2] D. 85-199 *relatif à la Cour des comptes*, JO du 15/02 p. 1959. L'article 47 prévoit que la Cour peut demander à la tutelle de mettre en jeu la responsabilité des agents de direction et est informée des sanctions prononcées.

[3] Le Trésorier Payeur Général présidait les COREC réunissant les administrations de contrôle (finances, affaires sociales et lois sociales agricoles). Ils procédaient à un contrôle approfondi tous les 5 ans et tous les ans à des contrôles allégés et avaient succédé depuis le décret du 17 nov. 1999 aux CODEC créés par un décret de 1961.

[4] « *Le choix des indicateurs, puis la sélection des organismes à auditer sont effectués en collaboration entre la Cour, les administrations participantes et les caisses nationales* ». Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, sept. 2008, 486 p., citation p. 136.

[5] Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, sept. 2010, p. 113. Peu d'organismes sont contrôlés : dans son rapport, *La Sécurité sociale*, de sept. 2008, la Cour indique, p. 85, le contrôle de 5 Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), 4 Caisses d'allocations familiales (CAF), 4 URSSAF et 5 caisses de mutualité sociale agricole (MSA).

2. La certification des comptes par la Cour des comptes

Le plan comptable unique va précéder la certification des comptes.

Afin de passer d'une comptabilisation « de caisse » (des recettes et dépenses lors de leur encaissement ou décaissement) à une comptabilité « en droits constatés » (rattachant les opérations à l'exercice), la Cour a impulsé l'adoption d'un **Plan comptable unique** commun aux organismes de sécurité sociale (PCUOSS). L'objectif est de fournir une image fidèle des comptes correspondant aux engagements et gommant par exemple les effets de stocks de dossiers des prestations non versées en fin d'année. La mise en œuvre de cette réforme[1], entrée en vigueur en 2002, a été accompagnée par la Cour. Incidemment elle accroît le rôle des Caisses nationales sur la comptabilisation des organismes de base.

La certification des comptes, prévue par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) de 2001, s'inspire des procédures comptables du secteur privé. Elle concerne les comptes de l'État depuis 2006, dont le compte général « *est établi, sur le fondement des principes et règles comptables applicables aux entreprises* ». Pour la Cour, elle « *se définit comme l'opinion écrite et motivée que formule, sous sa propre responsabilité, un organisme indépendant sur les comptes d'une entité* »[2].

La **loi organique du 2 août 2005** confie à la Cour des comptes la certification des comptes des organismes nationaux du régime général de sécurité sociale. La Cour prononce neuf « opinions » sur leurs comptes annuels et ceux combinés des cinq branches.

La démarche de certification par la Cour est précédée par la « **validation** » des comptes des organismes de base par l'agent comptable « national », nécessitant pour les organismes un suivi important pour assurer la traçabilité de leurs opérations[3]. La procédure d'établissement du rapport de certification est identique à celle des comptes de l'État. Les projets de rapports sont adressés aux directeurs des Caisses nationales et au Directeur de la sécurité sociale lesquels peuvent faire part de leurs observations. La Cour peut certifier les comptes sans réserve ou en fonction des anomalies constatées émettre des **réserves**, refuser la certification ou estimer être dans l'impossibilité d'exprimer une opinion[4].

---

[1] Loi n° 2000-1257 du 23/12/2000 *de financement de la sécurité sociale pour 2001*, JO 24/12 p. 20558.

[2] « *Elle consiste à collecter les éléments nécessaires à l'obtention d'une assurance raisonnable sur la conformité des états financiers, dans tous leurs aspects significatifs, à un ensemble donné de règles et de principes, au premier rang desquels figurent la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes* ».
Cour des comptes, *Certification des comptes de l'État*, exercice 2008, 86 p., citation p. 2.

[3] Tâche plus conséquente que la justification des comptes auprès des inspecteurs faisant leur rapport au COREC.

[4] La certification peut revêtir quatre formes : certification sans réserve ; avec réserves portant sur certains aspects des comptes non satisfaisants ; opinion défavorable en cas de désaccord important sur les états financiers ; impossibilité d'exprimer une opinion en cas de limitation ne permettant pas de mener à bien les contrôles.
Source : Cour des comptes, *Synthèse de la certification des comptes du régime général*, juin 2010, p. 8.

3. Une certification attentive des comptes du régime général

La première certification concernant, comme pour l'État, l'exercice 2006 s'est traduite par des « *réserves significatives* » pour les comptes de la CNAM et de la CNAV et les comptes combinés de leurs branches et de celle du recouvrement, les comptes de l'ACOSS faisant l'objet d'une réserve simple. La Cour n'a pas été « *en mesure d'exprimer une opinion* » sur les comptes combinés de la branche famille et de la CNAF[1] en raison des « *nombreuses limitations substantielles* » affectant l'audit des comptes[2].

Pour l'exercice 2007, la Cour a certifié cinq comptes avec réserves, n'a toujours pas été en mesure de se prononcer sur ceux de la branche famille et de la CNAF. Pour son Premier Président, elle « *a refusé de certifier les comptes du recouvrement et de l'ACOSS* » suite à des « *désaccords avec le producteur de comptes* » et constaté « *des irrégularités dans la comptabilisation de certaines opérations, dont elle a demandé la correction, sans obtenir satisfaction* »[3] et minorant le déficit du régime général de 980 M€. Il indiquait à la fin de son intervention que la certification « *n'est pas un exercice purement formel, censé s'adapter aux aléas de gestion et aux pratiques des établissements nationaux et des administrations de tutelle… Le message délivré par l'acte de certification s'adresse non seulement aux producteurs de comptes mais aussi à l'administration de tutelle.* » Il convient de noter sa recherche de fiabilité des comptes et en particulier des créances de l'État envers les caisses.

Pour 2008, la Cour a certifié **avec réserves** les comptes de la CNAM et de l'ACOSS, refusé ceux de la CNAF (déficience du contrôle interne) et, nouveauté, ceux de la CNAV[4]. Les comptes 2009 à 2011 ont été certifiés avec réserves pour toutes les branches sauf pour 2009 pour la CNAV, pour 2010 pour la branche AT/MP. Pour 2011, les refus de certification la concernent encore et de nouveau la CNAF (en raison de l'augmentation des trop-perçus par les allocataires) et « *la Cour a constaté en 2011 un sensible ralentissement de la démarche continue et progressive d'amélioration de la qualité des comptes du régime général* »[5].

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2006, les comptes des organismes nationaux des autres régimes sont, à compter de l'exercice 2008, certifiés par un

---

[1] CNAM, Caisse nationale de l'assurance maladie (des travailleurs salariés) ; CNAV, Caisse nationale d'assurance vieillesse (des travailleurs salariés) ; CNAF, Caisse nationale des allocations familiales ; ACOSS, Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

[2] Cour des comptes, 2007, *Rapport de certification, exercice 2006*, cité, p. 95, 97.

[3] Allocution de Philippe SÉGUIN, 30 juin 2008, p. 2. Ces désaccords concernent notamment des rattachements de produits, appuyés par la tutelle, à l'exercice 2007 alors qu'ils concernaient 2008.

[4] 5 % des retraites de 2008 avec erreur financière ; anomalies de données reçues de l'Unédic : validation d'un trimestre à partir d'un jour de chômage au lieu de 50. Pour 2009, dossiers de pensions (7,56%) avec erreurs.

[5] « *Tout en prenant acte de l'importance des réorganisations majeures en cours au sein des différents réseaux et des nombreux progrès réalisés depuis plusieurs années* ». Rapport LOLFSS, Communiqué de presse de la Cour des comptes du 28 juin 2012.

commissaire aux comptes (deux en cas de comptes combinés). Compte tenu des opérations croisées entre ces régimes et le régime général (intégration dans ses comptes de charges et produits ou soldes), des échanges d'information existent entre la Cour et les commissaires aux comptes pendant le processus de certification. Cette possibilité est légalisée par la LFSS pour 2011[1]. Le refus de certification des comptes 2008 de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole pour insuffisance du contrôle interne a entraîné une réserve pour la CNAF[2]. Pour le même motif, les comptes du Régime social des indépendants de 2008 à 2010 sont refusés.

La Cour a-t-elle les mêmes exigences (ou sévérité) pour les comptes de l'État que pour le régime général et pour lui « *la totale liberté d'expression de l'évaluateur* »[3] ? Il est permis d'en douter. Pour le compte général de l'État la Cour a formulé depuis 2006 des réserves (insuffisances des systèmes comptables et d'audit interne)[4] alors qu'elle refusait les comptes de la CNAF pour les mêmes motifs pour 2008. Mais la Cour pourrait-elle adopter la même attitude pour l'État ? On imagine le discrédit occasionné par un refus de ses comptes.

B) *Le contrôle de la gestion publique*

Déjà la Constitution de 1946 donnait un rôle d'assistance de la Cour des comptes à l'Assemblée nationale que celle de 1958 va étendre au Gouvernement. La mise en place des lois de financement de la sécurité sociale va accroître son rôle en la matière.

1. L'assistance de la Cour des comptes à l'État

La loi du 25 juillet 1994 prévoit (art. 13) la transmission annuelle par la Cour d'un rapport au Parlement « *analysant les comptes de l'ensemble des organismes de sécurité sociale soumis à son contrôle* », occasion pour la Cour de lui apporter des « *informations et analyses propres à éclairer les débats sur la sécurité sociale* », « *sans s'interdire cependant ni les vues d'avenir ni les propositions de réforme* »[5]. Depuis la réforme constitutionnelle de 1996, elle

---

[1] Article 46. La Cour peut leur demander tous renseignements sur les entités qu'ils certifient et se faire communiquer les documents établis et est habilitée à leur communiquer tous renseignements sur les opérations qu'elle a effectuées sur la certification des comptes des organismes nationaux du régime général.

[2] Finançant le solde des prestations des salariés agricoles, la CNAF intègre les prestations versées par les MSA.

[3] « …un ancien Premier président de la Cour des comptes soulignait qu'elle « *ne dispose peut-être pas de la totale liberté d'expression de l'évaluateur. Nous sommes une institution publique ; quel que soit notre statut d'autonomie entre le législatif et l'exécutif, nous appartenons à l'appareil d'État, et donc, au stade des propositions ou des remises en cause d'une action publique ou d'une politique publique, la Cour est forcément tenue à un minimum de réserve – les évaluations de la Cour prendront la forme de rapports publics – et doit donc se limiter à des conclusions d'ordre technique* ». J.-L. WARSMANN, 2008, rapport cité, p. 366.

[4] Treize réserves substantielles pour 2006, huit pour 2009 dont systèmes d'information financière et comptable de l'État imposant une limitation générale dans l'étendue des vérifications de la Cour.
Cour des comptes, *Certification des comptes de l'État exercice 2009*, mai 2010, 84 p, source p. 6.

[5] Cour des comptes, *Rapport sur la sécurité sociale*, sept. 1994, p. 1.

« *assiste le Parlement et le gouvernement dans le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale* » (art. 47-1 alinéa 3). La loi organique du 22 juillet 1996 prévoit la production d'un rapport sur l'application de ces lois. Ce nouveau rôle s'est accompagné en 1997 de la création de la **sixième chambre**, spécifique à la sécurité sociale.

La réforme constitutionnelle du 23 juillet 2008 modernise et conforte ce rôle par le nouvel article 47-2 qui regroupe ses attributions. Élément nouveaux, elle « *assiste le Parlement dans le contrôle de l'action du Gouvernement. Elle assiste le Parlement et le Gouvernement dans l'évaluation des politiques publiques* »[1]. Cet article donne au Parlement un **appui** nécessaire compte tenu de l'évolution du rôle de l'État : « *La révolution qui a consisté à substituer l'obligation de résultat à l'obligation de moyens a considérablement accru le champ d'investigation des parlementaires, mais a aussi accru leur besoin de disposer d'un bras séculier pour récolter, analyser et lui communiquer l'information nécessaire* »[2].

Les travaux de la Cour des comptes sont pour le Parlement une source de propositions. Il a institutionnalisé ses relations avec la Cour et lui demande des rapports particuliers sur la protection sociale. Elle peut être saisie de toute question relative à l'application des lois de financement de la sécurité sociale, procède aux enquêtes, communique ses conclusions à la Commission.

2. Une influence certaine en Sécurité sociale

Le rôle de la Cour des comptes est allé croissant en sécurité sociale et son intérêt en la matière, du fait des difficultés financières, est certain depuis les années 1980[3]. La Cour, indépendamment de ses obligations législatives, est libre du choix des investigations menées par la sixième chambre.

L'influence de la Cour résulte aussi de ses recommandations en matière de gestion des caisses, de la certification des comptes et de la **médiatisation** de ses rapports. Déjà le rapport public de 1990 critique sévèrement la gestion de la Caisse d'Allocations familiales (CAF) de la région parisienne et surtout de la CNAM : après sa publication, la presse se fera l'écho des dépenses de réception de son président, contribuant à discréditer le paritarisme et la gestion du régime général par les partenaires sociaux. Au vu des certifications effectuées sur les comptes des caisses nationales du régime général notons un examen très attentif de la Cour

---

[1] « *Par ses rapports publics, elle contribue à l'information des citoyens* ». Son rôle d'assistance et d'information résulte du rapporteur à l'Assemblée nationale, le projet de loi prévoyait que la Cour « *contribue* » à l'évaluation.
[2] C. BLAZY-MALAURIE, « Les rapports de la Cour des comptes au Parlement : synthèse », *RFFP* 2007, n°99, pp.53-58, spé. p.55. Cité par C. ALONSO, 2010, thèse citée, p. 482.
[3] En témoigne le colloque organisé à l'occasion du 200ème anniversaire de la Cour, en septembre 2007 avec une table ronde consacrée au rôle de la Cour des comptes en matière de réforme de la sécurité sociale.

(contrainte d'autant plus forte pour elles que les réserves sont largement médiatisées). Parallèlement la certification, (« processus vertueux » pour la Cour), a renforcé le contrôle interne des organismes nationaux, accru leur rôle sur leur réseau par la validation des comptes locaux et contribue ainsi à un pilotage « à la procédure ».

A été notable la nomination de ses membres à la tête des Caisses nationales du régime général ou de la DSS[1] constituant une partie de « l'élite du Welfare » et participant à des réformes (plan Juppé par exemple). Actuellement elle semble plus recentrée sur ses missions traditionnelles, renforcées, et avoir un rôle plus marqué d'évaluation des politiques publiques.

La Cour des comptes est bien représentée au sein de diverses instances en lien avec la sécurité sociale. Son Premier Président nomme notamment le secrétaire général de la Commission des comptes de la Sécurité sociale. Un comité présidé par le président de la sixième chambre de la Cour anime et coordonne les contrôles sur les organismes. À noter que la caractéristique des organismes de sécurité sociale pour le code résulte de deux éléments : jouir de la personnalité civile et être soumis au contrôle de la Cour des comptes[2].

§ 2 Le Parlement, la démocratie politique

La Constitution de 1946 institue un régime parlementaire donnant à la Chambre des députés la possibilité de légiférer sur la sécurité sociale mais aussi de bloquer toute tentative de changement (notamment lorsqu'il est question de réduire l'autonomie des conseils d'administration). Le ministre adressait depuis 1948 au Parlement un état annuel des encaissements et réserves du régime général. Dans la Constitution de 1958, l'accroissement du domaine législatif en Sécurité sociale (A) va s'accompagner d'un renforcement du contrôle parlementaire, dont nous pourrons nous demander s'il ne s'agit pas d'un trompe-l'œil (B) ?

A) *Un domaine législatif croissant dans la Constitution de 1958*

Le changement majeur va être l'instauration des lois de financement de la Sécurité sociale, dont l'importance est, en principe, renforcée par la réforme constitutionnelle de juillet 2008.

---

[1] À la DSS de 1981 à 1983, de 1987 à 1994, 1996 à 2000. À la CNAM les Directeurs provenaient tous de la Cour de 1989 à 2002 (aucun à l'ACOSS). D'après Louise HERVIER, *La Cour des comptes et les réformes de la sécurité sociale*, mémoire de Master 2, Institut d'Études Politiques de Paris, 2007, 118 p., annexe 3, p. 103.

[2] En application des dispositions des articles L. 154-1 et L. 154-2 CSS.
Par exemple l'ancien article R. 123-3 CSS prévoyant que dans une instance d'un agent contre son organisme employeur, le demandeur devait appeler à l'instance le préfet de région. Ces dispositions pouvaient être rendues applicables « *à tous organismes de sécurité sociale jouissant de la personnalité civile et soumis au contrôle de la Cour des comptes en application des dispositions des articles L. 154-1 et L. 154-2* ». De même l'article. R. 133-4 prévoit des contraintes décernées « *par le directeur de tout organisme de sécurité sociale jouissant de la personnalité civile et soumis au contrôle de la Cour des comptes* » en application des mêmes articles.

1. Un rôle mineur en 1958 revalorisé par la réforme constitutionnelle de 1996

La Constitution de 1958, par « *le parlementarisme rationalisé* »[1] limitait le domaine législatif de l'article 34 aux « ***principes fondamentaux*** » de la sécurité sociale[2]. Les réformes les plus importantes résultant souvent d'ordonnances, comme en 1967 et en 1996, privant le Parlement d'une discussion véritable.

Il n'avait aucun rôle en finances sociales[3], la contribution sociale généralisée (**CSG**) issue de la loi de finances pour 1991 lui donna plus de légitimité par le vote d'une contribution pas assise uniquement sur les salaires (et réduit celle de gestion des partenaires sociaux, préparant le terrain à la substitution de la « démocratie sociale » par la « démocratie politique »).

La loi du 25 juillet 1994 consacre sa section 4 au « rôle du Parlement en matière de sécurité sociale » et son article 13 prévoit que lui sera présenté par le Gouvernement tous les ans un « *rapport relatif aux principes fondamentaux qui déterminent l'évolution des régimes obligatoires de base de sécurité sociale* »[4].

Mais l'aboutissement du processus résulte du **Plan Juppé**.

Dans sa « *Déclaration de politique générale sur son plan de réforme de la protection sociale* » à l'Assemblée nationale le 15 novembre 1995, le Premier ministre Alain Juppé déclare que la nouvelle responsabilité du Parlement « *appelle une révision de la Constitution. Ce sera la clé de voûte de la réforme. Ce sera l'acte fondateur qui donnera, 50 ans après, une nouvelle légitimité à notre protection sociale* »[5]. L'objectif du projet de loi constitutionnelle était par la « *loi d'équilibre de la sécurité sociale* » de permettre au législateur notamment « *d'approuver les orientations générales de la politique de protection sociale* »[6], les objectifs de dépenses, à la différence de la loi des finances, étant par nature indicatifs[7].

---

[1] Notamment : détermination constitutionnelle du régime des sessions, fixation de l'ordre du jour et organisation des débats par le Gouvernement, réduction du nombre des commissions, délimitation du domaine de la loi, encadrement financier des initiatives parlementaires. Source : J.-L. WARSMANN, 2008, rapport cité, p. 22.

[2] Le Parlement avait de ce fait un rôle généraliste, intervenant par le vote de lois sur les prestations, du BAPSA ou des « impositions de toute nature » (taxes sur l'alcool par exemple). Les dispositions concernant la sécurité sociale figuraient souvent au sein de lois « fourre-tout » les DMOS (lois portant diverses mesures d'ordre social).

[3] Après plusieurs tentatives du Parlement, une proposition de loi organique de Michel d'Ornano, en 1987 prévoyait un projet de loi sur les finances sociales (non conforme à l'article 34 pour le Conseil constitutionnel).

[4] Ce rapport retrace, pour les trois années précédentes, les prestations, leur financement ; détaille les prévisions de recettes et de dépenses pour l'année en cours et suivante, les projections pour les deux années ultérieures, et les aides et compensations versées ; présente, pour les trois années à venir, des orientations de dépenses et de recettes pour garantir leur équilibre à moyen terme.

[5] A. JUPPÉ, 1995, document cité. Il engagera sur son plan la responsabilité du Gouvernement.

[6] Et d'évaluer les ressources fiscales affectées aux régimes et de fixer des objectifs de dépenses assortis, le cas échéant, de taux d'évolution, tout particulièrement en matière d'assurance maladie. *Exposé des motifs du projet de loi constitutionnelle n° 2455 instituant la loi d'équilibre de la sécurité sociale*, déposé le 20 déc. 1995.

[7] « *Il ne saurait s'agir d'un exercice budgétaire classique.* […] *les dépenses résultent de l'exercice des droits des assurés. Elles ne sont pas le produit de la décision d'ordonnateurs liés par des crédits limitatifs* » (les recettes, étant conditionnées par les taux de cotisation fixés par le pouvoir réglementaire). *Idem.*

Il s'agit donc d'un vote de **légitimation politique** du Gouvernement par le Parlement (qui ne devait pas remettre en cause l'autonomie de gestion de caisses de sécurité sociale)[1].

La loi du 22 février 1996 insère dans l'article 34 de la Constitution[2] les lois de financement de la sécurité sociale (**LFSS**) qui « *déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes*[3]*, fixent ses objectifs de dépenses* ». Elle crée par l'article 47-1 des conditions d'adoption proches de celles de l'article 47 pour les projets de lois de finances (PLF) : saisine de l'Assemblée nationale et après 20 jours du Sénat (40 pour les PLF) qui dispose de 15 jours pour voter (idem PLF) ; à l'issue d'un délai global de 50 jours (70 pour les PLF) le gouvernement peut mettre en œuvre le projet par ordonnance.

Mais après 1997, l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) sera systématiquement dépassé, « *mettant ainsi directement en cause la portée du vote du Parlement* »[4]. Afin de lui « *redonner toute sa crédibilité* » il est prévu dès la fin des travaux parlementaires de la loi d'août 2004, le dépôt d'un projet de réforme des lois de financement.

2. La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS)

À cette fin, la LOLFSS du 2 août 2005[5] modifie les modalités de préparation et de suivi des lois de financement et s'inspire de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) du 1er août 2001. La LOLF prévoit, avant le vote des projets de loi des finances et de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), un rapport du gouvernement au Parlement (pouvant être débattu) sur l'ensemble des prélèvements obligatoires et de leur évolution qui évalue financièrement les dispositions législatives ou réglementaires prévues.

Le but est la fixation d'objectifs **pluriannuels** de dépenses, pour mieux prendre en compte la montée en charge des mécanismes de régulation des dépenses de santé. De ce fait les nouvelles de lois de financement comprennent quatre parties : approbation des résultats de l'exercice écoulé, rectification des prévisions de l'exercice en cours, dépenses et recettes de l'année à venir (des prévisions sont annexées pour les quatre années à venir).

Les volumineuses annexes détaillent notamment six **programmes de qualité et d'efficience** (PQE) portant sur les grandes politiques de sécurité sociale et assignent à leurs régimes des objectifs et des indicateurs. Ces instruments d'évaluation (voisins de ceux mis en

---

[1] La révision « *ne portera pas atteinte à l'autonomie de gestion des caisses de sécurité sociale* ». *Ibidem.*
[2] Loi constitutionnelle 96-138 *instituant les lois de financement de la sécurité sociale*, JO 23 fév. 1996, p. 2911.
[3] Disposition émanant du Parlement. Le projet de loi prévoyait : « *La loi d'équilibre de la sécurité sociale détermine les conditions générales de l'équilibre financier prévisionnel de la sécurité sociale et fixe, en fonction de celles-ci, les objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique* ».
[4] Exposé des motifs de l'article 22 du projet de loi relatif à l'assurance maladie, enregistré le 16 juin 2004, p. 16.
[5] Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 *relative aux lois de financement de la sécurité sociale*, JO du 3 août 2005, p. 12633.

place pour les lois de finances par la loi organique relative aux lois de finances de 2001) ont pour la DSS « *l'ambition d'appréhender de façon globale l'impact final des politiques de sécurité sociale sur les conditions de vie des Français* »[1].

Si la réforme est inspirée par la LOLF avec la mise des finances sociales sous surveillance, la loi de financement de la sécurité sociale n'est pas un budget aux crédits limitatifs (même si pour la CNAM le respect de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie est prégnant) et ne concerne que les régimes obligatoires de base. Ces lois permettent surtout des mesures d'adaptation et de réforme des prestations : la maîtrise des dépenses ne nécessite plus de ce fait l'adoption de « plans de redressement des comptes » qui pouvaient avoir un effet psychologique sur l'opinion publique (diminution temporaire de la consommation médicale) mais mettaient en avant des mesures impopulaires. Les LFSS annuelles remplissent au final le même rôle avec moins de difficultés politiques, l'exercice étant programmé, les mesures peuvent être moins visibles ou moins mises en avant par les médias.

Relevons en 2011 la première loi de financement de la sécurité sociale rectificative, limitée à l'exonération de la « prime de partage des profits »[2].

L'encadrement du vote du Parlement dans des délais contraints sur des sujets techniques relativise son rôle et ses capacités d'initiative. Ces **limites** sont aussi celles de tous les textes législatifs : amendements devant entrer dans le cadre législatif, ne pas créer de nouvelles charges[3] et être examinés en commission ou acceptés par le gouvernement[4]. Bien entendu, le fait majoritaire joue ici aussi et peu d'amendements sont votés en cas d'avis défavorable du gouvernement. En cas d'opposition du Sénat, le dernier mot appartient à l'Assemblée nationale et donc à la majorité gouvernementale.

3. La révision constitutionnelle de juillet 2008 : renforcement des LFSS avec les LPFP ?

Cette révision du 23 juillet 2008 renforce la place constitutionnelle des projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale et leur donne un statut particulier. Si l'ordre

---

[1] *Les programmes de qualité et d'efficience (PQE)*, Portail de la sécurité sociale. Site internet de la DSS.
26 objectifs, 21 spécifiques, 5 identiques pour « garantir la viabilité financière de la branche » et 172 indicateurs dont 64 de cadrage et 108 « objectifs/résultats ».
Exemples d'objectifs maladie : un égal accès aux soins, développement de la prévention, qualité de prise en charge des patients, efficience du système de soins et maîtrise médicalisée ; retraites : niveau de vie adapté aux retraités, plus grande liberté de choix de l'âge de départ, solidarité entre retraités, emploi des salariés âgés.

[2] Loi n° 2011-894 du 28 juillet 2011 *de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011*. Versement d'une prime par les entreprises de plus de 50 salariés si elles ont versé des dividendes d'un montant supérieur à la moyenne des 2 années précédentes. Son montant est négocié et à défaut d'accord fixé par l'employeur. Elle est exonérée (limite de 1200 € par salarié par an) de contribution ou cotisation légale ou obligatoire par la loi.

[3] L'article. 40 prévoit la non recevabilité des propositions et amendements d'un parlementaire s'ils entraînent une diminution des ressources publiques, la création ou l'aggravation d'une charge publique.

[4] Art. 44 de la Constitution.

du jour est désormais fixé par chaque assemblée (art. 48), ces projets bénéficient d'une inscription « par priorité ». Leur discussion porte en première lecture sur le texte présenté par le gouvernement (et non sur celui adopté par la commission pour les autres projets et propositions de lois, art 42). Ces projets financiers, qualifiés par le « comité Balladur » de réforme constitutionnelle, de « *textes les plus essentiels à l'action du Gouvernement* » ne sont pas concernés par la réforme limitant l'usage du « 49-3 » à un texte par session[1].

La révision instaure dans l'article 34 de la Constitution les « ***lois de programmation*** » définissant les orientations pluriannuelles des finances publiques (administrations centrales, locales et de sécurité sociale). Leur objectif est de répondre aux prescriptions de l'Union Européenne de maîtrise globale des finances publiques, à moyen terme, en intégrant finances de l'État et de la sécurité sociale, « solennisée » par le vote du Parlement, amené à « *approuver la stratégie du Gouvernement* » du programme de stabilité[2].

Ainsi la « *loi de programmation des finances publiques* » (**LPFP**) du 9 février 2009[3] a déterminé pour quatre ans l'évolution du solde des administrations, des dépenses publiques, la maîtrise des recettes de l'État et de la sécurité sociale. L'article 8 fixe l'évolution annuelle de l'ONDAM à 3,3 % de 2009 à 2012, l'article 10 le montant des recettes des régimes obligatoires de base. Chaque année le Gouvernement présentera au Parlement avant le PLFSS l'objectif annuel de coût des niches sociales[4] et un rapport d'évaluation de l'efficacité et du coût des nouvelles mesures (article 12). Afin de les encadrer, toute création ou extension de niche devra être compensée financièrement par la suppression ou la diminution d'une autre[5].

Cette loi n'arrivera pas à son terme, crise économique oblige.

Elle est abrogée au 30 décembre 2010 par une nouvelle loi de programmation du 28 décembre 2010[6]. Celle-ci, fixe à la différence de la précédente, non plus seulement le montant des recettes mais aussi celui de l'objectif des dépenses des régimes. Il en est de même pour l'ONDAM (comme pour l'État, art. 8) pour lequel une partie des dotations en relevant est mise en réserve au début de chaque exercice (minimum de 0,3 % de l'ONDAM). Si les

---

[1] le Premier ministre peut engager la responsabilité du Gouvernement devant l'Assemblée sur le vote d'un PLF ou d'un PLFSS, projet considéré comme adopté, sauf motion de censure, déposée dans les 24 heures et votée. Le Premier ministre peut recourir à cette procédure pour un autre projet ou une proposition de loi par session.

[2] A. VASSELLE, 2010, Avis n° 69, p. 5. Programme transmis par le gouvernement à la Commission européenne

[3] Loi n° 2009-135 du 9 février 2009 *de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012*, JO du 11 février 2009, p. 2346.

[4] Réductions, exonérations et abattements des cotisations et contributions affectées aux régimes de base.

[5] Règle de fait « *très insuffisamment respectée* ». « *Malgré la loi de2009, trop peu de dispositifs ont à ce jour fait l'objet d'une évaluation approfondie* ». A. VASSELLE, 2010, Avis n° 69, p. 13.

[6] Selon « *le choix du Gouvernement de présenter une programmation quadriennale, soumise au vote du Parlement tous les deux ans* ». Loi n° 2010-1645 *de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014*, JO du 29 déc. 2010.

dépenses des régimes excèdent les montants prévus, ce dépassement peut être compensé par des mesures nouvelles sur les niches sociales. À l'inverse les excédents de recettes par rapport au LFSS seront affectés à la réduction du déficit des régimes[1]. Notons la faible évolution moyenne sur la période : 3,15 % pour l'ensemble des dépenses et 2,83 % pour l'ONDAM et la progression « volontariste » de la masse salariale, celle des cotisations étant exclue.

Si la révision de 2008 donne un **rang primordial** aux lois de financement de la sécurité sociale, les lois de programmation[2] tempèrent leur importance, déterminant les objectifs des dépenses. Les lois de financement risquent de devenir des lois d'accompagnement prévoyant des mesures pour encadrer les prestations dans les limites comptables définies.

Toutefois soulignons la faible pérennité des lois de programmation des finances publiques votées tous les deux ans. Les dépenses sociales sont désormais intégrées dans le champ de gestion par l'État des dépenses publiques, engagements européens obligent (élément significatif de l'influence indirecte de l'Union Européenne sur la protection sociale)[3].

Le projet de loi constitutionnelle relatif à l'équilibre des finances publiques du 13 juillet 2011, prévoyait d'instituer la « **règle d'or** » par des « *lois-cadres d'équilibre des finances publiques* ». Elles conditionnaient l'adoption des projets de lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale, dont le caractère limitatif serait accentué par un plafond des dépenses[4]. Si cette limitation existe depuis la loi de programmation de 2010, la règle d'or légitimerait davantage aux yeux des agences de notation et de l'opinion l'action de maîtrise des dépenses par les gouvernants ; et elle permettrait un contrôle de son respect par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale par le Conseil constitutionnel.

B) *Le renforcement de l'information et du contrôle parlementaire*

À l'origine, la Constitution de 1958 entend limiter le rôle des commissions permanentes. Leur rôle va croître, renforcé par la mise en place en leur sein de missions de contrôle et

---

[1] « *Ce principe a été affirmé par le Président de la République à l'occasion de la réunion de travail qui s'est tenue le 20 août 2010 au Fort de Brégançon* ». Exposé des motifs du projet de loi n° 2823, p. 7.

[2] Même si la loi « *ne constitue qu'une programmation : les prérogatives du législateur financier et celles du législateur financier social sont préservées.* » A. VASSELLE, 2010, Avis n° 69, p. 44.

[3] « *Ainsi, à partir de 2011, le Gouvernement va renforcer considérablement ses efforts d'assainissement : le déficit public sera ramené à 6 % du PIB en 2011, puis à 4,6 % du PIB en 2012, 3 % du PIB en 2013 et 2 % du PIB en 2014. Cette stratégie constitue la déclinaison des engagements pris dès janvier 2010 dans le cadre de notre programme de stabilité 2010-2013. La France respecte ainsi pleinement la recommandation qui lui a été adressée par le Conseil Ecofin le 2 décembre 2009* ». Rapport sur la PPFP, 2010, rapport cité.

[4] Projet de loi constitutionnelle, n° 722, Assemblée Nationale, session extraordinaire de 2010-2011.
Article 1 : Elles « *déterminent, pour au moins trois années, les orientations pluriannuelles, les normes d'évolution et les règles de gestion des finances publiques, en vue d'assurer l'équilibre des comptes des administrations publiques. Elles fixent, pour chaque année, un plafond de dépenses et un minimum de mesures nouvelles afférentes aux recettes qui s'imposent globalement aux lois de finances et aux* [LFSS] ».

contribuant à l'émergence de parlementaires spécialistes du « social ». Mais le rôle du Parlement reste encore déséquilibré par rapport à celui de l'exécutif.

1. Les commissions, missions et autres représentations

Depuis la loi du 2 août 2005, les commissions du Parlement saisies au fond du PLFSS « *suivent et contrôlent l'application de ces lois et procèdent à l'évaluation de toute question relative aux finances de la sécurité sociale* ». Suite à la révision constitutionnelle de juillet 2008 portant le nombre de commissions permanentes de six à huit, celle des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale (au champ de compétences disparate et vaste limitant son contrôle) s'est scindée en deux commissions : des Affaires sociales, des Affaires culturelles et de l'éducation créées le 1er juillet 2009.

Antérieurement, face à ces difficultés de contrôle, fut mise en place la mission d'évaluation et de contrôle des LFSS (**MECSS**) sur le modèle des Missions d'évaluation et de contrôle (MEC) de suivi de la loi de finances. Sa création résulte d'un amendement de l'Assemblée nationale aboutissant à l'article 38 de la loi du 13 août 2004 : « *Il peut être créé au sein de la commission de chaque assemblée saisie au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale une mission d'évaluation et de contrôle chargée de l'évaluation permanente de ces lois* » (Art. LO.111-10 CSS). L'objectif était de donner au Parlement la possibilité de mieux assurer le suivi et le contrôle de l'assurance maladie et de son nouveau Directeur général[1]. Elle a été installée à l'Assemblée nationale en décembre 2004 et en 2006 au Sénat.

Depuis, ces missions d'évaluation des deux assemblées ont réalisé de nombreux travaux concernant la gestion des régimes ou les prestations[2]. Composée de 18 députés, celle de l'Assemblée nationale donne la même place à l'opposition qu'à la majorité (et est coprésidée par les deux). Au Sénat, la représentation est proportionnelle et est présidée par la majorité.

La qualité des travaux des MECS, du Sénat notamment, est certaine, s'appuyant souvent sur des analyses de la Cour des comptes. Sans valeur normative leurs rapports, ayant vocation à être rendu publics, peuvent aboutir à des prises de conscience.

Un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) a été créé par la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002. Les parlementaires participent à des instances externes de consensus aux côtés des partenaires sociaux ou des experts du secteur.

---

[1] À l'origine du texte un amendement du député d'opposition J.-M. Le Guen : le projet de loi « *crée, en la personne du directeur général de l'UNCAM, un « superman » chargé de gérer 130 milliards d'euros sans avoir de comptes à rendre à personne. Il apparaît donc tout à fait nécessaire de créer une structure parlementaire pour assurer le suivi et le contrôle de l'assurance maladie.*» J.-M. DUBERNARD, 2004, rapport cité, p. 220.

[2] À l'Assemblée nationale, en 2007-2008 sur les médicaments, les affections de longue durée (ALD), en 2008-2009, la prestation d'accueil du jeune enfant, en 2009-2010, l'hôpital, en 2010-2011, la fraude sociale.

Signalons le rôle des nombreux « groupes d'études » rassemblant de façon informelle les parlementaires de tous les bords politiques et permettant l'examen de certains problèmes, voire aux lobbies de se manifester[1]. Par ailleurs, la mise en place des LFSS a montré aux acteurs de la santé ou institutionnels l'intérêt de nouer des relations avec les parlementaires. Syndicats de médecins, Caisses nationales, Mutualité ont développé des structures de veille législative (ainsi l'ont fait, la CNAM puis la CNAF, imitant la CCMSA)[2].

2. Les parlementaires du social

La technicité des PLFSS a entraîné une **spécialisation** des parlementaires et une professionnalisation gommant les oppositions droite-gauche. Il convient de souligner l'importance du travail en commission. L'appréciation de la recevabilité financière des amendements est du ressort de la Commission des finances et une certaine négociation intervient entre le gouvernement ou les services et les responsables de la commission sociale[3].

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale a modifié le travail parlementaire sur les questions de sécurité sociale et revalorisé les commissions des affaires sociales. Les « *parlementaires du social* »[4] spécialisés deviennent des interlocuteurs du gouvernement (ce qui peut leur servir de tremplin politique)[5].

L'examen du projet de loi requiert cinq rapporteurs chaque année à l'Assemblée et au Sénat qui ont un pouvoir d'investigation. Sa discussion, affaire de spécialistes dans des délais contraints, fait l'objet de moins d'amendements que les projets de réformes de prestations, pour lesquels l'opposition droite-gauche reste vive[6]. C'était avant la réforme de 1996 le seul

---

[1] H. CONSTANTY, V. NOUZILLE, 2006, ouvrage cité. Chap. 11 : « les « groupes d'études » faux nez des lobbies ».
Pour éviter la défense d'intérêts particuliers, leur création est agréée par le Bureau de l'Assemblée nationale : 96 en 2007 dont pour le social : Amiante (53 membres) ; Assurances (22) ; Conjoints survivants (57) ; Dépendance des personnes âgées, Alzheimer (105) ; Intégration des personnes fragilisées et handicapées (87) ; Médicament et produits de santé (53) ; Pauvreté, la précarité et les sans-abri (72) ; Professions de santé (72) ; Pénibilité du travail et maladies professionnelles (56). À noter la disparité entre les groupes Ruralité (98 membres), Villes et banlieues (3), gens du voyage (1). Source : http://www.assemblee-nationale.fr/connaissance/etudes.asp

[2] Avant la création d'un chargé de la veille législative en 2002, « *c'était les directeurs de la CNAM qui* [s'en] *chargeaient. Les relations avec le Parlement étaient beaucoup plus intuitives et ponctuelles. Ce n'était pas du tout culturel dans les caisses de sécurité sociale* ». A.-L. BEAUSSIER, *Les Parlementaires et l'Assurance Maladie, Ressorts et évolution d'une Mobilisation sectorielle*, mémoire de Master, Institut d'Études Politiques de Paris, 2007, 137 p. + annexes, citation p. 103.

[3] Le gouvernement laissant passer tel ou tel amendement ou le faisant porter par un parlementaire. Ainsi celui sur la nomination des cadres dirigeants présenté par un député de la majorité dans la loi HPST alors qu'il figurait dans le projet gouvernemental du PLFSS pour 2009 et avait été déclaré inconstitutionnel comme cavalier social.

[4] Expression d'Annie Collovald et de Brigitte Gaiti, 1990, citée par A.-L. BEAUSSIER, 2007, p. 20.

[5] Lors du vote de la loi Fillon réformant les retraites en 2003 Bernard Accoyer en a été le rapporteur avant de présider l'Assemblée nationale en 2007 et Xavier Bertrand, intervenant remarqué, deviendra secrétaire d'État.

[6] Pour la réforme des retraites en 2003, 11 153 amendements déposés à l'Assemblée nationale, 8465 pour celle de l'Assurance maladie en 2004. Pour les PLFSS 367en 2003, 265 en 2004. *Idem*, p. 96.

mode d'expression des parlementaires. Aujourd'hui ce traitement « *d'affiche* », attirant les leaders, laisse souvent la place à un traitement « *quotidien* »[1] du social et à un suivi des mesures des lois de financement avant tout par une trentaine de parlementaires spécialistes à l'Assemblée et au Sénat. Ils appartiennent en général aux commissions des affaires sociales, souvent proviennent des professions de santé[2] et représentent les Assemblées dans les instances traitant des questions de sécurité sociale[3] ou les groupes de travail techniques[4], contribuant ainsi au développement du contrôle parlementaire.

3. Pour le Parlement, un rôle en trompe-l'œil ?

Si le rôle du Parlement a augmenté avec la mise en place des lois de financement de la Sécurité sociale, peut-on aller jusqu'à dire avec le sénateur honoraire Descours que leur vote constitue « *un progrès démocratique considérable* […] *par cette réforme il existe une démocratie sanitaire, puisque les représentants élus de la nation votent désormais, au nom du peuple français, les décisions sanitaires intéressant tout le monde* »[5] ?

Le Parlement est, par exemple, à l'origine de plusieurs dispositions de la loi du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie* : protection des usagers et de leurs droits (limitation de l'accès au dossier médical personnel, développement de la télémédecine) ; renforcement de la lutte contre les fraudes (photographie sur la carte vitale …) et des attributions de la Haute Autorité de santé. Il a corrigé des insuffisances du projet[6]. Néanmoins, nombre de ces dispositions ont tardé à être mises en place (dossier médical personnel, photographie sur la carte vitale) ou pas joué le rôle escompté par les parlementaires[7].

Les inflexions réalisées sont, au final, marginales, confortant la thèse de la relativité du rôle du Parlement dans le domaine législatif de la sécurité sociale, même si ce rôle existe.

Nous pouvons, à l'inverse de la position du sénateur Descours, appliquer aux projet de loi de financement de la sécurité sociale l'idée que les débats budgétaires ont surtout valeur de **légitimation du pouvoir exécutif** « *en raison de la publicité de ces débats, l'onction*

---

[1] A.-L. BEAUSSIER, 2007, *op. cit.*, p 103.
[2] Pour la treizième législature, sur les 72 membres de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée, 29 viennent des professions médicales. Si son Président n'est pas médecin c'est le cas de 3 des 4 vice-présidents et de 2 secrétaires sur 4. 26 femmes y siègent en décembre 2010. Source : site de l'Assemblée nationale.
[3] Commission des comptes de la Sécurité sociale, HCAAM, HAS, COR, Conseils de surveillance de fonds nationaux (FSV, Fonds de financement de la CMU, CADES …), et, avant leur suppression en 2012, dans ceux des Caisses nationales du régime général.
[4] Par ex. 4 parlementaires dans le groupe de travail « Briet » sur le pilotage des dépenses d'assurance-maladie.
[5] C. DESCOURS, 2009, article cité, p. 99. Les termes soulignés sont en gras dans le texte.
[6] Renforcement du rôle du Conseil de l'hospitalisation, création de l'UNPS, mise en place expérimentale d'ARS.
[7] UNPS peu active, ARS expérimentales non mises en place dans le délai d'un an.

parlementaire donne un sens et légitime les choix budgétaires »[1]. L'analyse de Bruno Pallier est voisine : « *L'utilisation de cette nouvelle compétence parlementaire aide le gouvernement à maîtriser les conditions politiques des décisions en matière de protection sociale* »[2]. Le vote de la loi de financement donne une actualité annuelle à la sécurité sociale et au gouvernement la légitimité de dispositions votées ce qui n'était pas le cas lorsqu'elles émanaient du ministère ou de la Direction de la sécurité sociale.

L'activité législative du social, moins dépendante de la réglementation européenne, est conséquente pour le Parlement. La révision constitutionnelle a conforté son rôle de contrôle[3] alors que celui de « co-production » législative semble limité.

Si les lois de financement de la sécurité sociale voient leur statut renforcés, elles n'abordent pas les données fondamentales du système[4] mais peuvent rester un instrument au service de l'exécutif et du ministère ; proches techniquement des lois de finances, elles renforcent de ce fait la technocratisation du système. Elles permettent aussi au Gouvernement de présenter ou de faire présenter des amendements en dernière minute et ainsi de faire adopter des dispositions ayant peu de rapport avec le financement ou de « sécurisation juridique » de textes réglementaires.

Le contenu, un peu fourre-tout, des lois de financement se rapproche des anciennes lois « portant diverses mesures d'ordre social » (DMOS), même si le Conseil constitutionnel censure les « cavaliers sociaux »[5].

Est évoquée périodiquement la fusion des lois de financement de la sécurité sociale et des lois de finances : le rôle du Parlement en serait-il accru[6] ?

***

Au terme de ce chapitre, il nous paraît que l'État continue d'être très présent dans la gestion de la sécurité sociale, mais au-delà du Gouvernement y associe le Parlement dont le

---

[1] A. SINÉ, 2006, ouvrage cité, p. 38.
[2] Source, A.-L. BEAUSSIER, 2007, *op. cit.* p. 59.
[3] La discussion portant désormais sur le texte adopté en commission, à condition que la procédure d'urgence de l'article 45 ne soit pas trop fréquemment utilisée par le gouvernement et qu'il accepte des amendements.
[4] « *Le Parlement n'est pas saisi - et ne se saisit pas – du taux de prise en charge des dépenses de santé par la Sécurité sociale. Le vote d'un objectif dans ce domaine – bien plus que le vote d'un objectif de dépenses – lui permettraient de se prononcer sur les données fondamentales de notre système d'assurance maladie, en tout cas de celles qui concernent le plus directement nos concitoyens* ». P.-L. BRAS, 2004, article cité, p. 976.
[5] La disposition censurée étant souvent reprise par une proposition de loi émanant de la majorité.
[6] Comme préconisé par les commissions des finances et le « Rapport Attali » : « Décision 224 : *Supprimer, dans la Constitution, la distinction entre PLFSS et PLF (projet de loi de finances), afin que l'ensemble fasse l'objet d'un examen conjoint et soit soumis aux mêmes votes* ». J. ATTALI, 2008, rapport cité.
Par ailleurs, à noter que le Sénat, dans la majorité, pouvait infléchir ou s'opposer à certaines dispositions, étant un certain contre-pouvoir : en sera-t-il de même à partir de juin 2012 ? Son passage à gauche en 2011, lui avait enlevé ce rôle, de par ses positions tranchées, la commission paritaire était devenue inopérante et l'Assemblée nationale - de droite - ayant le dernier mot.

rôle est en principe renforcé par la réforme constitutionnelle de juillet 2008. Par des procédures législatives inspirées des lois de finances mais difficiles à exercer pleinement, le Parlement légitime ainsi l'action de l'exécutif. Pour ce dernier, la Révision générale des politiques publiques est devenue un nouveau moyen d'intervention dans le domaine de la Sécurité sociale et d'uniformisation des politiques publiques.

La tutelle *a priori* traditionnelle allégée est maintenue en dépit de la mise en place d'un contrôle *a posteriori* qui évolue vers l'évaluation et l'audit des procédures. Au-delà, le caractère de plus en plus national des interventions étatiques se manifeste par la centralisation de cette tutelle et la contractualisation « d'objectifs de gestion » avec les caisses nationales dont les particularités sont menacées par la nouvelle « convention cadre de performance » inter-régimes.

Au sein de l'État, la Sécurité sociale est devenue une affaire de spécialistes nationaux : ministère, Direction de la Sécurité sociale et « élite du Welfare », sixième chambre de la Cour des comptes, parlementaires du social[1]. Mais dans ce domaine - comme selon M. Balladur au niveau de l'État[2]- en l'absence de réels contre-pouvoirs, s'éloignent les concepts de gouvernance et de partage de l'information. L'État a par ailleurs mis en place de nouvelles formes d'intervention souvent à base de consensus ou lui donnant une place prééminente. Nous les examinerons dans le chapitre qui suit.

[1] Nous verrons que c'est aussi le cas des gestionnaires et de quelques syndicalistes.
[2] « *Ce qu'il manque, ainsi que M. Édouard Balladur l'a souligné à maintes reprises à l'occasion et à l'issue des travaux du comité qu'il a présidé, ce sont des contre-pouvoirs* ». J.-L. WARSMANN, 2008, rapport cité, p.42.

Chapitre 2.

DE NOUVEAUX OUTILS POUR L'ÉTAT

À côté de ses modalités d'interventions traditionnelles, examinées précédemment, l'État va se doter de structures répondant à des besoins divers en matière de sécurité sociale : d'abord par une commission permettant de mieux connaître la situation financière à la fin des années 1970, ensuite par un conseil d'orientation pour rétablir un consensus sur les retraites après l'échec du Plan Juppé pour réformer les régimes spéciaux. Cette création ayant donné satisfaction, l'État utilisant les outils de la gouvernance va développer des structures nationales de consensus (section 1). Elles associent notamment les partenaires sociaux et leurs apports sont le plus souvent incontestés. Sont-ils pour autant incontestables ?

En parallèle, face à des besoins financiers ou à de nouveaux risques, l'État va créer des structures nationales de financement spécialisées en dehors de la Sécurité sociale. Comment le pouvoir est-il partagé en leur sein ? Leur création ne va-t-elle pas à l'encontre de l'unité de d'indemnisation par la Sécurité sociale ou de sa prise en charge de nouveaux risques comme la dépendance ?

D'autre part, la restructuration du paysage de la santé va conduire à la mise en place d'agences régionales. Il conviendra d'examiner leur incidence sur les attributions des acteurs traditionnels, professionnels de santé et organismes de sécurité sociale. Nous le ferons en traitant des nouvelles interventions de l'État (section 2).

SECTION 1. DES STRUCTURES D'APPUI ET DE CONSENSUS

À côté du ministère chargé de la Sécurité sociale ont toujours existé des organes consultatifs, le comité de coordination et le conseil supérieur de la sécurité sociale[1], associant les caisses, organisations syndicales de salariés et d'employeurs, associations familiales et corps médical. Ils vont être remplacés par des structures créées en réponse à des besoins spécifiques (§ 1). Favorisant le consensus et la mise à plat des problèmes, elles vont être multipliées par la loi sur l'assurance maladie de 2004 (§ 2).

[1] Le comité de coordination, présidé par le ministre, créé par le décret du 12 mai 1960 est abrogé en 2004. Le conseil supérieur de la sécurité sociale sera remplacé, en 1969, par des commissions supérieures de la sécurité sociale et des allocations familiales.

§ 1 Les prémices, à la recherche de la lumière et du consensus

La complexité des régimes, les compensations financières entre eux ne favorisant pas une vision claire des comptes de la sécurité sociale, une commission spécialisée ne sera créée qu'après la première crise financière (A). Préconisée depuis 1991, une structure d'observation - le conseil d'orientation des retraites - voit le jour en 2000 et fera école (B).

A) *La Commission des comptes de la Sécurité sociale*

C'est après les conséquences du choc pétrolier de 1973 sur le déficit de la sécurité sociale, sujet jusque-là non prioritaire[1], qu'une instance de présentation de ses comptes voit le jour.

1. Après des débuts laborieux, un rôle renforcé

La Commission est créée sous le ministère de Mme Simone **Veil**, afin de « *rendre transparente et le plus lisible possible la situation financière de la Sécurité sociale* »[2] par un décret du 22 mars 1979[3]. Le ministre chargé de la sécurité sociale la préside, présente un rapport et le transmet au Gouvernement en vue de sa présentation au Parlement.

Après des difficultés de fonctionnement entre 1981 et 1986[4], les réformes veulent lui donner plus d'indépendance. En 1987, le décret du 23 juin renforce le nombre de parlementaires y siégeant, le **secrétaire général** devient permanent et présente en son nom le rapport de la Commission. Si depuis Michel Lagrave en 1986, les secrétaires généraux étaient des magistrats de la Cour des comptes, ils étaient nommés par le ministre en charge de la sécurité sociale. Ils le sont depuis la loi du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie* par le Premier Président de la Cour des comptes.

La loi du 25 juillet 1994 *relative à la sécurité sociale* (article 15) donne à la Commission une base légale. Le nombre de ses membres passe de quarante-quatre à cinquante-deux[5].

---

[1] Selon les propos de Jean Marmot en 1994. Direction de la Sécurité sociale et J.-F. CHADELAT, 2009, « *La Commission des comptes de la Sécurité sociale a 30 ans* », document cité, p. 8.

[2] Préface de Mme Simone VEIL. *Idem*, p. 3.

[3] Décret n° 79-237 du 22 mars 1979 *portant création d'une commission des comptes de la sécurité sociale*, JO 27 mars 1979, p. 670.

[4] « *La période qui s'écoula entre mai 1981 et la fin 1982 fut peut-être une des plus difficiles que connut la Commission* […] *Elle connut alors un problème existentiel. À l'automne 1981, la Commission se réunit et se contenta de « rendre compte du paysage ». L'automne 1982 arriva sans qu'elle ne se soit tenue. Elle siégea finalement à la veille de Noël pour examiner un rapport très synthétique qui avait le mérite de témoigner de son existence. De 1982 à 1986, le poste de secrétaire général de la Commission, demeura vacant* […] *La réunion de décembre 1985 donna lieu à un conflit de chiffres entre les ministres chargés des Finances et de la Sécurité sociale* ». DSS, J.-F. CHADELAT, 2009, document cité, p. 13, 14.

[5] Article L114-1 CSS. Présidée par le ministre chargé de la sécurité sociale, elle comprend 8 parlementaires, 14 représentants des organismes sociaux de base et complémentaires, 12 des organisations syndicales et sociales, 9 des professions et établissements de santé, un du CESE, un de la Cour des comptes et 7 personnalités qualifiées.

Elle analyse les comptes des régimes de sécurité sociale, prend connaissance de ceux des régimes complémentaires de retraite et fait un bilan sur les relations financières entre le régime général, l'État et les autres organismes ainsi que de la compensation par le budget de l'État des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations[1].

Dorénavant elle évalue le respect des engagements financiers des conventions conclues entre les professions de santé et l'assurance maladie[2]. Ses rapports sont communiqués au Parlement avant qu'il examine le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

2. De volumineux rapports très techniques

La session de printemps analyse les comptes du régime général et celle d'automne ceux de l'ensemble des régimes en prenant en compte les mesures envisagées par le gouvernement dans le projet de LFSS. Les volumineux rapports retracent les comptes de l'année précédente, ceux prévisionnels de l'année en cours et de l'année suivante pour 37 régimes.

Instance favorisant le **consensus**, pour Mme Veil, « *La Commission est aussi un moment privilégié de dialogue et d'écoute entre les ministres et tous ceux qui font vivre la Sécurité sociale : partenaires sociaux, professionnels de santé, représentants des caisses, parlementaires* »[3].

Les chiffres de la Commission sont peu contestables quant aux réalisations mais ses prévisions basées sur les hypothèses économiques (communes aux projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale) du Gouvernement sont plus sujettes à caution : en fonction du caractère optimiste ou pas des chiffres de la croissance les cotisations seront gonflées et les déficits minorés[4].

Néanmoins ces biais ont moins d'incidence depuis l'adoption des lois de financement de la sécurité sociale donnant une annualité aux mesures de redressement des comptes (plus ou moins importantes en fonction des objectifs politiques poursuivis).

Une question reste posée : comment les volumineux rapports techniques du secrétaire général (444 pages en septembre 2011) pourraient-ils être remis en cause par les membres de la Commission dont la « *consultation sur le PLFSS apparaît très formelle* »[5] ?

---

[1] Instituées à compter de la loi du 25 juillet 1994 (article L. 131-7 CSS).
[2] Art. 49, loi du 20 déc. 2010, LFSS pour 2011. Inséré par l'Assemblée nationale pour avoir un bilan financier des engagements contenus dans les conventions.
[3] Préface de Mme Simone VEIL. DSS, J.-F. CHADELAT, 2009, document cité, p. 3.
[4] Prévisions de croissance « *particulièrement optimistes à l'automne 1985, 1992 et au début de 1995, veilles d'élections difficiles pour les gouvernants* » et « *particulièrement pessimistes en juin ou juillet 1982,1986, 1993 ou 1995, lendemains d'élections et veille de plans particulièrement importants* ». B. PALIER, 2005, p.187.
[5] R. BRIET *dir*., 2010, rapport cité, p. 27.

B) ***Le Conseil d'orientation des retraites, un précurseur***

Le « **Livre blanc sur les retraites** » de Michel Rocard (1991) fait un diagnostic et propose la création d'un observatoire des retraites pour analyser leur gestion dans la durée et suivre la mise en œuvre des réformes engagées[1]. Il servira de modèle à des Hauts conseils et la réforme des retraites de novembre 2010 va aussi instituer un Comité de pilotage des régimes de retraite.

1. Une création pour apaiser les tensions, une légitimité sans faille

À défaut de réformer les retraites, le Premier ministre Lionel Jospin met en place en 2000 le Conseil d'orientation des retraites (COR) pour « *aborder collectivement la question des retraites de manière sereine* »[2] et « *apaiser les tensions* »[3] résultant des propositions sur les retraites du Plan Juppé.

Le décret le créant[4] lui donne des missions axées avant tout sur l'équilibre financier des retraites.

La loi du 21 août 2003[5] lui donne une base légale et élargit ses missions pour :

- faire périodiquement des projections de la **situation financière** des régimes de retraites ;

- mener une réflexion sur leur financement et en suivre l'évolution ; formuler des avis sur la durée d'assurance ;

- participer à l'information sur le système de retraite et les effets des réformes ;

- suivre la mise en œuvre des principes communs aux régimes de retraite, l'évolution des niveaux de vie des actifs et des retraités et les indicateurs des régimes de retraite, dont les taux de remplacement. Il conserve un rôle de recommandation ou de proposition de réformes.

La loi de réforme des retraites de 2010 maintient ses attributions.

Pour l'exposé des motifs de cette loi, il « *joue un rôle essentiel dans la réflexion et le débat sur les retraites et l'analyse des systèmes de retraite, en associant parlementaires, partenaires sociaux, administrations et experts* ». Son président est nommé en Conseil des

---

[1] Son diagnostic peut se résumer à trois points, toujours actuels : amélioration globale des ressources des retraités ; diversité des régimes engendrant des inégalités (entre salariés et non-salariés ; entre les secteurs privé et public) ; perspectives financières préoccupantes pour l'avenir. Il inspirera la réforme « Balladur » des retraites de 1993.

[2] Discours sur les retraites du 21 mars 2000 de Lionel Jospin. COR, 2010, document cité, p. 4.

[3] M. Pascal Terrasse, Assemblée Nationale, 1ère séance du 20 juin 2003, p. 5703.

[4] Décret n° 2000-393 du 10 mai 2000 *portant création du Conseil d'orientation des retraites*, JO du 11 mai 2000, p. 7056.

[5] Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 *portant réforme des retraites*, JO 22 août 2003 p. 14310. L'article 6 relatif au COR a été voté à l'unanimité à l'Assemblée nationale suite à la promesse du gouvernement d'augmenter le nombre de parlementaires pour qu'un député communiste y siège, chose faite par un décret du 28 mai 2004.

ministres, il comprend en plus trente-huit membres[1] et se définit comme « *une instance indépendante et pluraliste d'expertise et de travail concerté* ».

Dès son premier rapport du 6 décembre 2001, il « *aboutit à une estimation consensuelle des besoins de financement des régimes de retraite* »[2]. Trois axes de réflexion s'en dégagent : trouver de nouvelles sources de financement[3], favoriser l'égalité de traitement entre salariés[4], faire des choix plus individualisés (retraite à la carte)[5].

Depuis ses **nombreux rapports** répondent souvent à des obligations légales[6], même s'il détermine son programme et méthodes de travail : ses rapports sont *« adoptés par consensus, au sens où aucun membre ne s'oppose à sa publication. Ils ne font pas l'objet d'un vote, ce qui permet à chaque membre de conserver sa liberté de parole* »[7]. Ses travaux de qualité sont réalisés avec l'appui des administrations et caisses de retraite (en particulier de la CNAV, caisse nationale d'assurance vieillesse). Une partie de ses réflexions ont servi de base aux **réformes** des retraites de 2003 et 2010 et ses chiffrages de référence à la majorité et à l'opposition lors des débats sur ces réformes. Le Conseil d'orientation des retraites a acquis une réelle légitimité auprès de l'ensemble de la classe politique[8].

Il a permis les réflexions à long terme aux résultats acceptés par tous les partenaires sociaux, attachés à leur participation à ses travaux. « *Il a contribué à l'établissement d'un diagnostic partagé. Il doit maintenant faciliter un pilotage apaisé des réformes de retraite* »[9]. Il « *intervient en amont de la négociation et de la concertation sociale sur les questions de retraite afin d'éclairer le débat public* »[10].

---

[1] Huit parlementaires (quatre députés et quatre sénateurs), seize représentants des organisations professionnelles et syndicales, six des directions d'administrations, six personnes qualifiées, le président de l'UNAF et le vice-président du Comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA).

[2] De l'ordre de 2 points du PIB en 2020 et de 4 en 2040. COR, 2010, doc cité, p. 25.

[3] Redéployer les excédents de l'assurance chômage ; élargir les prélèvements à toutes les richesses produites ; déplafonner la cotisation patronale vieillesse, affecter à la retraite des éléments de la CSG ; allonger la durée de cotisation par des mesures incitatives (surcote) ou contraignantes (augmentation de la durée de cotisation).

[4] Allonger la durée de cotisation des fonctionnaires et décaler l'âge de départ (pas de consensus sur ce sujet).

[5] Limiter les pré-retraites définitives et maintenir les salariés en activité grâce aux pré-retraites progressives ; adopter les conditions de travail au vieillissement des salariés (prendre en compte la pénibilité du travail).

[6] Dans ce cadre le 3e rapport « *Retraites : perspectives 2020 et 2050* » (2006), le 4e « *Retraites : questions et orientations pour 2008* » (2007), le 5e « *Retraites : 20 fiches d'actualisation pour le rendez-vous de 2008* » (2007), le 8e « *Retraites : Perspectives actualisées à moyen et long terme en vue du rendez-vous de 2010* » (04/ 2010). Les 2e « *Retraites : les réformes en France et à l'étranger ; le droit à l'information* » (2004) et le 6e « *Retraites : droits familiaux et conjugaux* » (2008) émanent plus de sa réflexion propre.

[7] Yves GUÉGANO, *Les dix ans du COR Bilan et perspectives ?,* Synthèse du Colloque, nov. 2010, p. 4.

[8] Son 7ème rapport (« *Retraites : annuités, points ou comptes notionnels ? Options et modalités techniques* », 01/2010) fait suite à une demande du Parlement (LFSS pour 2009), son 9e rapport « *Retraites : la situation des polypensionnés* » (28/09/2011) et son 10e « *Retraites : La rénovation des mécanismes de compensation* » (16/10/2011) à la loi du 9 novembre 2010.

[9] Jean-Michel CHARPIN, Inspecteur général des finances, Ibid. p. 11,13.

[10] Conseil d'Orientation des Retraites, colloque *Les dix ans du COR, op. cit.* p. 9.

2. Des rapports incontestables ?

Si ses travaux contribuent à l'adoption des réformes des retraites, celles-ci ne reprennent qu'une partie de ses propositions (écartant les augmentations des prélèvements). Ses scénarios prennent pour bases les hypothèses économiques du Gouvernement quelquefois optimistes[1], l'obligeant de ce fait à réactualiser souvent ses prévisions (ce qui devrait être le cas début 2013).

Sa composition est de nature à pas remettre en cause les régimes de retraites publics. Pour son cinquième rapport, la diversité des règles applicables « *incitent à conduire un examen différencié des régimes spéciaux, croisant une approche par secteur ou par entreprise avec quelques orientations générales relatives à l'évolution du système de retraite* »[2], solution évitant de froisser les syndicats et retenue pour la réforme de 2008.

Il a peu exploré les disparités des niveaux de retraites entre les secteurs privé et public.

Son « *abaque des retraites* »[3] est un bon outil pédagogique montrant l'incidence à long terme des variables (taux des cotisations et durée d'activité) sur le niveau des pensions. Mais il incite à raisonner dans un cadre fermé sans envisager, par exemple, de nouvelles sources de financement. Pour l'abaque à l'horizon 2050 de son 8ème rapport, le maintien des niveaux de prélèvements et de retraite actuels suppose un âge moyen de départ augmenté de près de 10 ans, chiffre retenu par des médias et la majorité politique pour justifier l'âge de retraite à 62 ans (alors que la prévision à cet horizon est aléatoire). Le risque de son instrumentalisation n'est pas négligeable et il devra aussi s'articuler avec un nouveau Comité.

3. Un nouveau venu, le Comité de pilotage des régimes de retraite (COPILOR)

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites crée un Comité de pilotage qui « *veille au respect des objectifs du système de retraite par répartition* »[4].

Il rend chaque année au Gouvernement et au Parlement un **avis** sur la situation financière des régimes de retraite, les conditions de retour à l'équilibre du système en 2018 et les perspectives financières au-delà. S'il considère qu'il existe un risque sérieux pour sa pérennité financière, il propose les mesures de redressement nécessaires (art. L. 114-4-2. CSS).

---

[1] Il évoque dans sa séance plénière du 17 février 2010 les « *scénarios macroéconomiques pour les projections à long terme* » à partir d'hypothèses de la Direction générale du Trésor ses prévisions de 2007 reportant le retour à un chômage à 4,5 % de 2015 à 2024, prévu à 7 % en 2014, il est vrai que la crise de 2008 est passée par là.

[2] COR, *Retraites : 20 fiches d'actualisation pour le rendez-vous de 2008*, 21 novembre 2007, 240 p., p. 133.

[3] Diagramme indiquant les relations entre plusieurs variables à l'aide de courbes graduées.

[4] Définis au dernier alinéa de l'article L. 161-17 CSS créé par l'article 1er de la loi : « *maintien d'un niveau de vie satisfaisant des retraités, de lisibilité, de transparence, d'équité intergénérationnelle, de solidarité intra générationnelle, de pérennité financière, de progression du taux d'emploi des personnes de plus de cinquante-cinq ans et de réduction des écarts de pension entre les hommes et les femmes* ».

Composé des parlementaires qui sont membres du Conseil d'orientation des retraites, de représentants de l'État, des régimes de retraite obligatoires, des organisations d'employeurs et de salariés et de personnalités qualifiées, il s'appuie sur les travaux du COR[1]. Notons le caractère plus politique du Comité de pilotage des régimes de retraite par rapport au Conseil d'orientation (et sa moindre visibilité externe). S'il « *permettra de créer les conditions d'un pilotage régulier des régimes de retraite* »[2] pourra-t-il devenir un lieu de débat entre gouvernement et partenaires sociaux ?

Néanmoins, le risque de redondance des deux structures existe[3].

Le « modèle » du COR a été repris pour mettre en place d'autres instances de consensus tels le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie et le Haut Conseil de la Famille.

4. Les Hauts conseils

Le **Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie** (HCAAM) est créé par un décret du 7 octobre 2003 pour évaluer le système d'assurance maladie, apprécier les conditions de viabilité des régimes et, avant tout, rechercher un consensus autour d'un diagnostic partagé.

Composé de 53 représentants des composantes politiques et socio-professionnelles[4], il va avoir un rôle important dans la réforme de 2004 : dans son « *Rapport pour l'avenir de l'assurance maladie* » du 23 janvier 2004, il préconise une clarification des compétences et la mise en place d'une structure indépendante d'évaluation des pratiques médicales, proposition qui aboutira à la création de la Haute Autorité de santé.

Il est pérennisé par l'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 du 19 décembre 2005 qui lui donne des missions similaires à celle du COR :

- évaluer le système d'assurance maladie et ses évolutions, décrire la situation financière et les perspectives des régimes et apprécier les conditions de leur viabilité à terme,

- veiller à la cohésion du système (égal accès à des soins de haute qualité et financement juste et équitable) et formuler des recommandations ou propositions de réforme.

---

[1] Dans le cadre de sa contribution aux travaux du COPILOR sur les indicateurs, le Conseil du COR du 15 février 2012 a examiné le thème « taux de remplacement et équité entre générations ».

[2] Exposé des motifs de la loi. La DSS est à l'origine de sa création : « *au-delà des constats, il n'existait pas de lieu de dialogue suivi entre les partenaires sociaux et l'État sur le processus décisionnel et les actions à mettre en œuvre* ». D. LIBAULT, 2004, article cité, p. 7.

[3] À noter aussi la Commission de garantie des retraites. Composée du vice-président du Conseil d'État, président, du président du Conseil économique, social et environnemental, du Premier président de la Cour des comptes et du président du COR, elle constate l'évolution entre la durée nécessaires pour bénéficier d'une retraite à taux plein et la durée moyenne de retraite et propose, dans un avis, les conséquences à en tirer.

[4] Présidé par M. Bertrand Fragonard, à l'époque président de chambre à la Cour des comptes et ancien directeur de la CNAF puis de la CNAM. Il a été nommé en 2009 président délégué du Haut Conseil de la famille et en 2010 arbitre suite à l'échec des négociations conventionnelles avec les médecins.

Un décret du 19 avril 2011 a porté sa composition à soixante-six membres dont neuf personnalités qualifiées nommées par les ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie parmi lesquelles ils désignent le président et le vice-président[1].

Le Haut conseil remet aux ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie un rapport annuel analysant la situation de l'assurance maladie et proposant les adaptations nécessaires pour assurer les objectifs de cohésion sociale et d'équilibre financier. Ses rapports ne font pas apparaître de différends[2] mais ses travaux sont moins médiatisés que ceux du Conseil d'orientation des retraites.

Le **Haut Conseil de la famille** succède à la Conférence annuelle de la famille[3] (influente en matière de propositions). Mais pour le groupe prospective de la CNAF, elle servait « *d'alibi, afin de fournir une apparente cohérence à une gouvernance qui pourrait en réalité être beaucoup plus efficace en définissant des objectifs partagés, fixés dans la durée et évalués* »[4]. Pour permettre cette vision plus globale et pluriannuelle, le décret du 30 octobre 2008 crée un Haut Conseil de la famille remplaçant le Haut conseil de la population et de la famille et la Conférence de la famille. Sa mise en place, intervenue que le 5 juin 2009, a été laborieuse compte tenu de sa composition donnant autant d'importance au mouvement familial qu'aux partenaires sociaux, plusieurs syndicats ayant, au départ, refusé d'y siéger[5].

Le **Haut Conseil du financement de la protection sociale** institué le 29 mars 2012[6] sera chargé d'établir un état des lieux et de formuler des propositions d'évolution. Sa création avait été annoncée le 15 novembre 2011 par le Président de la République. Sa mise en place

---

[1] 6 parlementaires, 15 représentants des assurés sociaux et employeurs, 7 de l'État, un de la HAS ; 4 des organismes d'assurance maladie obligatoire, 3 des complémentaires maladie, le directeur de la CNSA, 6 des professions de santé libérales, 6 des établissements de santé, 3 des entreprises de santé, un de l'IRDES, un directeur d'ARS, 3 des usagers, 9 personnalités qualifiées. Antérieurement, depuis 2008, il avait 61 membres.

[2] Celui du 15 décembre 2011 adopté à l'unanimité (abstention de Force Ouvrière) s'intitule : « *L'assurance maladie face à la crise, Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité financière des soins* », 2011, 184 p.

[3] « *Un premier cycle de conférences apparaît en 1982 et fonctionne jusqu'en 1991. Il ne réunit que le gouvernement et le mouvement familial. Peu de décisions concrètes en sortent. Un second cycle commence en 1996. Les conférences sont présidées par le Premier ministre et réunissent, outre les représentants familiaux, les partenaires sociaux et des élus. Le gouvernement y annonce sa politique, ce qui consolide cette* « mise en scène » *de la politique familiale* ». M. CHAUVIÈRE, 2010, article cité, p. 73.

[4] CNAF Groupe Prospective, 2008, revue citée, p.129 ; sur le rôle de l'UNAF voir *infra* p. 152.

[5] Présidé par le Premier ministre, composé de 52 membres dont 14 représentants des partenaires sociaux, 14 des associations familiales, 7 de l'État, 3 des organismes de Sécurité sociale, 3 des collectivités territoriales, 4 parlementaires et 7 personnalités qualifiées parmi lesquelles est choisi le président délégué. Dans l'arrêté de nomination du 3 juin 2009 ne figuraient, côté syndical, que les représentants de la CFDT. Ceux des autres confédérations seront nommés par un arrêté du 17 novembre 2009.

[6] Décret n° 2012-428 du 29 mars 2012 *instituant un Haut Conseil du financement de la protection sociale*, JO du 30 mars 2012, p. 5778. Il est composé de 45 membres notamment, 16 représentant les assurés sociaux et les employeurs, 8 de l'État, 4 parlementaires, 12 personnalités qualifiées nommées par un arrêté ministériel qui désigne les président et vice-président (M. Alain Vasselle ancien sénateur et M. Dominique Libault ancien directeur de la DSS).

n'est intervenue qu'après le vote de la loi de finances rectificative du 14 mars 2012 instaurant une TVA « sociale » (ou « anti-délocalisations »)[1], amenant à s'interroger sur son rôle réel.

§ 2 En assurance maladie, les apports de la loi du 13 août 2004

La loi « Douste-Blazy » va créer une quinzaine d'instances nationales ou régionales. Deux paraissent significatives du recours aux experts dans le cadre d'instances indépendantes : pour la santé par une haute autorité (A), pour contribuer à la maîtrise financière de l'assurance maladie par l'institution du Comité d'alerte (B). La multiplication des instances de consensus spécialisées pose les questions de leur réelle indépendance et celle d'un lieu unique ayant une vision globale : pourrait-il s'agir du Conseil économique, social et environnemental ? (C).

A) *La Haute Autorité de santé*

En 2004, des organismes d'évaluation des actes ou produits médicaux existaient mais cette évaluation restait insuffisance, l'exemple britannique va être recherché.

1. Le lustre de cette Haute Autorité

Au **Royaume-Uni**, le NICE (« *National Institute for Health and Clinical Excellence* »), créé en 1999, est un organisme indépendant chargé d'établir les guides cliniques du système public de santé sur la base de critères d'efficacité clinique et de coût-efficacité. Ses recommandations sont élaborées par des comités constitués de personnes extérieures. Sa gouvernance fait intervenir les conseils d'administration, des citoyens, des partenaires[2] et les Comités des guides. Sa réussite serait liée à la crédibilité scientifique des guides et à leur légitimité politique. Elle inspirera la création de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Dans le cadre d'une généralisation des démarches de qualité, de l'éclairage des choix des acteurs et de l'amélioration de l'information des professionnels de santé, la loi du 13 août 2004 crée l'**HAS**, « *autorité publique indépendante à caractère scientifique* », appellation *sui generis,* qui se substituera en grande partie aux agences existantes. Cette qualification lui permet d'avoir une grande autonomie fonctionnelle et financière et, comme les autorités administratives indépendantes, de n'être pas soumise à un pouvoir hiérarchique.

---

[1] Loi n° 2012-354 du 14 mars 2012 *de finances rectificative pour 2012*, JO du 15 mars 2012, p. 4690. La hausse de TVA de 19,6 à 21,2 % devait être compensée par une baisse de charges patronales d'allocations familiales sur les salaires jusqu'à 2,4 Smic. Cette hausse de la TVA est remise en cause après l'élection du Président Hollande.

[2] Le CA est composé de 15 membres (4 cadres supérieurs de NICE, 11 aux profils diversifiés), le Conseil des citoyens de 30 personnes choisies pour représenter la diversité de la population, le Conseil des partenaires est un comité consultatif de 50 personnes (patients, professionnels de la santé, gestionnaires du NHS, de l'industrie et syndicats), forum d'échanges sur les activités de NICE. Source : R. JACOB, 2009, rapport cité, p. 8, 9.

Elle est dirigée par un **Collège** de huit membres « *choisis en raison de leur qualification et de leur expérience dans* [ses] *domaines de compétence* » (art. L. 161-42 CSS). Les présidents de l'Assemblée nationale, du Sénat et du Conseil économique, social et environnemental et de la République en désignent chacun deux. Ce dernier nomme le président du Collège, instance qui a des attributions similaires à celles d'un conseil d'administration et désigne le directeur à la tête des services. Sept commissions spécialisées sont présidées par un membre du collège.

La création d'une nouvelle « autorité publique », la désignation de ses membres par les plus hautes autorités de l'État, les ressources prévues par la loi (mais provenant pour moitié de la CNAM), affirment le souhait d'impartialité et d'indépendance de cette nouvelle AAI.

2. Des missions en expansion

Ses missions, régulièrement étendues (art. L. 161-37 à 40 CSS) ont trait à :

- l'évaluation du service médical rendu (SMR) des médicaments, des dispositifs médicaux et actes professionnels pris en charge et des affections de longue durée (ALD)[1]. Elle peut être consultée par l'UNCAM sur le bien-fondé de remboursement de soins ou produits ;

- l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé, la mise en œuvre des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), d'accréditation des professionnels médicaux et de certification des établissements de santé[2] ;

- la promotion des bonnes pratiques et du bon usage des soins auprès des professionnels et usagers et leur information ; la participation au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population.

La HAS intervient en matière de prévention de la santé et a vu son champ d'intervention étendu à l'ensemble de l'offre de soins[3] permettant le suivi du parcours du patient. Pour accomplir ses missions, elle travaille en liaison avec les autres agences de sécurité sanitaire et tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique.

Depuis la loi du 19/12/2007 (LFSS pour 2008) elle « *émet des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficientes* », ce qui est une novation mais peut nuire à son caractère d'instance scientifique. La LFSS pour 2012 « renforce » cette « *mission médico-économique dans tous les domaines*

---

[1] Par la réévaluation de la liste des 30 ALD et la détermination des actes et prestations pour leur traitement. Ce sont des affections comportant un traitement prolongé et coûteux avec prise en charge intégrale des frais.

[2] Et elle rend un avis sur les normes d'accréditation des laboratoires (Ord. du13/01/ 2010 relative à la biologie médicale) et établit une procédure de certification des sites de santé et des logiciels d'aide à la prescription.

[3] La loi HPST lui confie l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient, la promotion et le suivi de la coopération entre professionnels de santé, le développement professionnel continu, prévoit sa consultation pour l'encadrement de tout produit ou stratégie thérapeutique innovants. Source, HAS, *Rapport d'activité 2009*, p. 4.

où l'identification des stratégies de soins, de prescription et de prise en charge fait apparaître des enjeux importants, notamment au plan financier »[1].

3. La HAS, défausse du « politique » ?

Son directeur considérait, déjà fin 2005, que la HAS était « *l'acteur de la régulation par la qualité du système de santé* »[2]. Si elle se rapproche du fonctionnement de son homologue et inspirateur, le NICE britannique, sa gouvernance associant peu les représentants des citoyens, lui confère moins de « légitimité politique ». La création de cette autorité indépendante n'est-elle pas un moyen pour les politiques de déléguer le pilotage à « **l'expert** »[3] et de se désengager de problèmes souvent synonymes d'affaires de santé publique ?

Toutefois la tentation de reprise en main par un exécutif fort n'est pas improbable.

En témoigne la RGPP dont le rapport de juin 2008 indique qu'une « *modification législative interviendra pour permettre au Gouvernement de* [lui] *donner des orientations de travail. Un contrat d'objectifs pourra être passé* »[4].

La HAS réalise depuis 2009 une programmation annuelle de ses travaux avec le ministère de la santé et son suivi. Elle a signé un contrat d'objectifs et de moyens garantissant à l'État la prise en compte de ses commandes. Dans la COG de la CNAM avec l'État pour 2010-2013, il est prévu, que l'Assurance maladie propose « *des thèmes* » à l'État qui s'engage à « d*onner des orientations fortes aux autorités sanitaires pour la validation de référentiels médicaux et médico-économiques destinés aux professionnels de santé et aux patients notamment dans le cadre de l'élaboration des programmes annuels de la Haute Autorité de Santé* ».

Ajoutons que le rapport de l'IGAS sur le MÉDIATOR critique le fonctionnement des agences sanitaires « *donnant l'illusion de la transparence des dossiers* »[5]. Cette affaire

---

[1] PLFSS pour 2012, 2011, p 60. Cette évaluation compare les thérapeutiques pertinentes en prenant en compte simultanément leurs coûts et leurs conséquences. « *Les objectifs poursuivis sont dans un contexte de contrainte économique accrue, l'augmentation de la pertinence des décisions publiques en matière de tarifs et de prix et l'utilisation optimale des ressources allouées aux différentes options thérapeutiques possibles* ». *Id.* p. 273.

[2] A. COULOMB, 2005, article cité, p. 45.

[3] « *Depuis une dizaine d'années, l'assurance maladie connaît une transformation, discrète de ses processus de décision. La sensibilité politique des enjeux de la maîtrise des dépenses de santé a fait naître la tentation de la délégation du pilotage à l'expert.* […] *un « système technique » dévitalise progressivement l'organisation de 1945* ». D. TABUTEAU, 2006, ouvrage cité.

[4] La RGPP et la loi HPST : rôle du gouvernement. Rgpp_cmpp_110608_1_1.pdf page 20
De plus la RGPP a décidé la fusion des agences françaises de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) remplacées par l'agence nationale chargée de la sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail (ord. du 7 janvier 2010). RGPP 4ème rapport.

[5] IGAS, *Enquête sur le MEDIATOR®*, rapport cité, janvier 2011, 243p. « *L'éclatement entre les différents acteurs publics de la chaîne du médicament et un système de commissions foisonnant, chronophage et donnant l'illusion de la transparence des dossiers a contribué à la difficulté de cette information des ministres* » (synthèse p. XI). L'AFSSAPS est qualifiée de « *structure lourde, lente, peu réactive, figée* […] *dans une sorte de bureaucratie sanitaire* » (p. XIII).

sanitaire a abouti au remplacement des directeurs de la HAS, de l'AFSSAPS et du CEPS[1] et à l'adoption de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 *relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé*[2].

B) ***Le Comité d'alerte***

Son étude nous paraît significative de la gouvernance actuelle de la protection sociale : pouvoirs conférés à une instance indépendante puis, dans un deuxième temps, récupérés par l'exécutif et la technostructure (faute de résultats suffisants ?).

1. Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance-maladie

Compte tenu du dépassement continu de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (**ONDAM**) après 1996, la loi du 13 août 2004 créée un Comité chargé « *d'alerter le Parlement, le Gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement* ». Afin d'assurer son **indépendance**, il est composé de trois spécialistes : le secrétaire général de la Commission des comptes, le directeur général de l'INSEE et une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social. Placé auprès de la Commission des comptes, il doit rendre, chaque année, au plus tard le 1er juin, et, en tant que de besoin, un avis sur le respect de l'objectif national des dépenses en cours.

L'objectif est de prévenir les dépassements mais aussi de les « *dramatiser* »[3] : lorsque le Comité « *considère qu'il existe un risque sérieux* » de dépassement de l'ONDAM de 0,75 %, il déclenche la **procédure d'alerte** et les trois Caisses nationales maladie doivent proposer des mesures de redressement. Le Comité rend un avis sur leur impact financier (et, le cas échéant, sur les mesures que l'État veut prendre). La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 associe l'UNOCAM[4] au dispositif d'alerte dans le rôle de propositions.

Par ailleurs, notons que fin 2004 la loi de financement pour 2005 confie l'alerte pour les autres risques aux caisses nationales[5]. Mais ce dispositif ne comporte pas de seuil quantifié et est resté théorique (et au demeurant, l'évolution des dépenses des branches familles et vieillesse paraît plus facile à prévoir qu'en assurance maladie).

---

[1] **A**gence **F**rançaise de **S**écurité **SA**nitaire des **P**roduits de **S**anté et Comité Économique des Produits de Santé.
[2] JO du 30 décembre 2011 p. 22667. La loi introduit des mesures de transparence renforcées concernant les liens d'intérêts et l'AFSSAPS devient l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, ANSM.
[3] Comité créé « *pour* «dramatiser*» ces dépassements qui n'émeuvent plus personne* ». P.-L. BRAS, 2004, article cité, p. 970.
[4] Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, cf. *infra* p. 343 et s.
[5] Elles alertent le Gouvernement et le Parlement en cas d'évolution des dépenses « *manifestement incompatible* » avec la LFSS. Le Gouvernement informe les commissions des assemblées des mesures prises ou envisagées.

2. Une alerte politiquement opportune, financièrement peu efficace

Paradoxalement, le Comité d'alerte - composé d'experts - aura des débuts difficiles en matière de prévisions. En 2005, il considère possible le respect de l'ONDAM[1], en 2006 que le dépassement peut être contenu dans la limite des 0,75 % et fait des mises en gardes. L'objectif national des dépenses de l'assurance maladie sera dépassé pour ces deux années.

Le déclenchement de l'alerte va être significatif du **comportement des acteurs**.

Dès le 6 avril 2007, il estime « *très difficile le respect de l'objectif voté par le Parlement* » (affirmation d'indépendance en période électorale ?), alors que deux mois de remboursements sont seulement connus[2]. Le 29 mai 2007, il déclenche la procédure d'alerte pour risque de dépassement supérieur à 0,75 % (2 milliards d'euros envisagés au lieu de 1,1 pour 0,75%).

À sa suite, les caisses nationales proposent des mesures communes augmentant la charge des assurés, réduisant certains tarifs et la CNAM des mesures supplémentaires, alors que le gouvernement n'en propose pas. Les Ministres de la Santé et du Budget annoncent début juillet 2007 la prise en compte de mesures soumises par la CNAM mais en fait excluent celles concernant les ALD ou une contribution des complémentaires santé. Dans une relative discrétion médiatique, deux décrets publiés les 2 et 3 août 2007 augmentent la participation financière des assurés sociaux[3]. Finalement les mesures prises seront peu efficaces et ne réduiront les dépenses 2007 que de 250 millions d'euros mais joueront leur rôle de dramatisation ; le dépassement de l'objectif des dépenses d'assurance maladie « *prévisible, annoncé et non maîtrisé* »[4] sera le plus élevé constaté : 2,8 milliards d'euros (soit de 1,9 %).

Si les acteurs se sont mobilisés, il convient de souligner le rôle de la Caisse nationale de l'assurance maladie plus courageuse à proposer des mesures que l'exécutif (relativisant ainsi les critiques de laisser-aller les dépenses dont elle était souvent l'objet).

3. Le renforcement de la procédure d'alerte au détriment du Comité ?

Pour prévenir les dépassements de l'ONDAM la RGPP prévoit, en juin 2008, que seraient mis en place des « *dispositifs de stabilisation automatique de l'assurance maladie* ». À l'issue de la première conférence sur le déficit public du 28 janvier 2010, le Président de la République annonce la mise en place d'un groupe de travail sur le pilotage des dépenses

---

[1] Le délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF), « *n'arrive pas à comprendre que des gens censés être indépendants rendent de telles conclusions* ». *Annuaire sécu*, Lettre n° 156 du 5 juin 2005.
[2] La DSS venait d'alerter le ministre fin mars. R. BRIET *dir*., 2010, rapport cité, p. 18.
[3] Plafonnement journalier du forfait porté de 1 à 4 €. Participation hors parcours de soins dans une fourchette de 17,5 % à 22,5 % (au lieu de 7,5 % à 12,5 %), l'UNCAM déterminant le ticket modérateur dans ces limites, le remboursement passe de 60 % à 50 % au 2/9/2007. D. 2007-1166 du 1er août et D. 2007-1170 du 2 août 2007.
[4] Du fait d'hypothèses d'élaboration « *exagérément optimistes* ». R. BRIET *dir*. 2010, rapport cité, p. 17.

d'assurance maladie dirigé par M. Briet[1]. Le « **rapport Briet** »[2] formule des propositions validées par le Président de la République lors de la deuxième conférence du 20 mai 2010[3] :

- extension du rôle du comité d'alerte, qui se prononcera *ex ante* sur la construction de l'ONDAM et remettra le 15 avril aux ministres un avis sur l'exécution de l'année précédente ;

- mise en œuvre des mesures nouvelles de l'ONDAM liée à son respect et mise en réserve d'une fraction des dotations ; seuil de l'alerte abaissé de 0,75 % à 0,5 % d'ici 2012-2013 ;

- institution d'un comité de pilotage réunissant l'ensemble des directeurs concernés et régulièrement co-présidé par les ministres chargés de la Santé et des Comptes publics ;

- le taux d'augmentation de l'ONDAM sera abaissé de 3 % en 2010 à 2,9 % en 2011 et 2,8 % en 2012 et l'objectif des dépenses d'assurance maladie devra être respecté en 2010[4].

De ce fait, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 prévoit les nouveaux avis du Comité d'alerte[5], notamment sur la construction de l'objectif.

Il convient de souligner le rôle du **Comité de pilotage** résultant du rapport Briet comportant deux niveaux : coprésidence épisodique par les ministres et « *réunions techniques* » régulières des directeurs[6] pilotées par celui de la sécurité sociale. Ce comité des « techniciens » sera chargé de la préparation du PLFSS, du suivi des dépenses et du pilotage de la régulation. Il élaborera la stratégie de régulation préventive du dépassement de l'objectif national et gérera sa mise en œuvre. En cas de besoin, il adopterait ou demanderait aux gestionnaires des mesures correctrices. Cette régulation concernerait l'ensemble des secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social. Au niveau des ministres, il « *pourrait adopter des mesures de régulation des dépenses avant même le déclenchement de la procédure d'alerte* ».

L'ONDAM s'apparente de plus en plus à une **dotation budgétaire** rappelant le budget de l'État et son suivi ne concernera plus seulement le secteur ambulatoire traditionnellement

---

[1] Raoul Briet, Conseiller maître à la Cour des comptes, ancien Directeur de la Sécurité sociale et de la CNAV, membre de la HAS. Il est élu, en 2010, président de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris et en avril 2012 président de la 1re chambre de la Cour des comptes. Le groupe de travail était composé de 4 parlementaires, 4 directeurs d'administration (budget, sécurité sociale, trésor, offre de soins), du DG de l'UNCAM et de 2 experts.

[2] Il constate les causes de dépassement (pas de réalisme de construction, surestimation des mesures correctrices), pointe les limites de la procédure d'alerte (intervenant sur les dépenses de ville), du suivi des dépenses insuffisant : seul celui des dépenses de ville est « *globalement satisfaisant* ». R. BRIET *dir.*, 2010, p. 33, 34.

[3] Réunissant Gouvernement, parlementaires, collectivités territoriales et présidents des organismes sociaux.

[4] Suite à l'avis du 28 mai du Comité estimant un possible dépassement de 600 M€, les ministres décident le gel de provisions à l'hôpital (135 M€), du fonds pour la modernisation des établissements de santé (105 M€), des baisses de prix de médicaments (100 M€), la modification du calcul des IJ (70M€), des mise en réserve (300M€).

[5] Il rend deux avis supplémentaires transmis au Parlement : chaque année avant le 16 avril, analyse des réalisations de l'ONDAM précédent et conséquences sur le respect de l'objectif en cours ; avant le 16 octobre, contrôle des éléments ayant permis l'élaboration de l'ONDAM à venir et réserves s'il constate que cet objectif ne peut pas être respecté.

[6] Elle réunira les directeurs de la sécurité sociale et du budget, les directeurs généraux de l'offre de soins, du trésor, de l'UNCAM et le président du comité économique des produits de santé (CEPS).

concerné par les économies. Le rôle du Comité de pilotage deviendra probablement plus important que celui du Comité d'alerte, en dépit d'une augmentation des consultations de ce dernier : élément significatif, à notre sens, du dépouillement d'une instance « indépendante » au profit d'un pilotage par le plus haut niveau de l'exécutif appuyé par la technostructure.

C) *Quelle place pour le Conseil économique, social et environnemental ?*

La moins connue des Assemblées de la République est une instance de recherche de consensus. Sa réforme, longtemps différée, est réalisée par la révision constitutionnelle de juillet 2008.

1. Du CES au CESE

Le titre XI de la Constitution de 1958 consacre trois articles au Conseil Économique et Social (CES)[1]. Les articles 69 et 70 lui donnent un rôle de donneur d'avis : consulté par le Gouvernement sur les projets de textes à caractère économique ou social, il peut s'autosaisir. Pour son dernier président, cette « *assemblée du premier mot* », « *transmet à l'élu, seul en charge d'exprimer le* « dernier mot » *de la décision publique, la voix de la quotidienneté, l'écho de la réalité économique et sociale vécue par ses acteurs* »[2].

Suivant l'exposé des motifs de la réforme constitutionnelle du 23 juillet 2008, afin que « *les citoyens soient davantage écoutés, à ce que leurs aspirations soient mieux prises en compte* »[3], la révision prévoit une « *profonde réforme* » du CES chargé aussi désormais des questions relatives à l'environnement, d'où son changement de nom : il devient le Conseil Économique, Social et Environnemental.

La loi organique qualifie le CESE de représentant des « *principales activités du pays* » et il « *favorise leur collaboration et assure leur participation à la politique économique, sociale et environnementale de la Nation* ». Il « *contribue à l'évaluation des politiques publiques* » dans ces domaines et peut être consulté par le Premier ministre (éventuellement sur les projets de loi de programmation des finances publiques) et dorénavant par le Parlement auquel ses avis et rapports sont adressés. À côté des neuf sections, les études pourront être faites par des

---

[1] Suite à la demande des syndicats salariés, un décret du 16 janvier 1925 crée le Conseil national économique. La Constitution de 1946 donne une reconnaissance constitutionnelle au « Conseil économique ».

[2] J. DERMAGNE, 2006, *Qu'est-ce que le Conseil économique et social ?*, ouvrage cité, p. 44.

Page 51 : il « *a pour vocation première de faire dialoguer des femmes, des hommes, des organisations qui sont programmés pour s'opposer, pour défendre des points de vue différents, voire divergents* ». Mais si nombre des rapports de la section des affaires sociales traitaient de la protection sociale, peu l'étaient sur des sujets majeurs (exception faite sur le financement de la protection sociale en 2007 et sur l'hôpital public en France en 2005) et ils étaient insuffisamment connus.

[3] Projet de loi constitutionnelle de modernisation des institutions de la Ve République, n° 820, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 avril 2008, 28 p., citation p. 12.

« commissions temporaires » et des « délégations » et une « procédure simplifiée » accélère l'adoption d'un avis par une section[1].

Nouveauté, l'article 69 alinéa 3 de la Constitution prévoit sa saisine par voie de **pétition** sur toute question à caractère économique, social ou environnemental devant émaner de 500 000 personnes et le CESE a un an pour émettre un avis en Assemblée plénière[2].

Malgré l'accroissement des compétences, le nombre de conseillers est reconduit à 233[3] appartenant à **trois groupes** : vie économique et dialogue social (140), cohésion sociale et territoriale et vie associative (60), protection de la nature et de l'environnement (33).

La composition est peu bouleversée : mis à part la répartition des 40 personnes qualifiées dans les trois groupes et l'introduction de membres au titre de l'environnement et de quatre représentants des jeunes, signalons la stabilité des représentations[4]. Mais la **parité** hommes/femmes est introduite pour toutes les désignations.

La première assemblée plénière, le 16 novembre 2010, désigne pour président, Jean-Paul Delevoye, ancien Médiateur de la République. Neuf sections sont constituées dont celle des affaires sociales et de la santé.

2. Quel rôle pour « l'assemblée du premier mot » ?

Le CESE aura-t-il une utilité ? Si pour certains il « *ne sert à rien* »[5], René Rémond[6] considérait que le développement de la mission consultative pouvait moderniser la démocratie si les organes consultatifs inspirent confiance, le citoyen s'y sent représenté et a un dialogue avec ces instances ; or la représentativité du Conseil a été peu améliorée par la loi organique. La saisine par voie de pétition favorisera-t-elle le dialogue avec les citoyens ? Il ne paraît pas si facile de recueillir un demi-million de signatures pour un avis intervenant un an après que le CESE l'ait estimé recevable (à moins qu'il ne soit relayé par le Parlement).

Nous pouvons nous demander si le nouveau rôle du Conseil économique social et environnemental lui permettra de plus intervenir dans le **domaine social** ? Il est concurrencé par les structures de consensus spécialisées et ne se prononce pas sur les projets majeurs de lois de finances et de lois de financement.

---

[1] À la demande de l'instance à l'origine de la consultation, la section émet un projet d'avis qui devient l'avis du CESE après sa publication, sauf demande d'examen par l'Assemblée plénière du président ou de dix membres.
[2] Une pétition citoyenne du Collectif Autisme a été relayée par une saisine parlementaire en novembre 2011.
[3] 193 désignés par les organisations représentatives et 40 personnalités qualifiées en Conseil des ministres. Le nombre de représentant par organisation résulte de la loi organique n° 2010-704 du 28 juin 2010, JO du 29.
[4] À l'exception d'une diminution du monde agricole et la quasi disparition des entreprises publiques.
[5] H. Mariton, député UMP de la Drôme, Figaro du 2 novembre 2010. Il « *vaudrait donc mieux le supprimer* ».
[6] René Rémond, *La mission consultative, expression d'une nouvelle citoyenneté*, Actes des premières rencontres du Palais d'Iéna, 11 et 12 juin 1992, Paris. *In* J.-L. WARSMANN, 2008, rapport cité, p. 66.

Pour autant, il permet au gouvernement de connaître la « température » des représentants de la société civile et ainsi le Premier ministre, avant la réforme des retraites de 2003 a présenté au Conseil Économique et Social la méthodologie de la réforme pour recueillir « *les premières observations des organisations* ».

Pour le dernier président du CES, le gouvernement trouve « *au Conseil un aréopage à peu près exhaustif des forces économiques et sociales* [et] *surtout sur une problématique donnée l'expression du consensus majoritaire de ces forces* »[1]. Pour son nouveau président, le CESE n'étant « *ni un lieu de décision ni un lieu de pouvoir* », son « *rôle n'est pas de plaire ou de déplaire, de peser dans un sens ou dans un autre, mais d'éclairer le décideur politique* »[2].

L'avis du CES sur le financement de la protection sociale estimait qu'une « *gouvernance globale de la protection sociale est indispensable et pourrait impliquer régulièrement le Conseil Économique et Social par des avis de suite* »[3].

Nous partageons ce point de vue : le Conseil économique social et environnemental pourrait dégager une **vision globale** de la protection sociale, avoir un rôle de suivi et d'approfondissement de questions demandant du temps, dans une assemblée du « **premier mot** ». Sa saisine sur le projet de loi de programmation des finances publiques permettrait d'initier cette évolution, à condition que ses avis soient pris en considération et que le Conseil ait plus de liens avec la société civile.

Le CESE, saisi par le Premier ministre[4] a rendu un rapport sur « *la dépendance de personnes âgées* » en juin 2011[5] et en juillet 2011 sur « *la protection sociale : assurer l'avenir de l'assurance maladie* ». Dans ce dernier rapport, sur l'éventuelle fusion de la contribution sociale généralisée (CSG) et de l'impôt sur le revenu, il « *s'inquiète de la perte d'identité d'un éventuel grand impôt progressif* »[6].

---

[1] J. DERMAGNE, 2006, ouvrage cité, p. 97, 98.

[2] « *soit en explorant des pistes nouvelles, soit en dégageant des convergences fortes sans taire les points de désaccord ni exclure aucun débat, si difficile soit-il.* » Discours du président du CESE au Président de la République, 14 janvier 2011.

[3] A. DUTHILLEUL, 2007, avis cité, p. 40.

[4] Qui, le 22 fév. 2011, « *a insisté sur les fonctions d'éclairage et d'évaluation des politiques publiques qu'il souhaite que le CESE s'approprie et sur le rôle que ce dernier devra jouer dans la prioritaire et nécessaire rénovation de notre modèle social* ». http://www.lecese.fr/index.php/vie-de-lassemblee, accès 23/02/2011.

[5] M. WEBER, Y. VÉROLLET, 2011, avis CESE, 14, 15 juin 2011, saisine Premier Ministre du 19 janvier 2011.

[6] L'avis « *affirme le principe de l'universalité des ressources pour garantir un financement pérenne et soutenable de la santé* » et explore plusieurs pistes : évolution du taux de la CSG, mise en place de la TVA sociale, réexamen des exonérations de cotisations, meilleure prise en compte de la valeur ajoutée produite. Sur la fusion de la CSG et de l'impôt sur le revenu, « *La distinction du budget de l'état et des organismes sociaux doit perdurer et représente un obstacle majeur à cette réforme des prélèvements obligatoires par une fiscalisation (voire même budgétisation) des prélèvements sociaux* ». B. CAPDEVILLE, 2011, avis CESE, p. 24.

SECTION 2. LES NOUVELLES INTERVENTIONS DE L'ÉTAT

Elles se manifestent au plan national par la mise en place de fonds financiers aux objectifs plus ou moins explicites (§ 1) mais qui le sont plus au niveau régional par la création des Agences régionales de santé (§ 2). Quel est l'intérêt de ces interventions pour l'État et pour les organismes de Sécurité sociale ?

§ 1 Au niveau national, de multiples fonds financiers

Ces fonds sont très divers. S'ils échappent à une gestion par la Sécurité sociale, ils ont les mêmes financements qu'elle et ont répondu à des objectifs variables : séparer les prestations de solidarité, prendre en charge de nouveaux risques, prévoir des sources de financement à long terme ou diminuer les dépenses de l'État (voire son déficit apparent).

La Commission des comptes de la Sécurité sociale classe comme « *organismes concourant au financement du régime général* » les fonds nationaux que nous allons étudier parmi les « *comptes des régimes de base autres que le régime général* » (A)[1]. Nous ferons un examen particulier (B) de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

A) *L'intervention par le biais des fonds financiers nationaux*

Ces fonds ont pour caractéristiques communes d'être des établissements publics de l'État à caractère administratif et placés sous sa tutelle (assurée par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget).

Ils sont administrés par des conseils d'administration composés de représentants des **ministres de tutelle** (par un directoire pour le Fonds de réserve pour les retraites) et assistés dans la définition de leurs orientations par des comités de surveillance où siègent, en général, des parlementaires, des représentants de l'État et des régimes de protection sociale concernés (ou des partenaires sociaux). Ils sont dirigés par des directeurs nommés par arrêté ministériel, responsables du bon fonctionnement d'établissements dont la structure administrative est réduite.

---

[1] Fonds de solidarité vieillesse (FSV), Fonds de réserve pour les retraites (FRR), Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ainsi que notamment le Fonds commun des accidents du travail (FCAT) et le Fonds commun des accidents du travail agricole (FCATA), géré par la CDC et créé par décret du 30/12/1957.
Le plus ancien fonds semble être le FCAT (art. L. 437-1 CSS) indemnisant les victimes d'accidents antérieurs à 1947. Il a été créé en 1956 pour remplacer les anciens fonds de majoration de rentes AT-MP. Bien que financé à 99 % par une contribution de la CNAM, sa gestion est confiée à la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et son importance financière marginale.

Leurs ressources sont avant tout d'origine professionnelle, le plus souvent basées sur la contribution sociale généralisée (CSG) comme les régimes légaux et ils « contribuent » au financement des régimes de sécurité sociale obligatoires ou complémentaires.

Examinons les principaux fonds et leur utilité.

1. Le fonds de solidarité vieillesse, solidarité et cotisations chômage de l'État

Depuis longtemps, les syndicats salariés reprochaient à l'État de faire supporter aux régimes de sécurité sociale des « **charges indues** » les déséquilibrant financièrement. Pour faire accepter sa réforme des retraites de 1993, le Gouvernement Balladur vise à séparer les éléments relevant de la solidarité de ceux assurantiels en créant le fonds de solidarité vieillesse (FSV)[1] financé à l'origine par la CSG[2]. Il remplace au 1er janvier 1994 le Fonds national de solidarité créé en 1956.

Dirigé par un Conseil d'administration et un comité de surveillance[3], sa mission « *est de prendre en charge les avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale* » (art. L. 135-1 CSS).

Ses prises en charge et ressources ont été élargies. Il finance :

- principalement (73 % de ses charges nettes en 2010) les cotisations validées par les régimes retraites de base (pour cause de chômage, service national et depuis juillet 2010 de maladie, invalidité, accident du travail) et par les régimes complémentaires AGIRC et ARRCO à compter de 2001 pour les pré-retraites et le chômage indemnisées par l'État ;

- des prestations, notamment le minimum vieillesse et, à compter de 2011, suite à la réforme des retraites de 2010, une partie du minimum contributif versé par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ; ainsi que les majorations de pensions des parents de trois enfants, qui en fait, sont financées intégralement, via le FSV, par la CNAF depuis 2011[4].

Ses autres ressources proviennent principalement de la CSG (0,85 point depuis 2009 en diminution de 0,20 point transféré à la CADES), et à compter de 2011 du solde de la contribution sociale de solidarité (C3S), de 1/6 de la taxe sur les salaires (pour compenser la

---

[1] Créé par la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 et le décret n° 93-1354 du 30 décembre 1993.

[2] « *La mise en place de ce fonds correspond à une demande des syndicats … C'est sans doute pourquoi la réforme n'a pas suscité de fortes mobilisations* ». B. PALIER, 2005, ouvrage cité, p. 235.

[3] Son Conseil d'administration de sept membres, (six représentants les ministres de tutelle et le président, nommé sur proposition du ministre de la Sécurité sociale, art. R135-2 CSS) adopte le budget, approuve les comptes après la certification, sauf vote contraire des 2/3. Il propose au Gouvernement les mesures d'équilibre. Le comité de surveillance comprend quatre parlementaires, un membre de la Cour des comptes, de l'Inspection générale des Finances, de l'IGAS, quatre présidents des régimes retraite, cinq représentants des syndicats salariés et cinq employeurs, trois du Comité national des retraités et des personnes âgées et quatre personnes qualifiées.

[4] Transfert CNAF vers FSV : 60 % des charges depuis 2003, 100 % à compter de 2011 (LFSS pour 2009).

prise en charge du minimum contributif) et des recettes affectées antérieurement au Fonds de réserve pour les retraites (FRR)[1].

La prise en charge de cotisations validées en progression rapide (chômage, maladie) et la réduction de la CSG affectée ont dégradé ses résultats (intégrés à ceux des régimes de base par la Commission des comptes) : déficit passant de 3,2 milliards € en 2009 à 4,1 en 2010[2].

Au final si la prise en compte par ce fonds, piloté par l'État, des « charges indues » aboutit à une séparation comptable, elles sont financées par des ressources dont auraient bénéficié les régimes de base. Ce fonds finance en partie des avantages vieillesse qui devraient être à la charge de l'État, notamment pour le chômage qu'il indemnise.

Il contribue à réduire la solidarité au sein du régime général. La CNAV reçoit des ressources de la CNAF équivalentes à ses charges via le FSV, mécanisme sans valeur ajoutée ! D'autre part, le fonds prend en charge une partie du minimum contributif de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (et des régimes alignés) et « *sert donc ici d'intermédiaire pour des recettes destinées pour l'essentiel au régime général* »[3], interrogeant sur l'utilité réelle du fonds, si ce n'est au profit de l'État et des ministères gestionnaires.

2. L'externalisation sans fin de la dette par la CADES

Face au déficit du régime général des années 1990, il est « transféré » à l'État en 1994 (110 milliards de francs), les soldes des branches sont « remis à zéro ». Lors de sa création, le FSV avait reçu aussi pour mission de rembourser ces sommes à l'État (le taux de la CSG augmentant à cette fin de 1,1 à 2,4 %). Cette attribution sera de courte durée.

Dans le cadre du Plan Juppé, l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 crée, jusqu'en 2008, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ainsi que pour la financer la contribution pour le remboursement de la dette sociale (**CRDS**). La CADES assurera ce remboursement à la place du FSV, sans l'inscrire au bilan de l'État, afin de « *diminuer artificiellement son déficit budgétaire* ». Elle permet d'améliorer les comptes de la sécurité sociale et ainsi « *le Gouvernement se pose en sauveur de la Sécurité sociale* »[4].

---

[1] Plus la C3S additionnelle et une partie du forfait social, taxes qui étaient auparavant affectées à la CNAM et les prélèvements sur les retraites « chapeau ». Commission des comptes de la Sécurité sociale, *Les comptes de la Sécurité sociale*, sept. 2011, T. 1, p. 194 à 197.

[2] Montants prévus 2011 en Md€ : Produits 18,2 dont CSG 9,6, CNAF 4,4, taxe sur les salaires 2, C3S et C3Sa 1,4, forfait social 0,5. Charges 22 dont cotisations chômage 9,5, majorations enfants 4,4, minimum contributif 3,5, minimum vieillesse 3, maladie 1,3. Déficit : 3,8 Md€ (4 prévus pour 2012). Source, idem, tableau p. 197.

[3] Commission des comptes de la Sécurité sociale, *Les comptes de la Sécurité sociale*, sept. 2011, T. 1, p. 12.

[4] « *Le versement de l'État à l'ACOSS a été comptabilisé comme une opération de trésorerie et les versements du FSV puis de la CADES comme des recettes budgétaires. Le bilan de la CADES ne retraçait que la dette de 140 MdF du régime général fin 1995* ». J. BICHOT, C. WRAZEN, 2005, article cité, p. 897, 898.

La loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, élargissant son conseil d'administration aux présidents des caisses nationales, les partenaires sociaux y seront majoritaires[1] et la composition du CA sera voisine de celle du conseil de surveillance[2].

La CADES a « *un statut hybride et privilégié* » lui donnant « *une signature quasi étatique et la liberté d'action d'une grande banque privée* »[3]. En effet, elle intervient efficacement sur les **marchés financiers** internationaux, émet en devises (les agences de notation lui attribuant les mêmes notes qu'à l'État) et a permis de « *rendre des services précieux au Trésor et aux finances publique*s » dans la gestion du déficit de l'État[4].

Sa charge, sa durée de vie et son champ d'intervention ne vont cesser de s'accroître.

La loi de finances pour 1998 officialise sa « réouverture » et son prolongement pour 5 ans (jusqu'au 31/1/2014)[5]. La loi du 13 août 2004, tablant sur le retour à l'équilibre de l'assurance maladie en 2007, lui fait reprendre les déficits jusqu'en 2006[6], augmente ses ressources et étend sa durée de vie jusqu'à extinction de la dette. La loi organique de 2005 prévoit qu'à nouveau transfert de charge doit correspondre recette nouvelle pour limiter sa durée (la couverture des déficits sera en fait assumée par le découvert de l'ACOSS) mais la loi du 13 novembre 2010 allonge à nouveau de quatre ans sa durée de vie, jusqu'en 2025.

Suite à la LFSS pour 2011 elle reprendra 130 Md€ de **dette sociale constatée et à venir** :
- fin 2011, 68 milliards d'euros (Md€) pour les déficits cumulés du régime général et du FSV de 2009 et 2010 et ceux anticipés de 2011 (branches maladie et famille) ;
- les déficits de la CNAV et du FSV constatés entre 2011 et 2018, dans la limite de 62 Md€ (10 Md€ par an) financés par les ressources provenant du Fonds de réserve pour les retraites[7].

Elle bénéficie de ressources nouvelles : 0,28 point de CSG qui étaient affectés à la CNAF (se rajoutant au 0,20 point émanant du FSV depuis 2009). Il est paradoxal qu'elle reprenne les déficits 2011 de la CNAF et bénéficie d'une partie de la CSG qui lui était affectée.

---

[1] Art 3 : Président et vice-président de l'ACOSS, présidents ou vice-présidents de la CNAM, CNAV, CNAF, MSA, du RSI et un représentant des partenaires sociaux au conseil de surveillance du FRR qui s'ajoutent aux six membres antérieurs : une personnalité le présidant, trois représentants du ministre de l'Économie et des Finances et deux du ministre en charge de la sécurité sociale.

[2] Comprenant en plus quatre parlementaires (deux députés et deux sénateurs) et le Secrétaire général de la commission des comptes, il émet un avis sur le rapport annuel d'activité et peut être consulté sur toute question par le Conseil d'administration.

[3] E. PICHET, 2000, article cité, p. 6. « *La bonne fée de BERCY s'est penchée très tôt sur le berceau du nouveau-né* ».

[4] Elle « *aura été sollicitée successivement - et avec succès - pour minimiser le déficit de l'État (de 1996 à 1998), puis pour l'augmenter (afin de dissimuler l'ampleur de la désormais fameuse cagnotte de 1999)* ». *Idem*, p. 20.

[5] Reprise de 87 MdF : déficits 1996 (54 MdF), 1997 (21 MdF), prévisionnel 1998 (12 Md F). *Ibid.*, p. 5.

[6] 50 Md€ de 2004 à 2006, transfert de 35 Mds € réalisé en 2004 et des déficits prévisionnels 2005 et 2006 dans la limite de 15 Mds €. Les excédents futurs de la branche maladie devaient être versés à la CADES !

[7] Part du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et de placement, ressources et actifs du FRR (2,1 Md€ par an de 2011 à 2024).

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012 élargit son domaine d'intervention à l'extérieur du régime général par la reprise des déficits des exercices 2009 et 2010 de l'assurance vieillesse des exploitants agricoles soit 2,5 milliards d'euros (Md€).

Alors que la CRDS n'assure plus son principal financement[1], fin 2011, la dette reprise serait de 200 milliards d'euros, la dette amortie de 59,3 Md€ et le solde de 141 Md€ (les intérêts versés, souvent à des fonds étrangers, 33,6 Md€ représentant près 57 % des fonds amortis !) : autant dire que la Caisse d'amortissement n'est pas menacée d'une fin prochaine.

Mais le régime général et le régime vieillesse des exploitants agricoles auront à nouveau été sauvé par les gouvernants et les retraites équilibrées en 2018, grâce aux apports provenant des emprunts de la CADES et à ceux anticipés du Fonds de réserve des retraites.

3. Le Fonds de réserve pour les retraites, capitalisation à durée limitée

Conceptuellement, dans un régime légal de retraites par répartition, les dépenses étant financées par les cotisations de l'année, la constitution de réserves ne paraissait pas s'imposer, d'autant que le système voyait ses déficits parallèlement pris en charge par la CADES.

Pourtant, le Premier ministre Lionel JOSPIN, à défaut de réformer les retraites, va mettre en place un dispositif de long terme, le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) dont l'existence « *donne une illusoire impression de sécurité* »[2].

Instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 du 23 décembre 1998, il « *a pour mission de gérer les sommes qui lui sont affectées afin de constituer des réserves destinées à contribuer à la pérennité des régimes de retraite* ». L'objectif est de lisser entre les années 2020 et 2040 le financement du régime général et des régimes alignés grâce à une réserve de **mille milliards de francs** en 2020 (soit 152 Md€). Depuis la LFSS pour 2005, il gère pour le compte de la CNAV 40 % de la soulte versée par la caisse nationale des industries électriques et gazières en contrepartie de son adossement.

Sa gouvernance particulière, se rapprochant du secteur privé, en fait un organisme de placement.

Il « *est doté d'un conseil de surveillance et d'un directoire* » (art. L. 135-8 CSS) et le rôle de la Caisse des dépôts et consignations (**CDC**) y est important : elle assure la gestion

---

[1] La Caisse évalue ses ressources à 15,1 Md€ pour 2011, dont près de 7 Md€ associés aux recettes nouvelles affectées en application de la LFSS pour 2011. Commission des comptes de la Sécurité sociale, *Les comptes de la Sécurité sociale*, sept. 2011, T. 1, p. 206.

[2] J. BICHOT, C. WRAZEN, 2005, article cité, p. 900. « *Le FRR a été créé pour montrer à la population que le Gouvernement prenait le problème à bras le corps, qu'il trouvait des solutions innovantes, qu'il inventait la formule magique (la « répartition provisionnée »)* ». La constitution de réserves se justifie en période d'excédents comme on le verra dans les régimes de retraites complémentaires des salariés et des indépendants.

administrative, son directeur général préside le directoire composé de deux autres membres nommés par décret. Ce **Directoire** assure la direction du FRR, est responsable de sa gestion et met en œuvre les orientations de la politique de placement fixée, sur sa proposition, par le Conseil de surveillance quadripartite[1].

La gestion financière est confiée par **mandats** périodiques à des prestataires de services. Les comptes sont certifiés par deux commissaires aux comptes et le Fonds de réserve pour les retraites est soumis au contrôle de la Cour des comptes, des inspections générales des affaires sociales et des finances.

Ses ressources multiples (art. L135-7 CSS), provenaient principalement :

- d'une fraction du solde du produit de la contribution sociale de solidarité (C3S) ;
- des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et produits de placements ;
- de tout ou partie de l'excédent du FSV et des excédents de la CNAV ;
- des placements du Fonds ;
- éventuellement des recettes des privatisations et des licences de téléphonie mobile.

Les abondements annuels, importants au début, vont décroître après 2003 (2,2 Md€ en 2010)[2] et leur cumul à fin 2010 n'était que de **37 Md€** (y compris soulte IEG de 3,5 Md€), chiffre significatif d'une rentabilité limitée et insuffisante pour sauver les retraites en 2020[3].

Sans supprimer le Fonds de réserve pour les retraites, qui continuera de gérer ses actifs et pour le compte de la CNAV 40% de la soulte des industries électriques et gazières, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 affecte à la CADES ses principales ressources et progressivement ses actifs (2,1 milliards d'euros de 2011 à 2024). L'objectif est de lui faire financer les déficits prévisionnels de la CNAV et du FSV de 2011 à 2018.

Création politique un peu tardive, le Fonds de réserve pour les retraites ne pouvait atteindre, faute d'apports suffisants en période de déficits croissants, l'objectif de financer partiellement les retraites à partir de 2020. Mais, ces fonds de stabilisation des régimes de retraites n'ont-ils pas été détournés, encore une fois, par l'État de leur finalité initiale pour un objectif de rééquilibrage relatif à court terme (voire dans un but politique avant 2012) ?

---

[1] Composé de quatre parlementaires, de cinq représentants des organisations syndicales salariés et de cinq employeurs, de quatre représentants de l'État et de deux personnalités qualifiées. Il contrôle les résultats, approuve les comptes, établit un rapport annuel sur la gestion et désigne deux commissaires aux comptes.

[2] Passant de près de 6 Md€ en 2002 à 2,2 Md€ en 2004 (dont 946M€ excédents CNAV), 1,5 en 2009. Fin 2005 leur cumul s'élevait à 21,2 Md€ (hors soulte : 3 Md€). Source rapports de la Commission des comptes.

[3] De 2006 à 2020, pour 1,3 Md€ d'abondements par an (minimaux constatés) la couverture des besoins de financement serait de de 22 % (actif net en 2020 : 94 Md€) ; avec 3,7 Md€ par an (moyenne 2000-2005) de 36 % (actif de 151 Md€). Pour couvrir 50 % des besoins de financement il devrait recevoir 6,1 Md€ par an (actif de 208 Md€). Source : *La contribution potentielle du FRR au financement des régimes entre 2020 et 2040*, FRR, 7 juin 2006. À noter que fin 2011 sa performance globale annuelle depuis sa création n'est que de 2,65 %. http://www.fondsdereserve.fr/IMG/pdf/Actifs_Performances_31_12_2011.pdf

4. Le Fonds de financement de la CMUc, le financement par les assurés

Pour permettre un accès aux soins universel la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 crée la Couverture maladie universelle (**CMU**) afin d'affilier à un régime de base les personnes non couvertes. Elle met en place, sous conditions de ressources, la couverture maladie universelle complémentaire (**CMUc**) assurant la gratuité des soins et la dispense d'avance des frais. Sa gestion est, solution originale, assurée au choix du bénéficiaire par les caisses d'assurance maladie ou les opérateurs en assurance complémentaire maladie (mutuelles, institutions de prévoyance, assureurs privés).

Le *Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie* est créé par cette loi pour la financer. Il financera ensuite l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (**ACS**), instituée par la loi de 2004 sur l'assurance maladie pour les personnes au-delà du plafond d'accès à la CMUc (jusqu'à 35 % au 1er janvier 2012). Il est géré par un conseil d'administration représentant les ministres de tutelle (sécurité sociale et budget) qui nomment le directeur et un conseil de surveillance donnant une place importante aux assurances complémentaires santé et aux associations[1].

L'origine des **recettes** (art. L.862-3 CSS) a évolué. Initialement venant des organismes complémentaires et de l'État (dotation budgétaire d'équilibre), la loi de finances pour 2005 y ajoute la cotisation sur les boissons alcooliques et une dotation de l'assurance maladie pour financer la nouvelle aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. En 2009, cette dotation est supprimée et est augmentée la contribution sur le chiffre d'affaires des assurances complémentaires santé (de 2,5 % à 5,9 %) qui financeront aussi dorénavant l'ACS. La loi de finances pour 2011 remplace cette contribution par une « taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé » de 6,27 % (article L.862-4 CSS)[2].

Les recettes du Fonds sont significatives d'affectations successives de ressources venant des organismes complémentaires et du désengagement de l'État qui leur fait financer la solidarité et la couverture complémentaire santé. Il consacre de ce fait leur rôle dans la gouvernance du système global d'assurance maladie. Toutefois, le Fonds CMUc ne couvrant plus entièrement les dépenses, le surcoût de la CMUc est supporté avant tout par la CNAM,

---

[1] Six parlementaires, six représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie, dix des complémentaires, huit d'associations œuvrant en faveur des plus démunis. Le président est nommé parmi les parlementaires.

[2] La transformation de la contribution CMU en taxe résulte de la demande de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) pour l'exclure des ratios de solvabilité et des commissions des agents généraux d'assurance et afficher le poids des prélèvements publics.
« Contribution CMU : pourquoi en faire une taxe », *L'Argus de l'assurance*, 24 septembre 2010.

les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) la gérant en quasi-totalité[1]. Mais il permet à l'État de conserver de définition d'un panier des soins plus important que dans le régime de base et de définir des prescriptions pour les régimes complémentaires d'assurance maladie.

5. Les fonds amiante, pré-retraites et réparation intégrale

Après la décision, en 1996, d'interdire l'amiante, la réparation de ses préjudices a fait l'objet de deux fonds pour les pré-retraites spécifiques puis pour une réparation intégrale.

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 met en place le Fonds de **cessation anticipée d'activité** des travailleurs de l'amiante (FCAATA) finançant une allocation[2] (ainsi que les cotisations vieillesse de base et complémentaire de ses bénéficiaires).

Il s'agit d'un fonds *ad hoc* sans personnalité juridique. Un conseil de surveillance, non décisionnel, veille à son fonctionnement, suit les comptes et fait « *remonter des difficultés et des éléments d'information provenant du vécu sur le terrain* »[3]. Il est géré pour partie par la CNAM (branche AT/MP) et par la Caisse des dépôts et consignations : les allocations sont liquidées par les CARSAT, la CNAM verse à la CNAV les cotisations d'assurance volontaire, la CDC celles aux complémentaires (et perçoit la contribution de l'État au fonctionnement du fonds via 0,31% des droits sur le tabac).

A été reproché à ce fonds le détournement de l'objet du fonds, ses pré-retraites ayant servi à accompagner des restructurations d'entreprises et des ports[4]. L'intervention de la CDC, source de lourdeur, serait due au souhait de ne pas créer une nouvelle prestation de sécurité sociale[5], alors que la branche AT-MP est le principal financeur (plus de 96 % en 2009)[6].

---

[1] Gestion assurée par les CPAM pour 89 % des dépenses en 2009. « *Alors que, jusqu'en 2003,* [le Fond CMUc] *remboursait les dépenses exposées par les organismes gestionnaires à l'euro près, il ne rembourse depuis 2004 les dépenses afférentes que sur la base d'un forfait par bénéficiaire, fixé depuis 2009, à 370 euros par an. Les régimes de base et les organismes complémentaires supportent donc depuis cette date un reste à charge qui s'est établi, s'agissant de l'assurance maladie, à 138 M€ en 2007, 230 en 2008 et 159 en 2009* ». G. BAPT, 2010, rapport cité, p. 45.
La charge pour la CNAM du dépassement est de 206 MF en 2010 et serait de 254 en 2011 et 310 en 2012. Commission des comptes de la Sécurité sociale, rapport sept. 2011, T. 1, p. 223.

[2] Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) versée à partir de 50 ans aux salariés du régime général atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante ou ayant travaillé dans des établissements d'amiante ou de construction navales, puis étendue au personnel portuaire, aux salariés agricoles.

[3] *In* G. DÉRIOT, J-P GODEFROY, 2005, *Rapport d'information n° 37…* cité, T II, p. 258. Il est composé de représentants de l'État, de la commission AT-MP de la CNAM, du conseil d'administration de la Caisse centrale MSA et de personnalités qualifiées.

[4] Selon une note de la direction des relations du travail existait une corrélation entre les demandes d'inscription sur les listes des entreprises bénéficiaires et les plans sociaux à la demande des partenaires sociaux ou d'élus (groupe Alstom, menacé de dépôt de bilan en 2004). *Id.*, p. 175. Pour la présidente du Fonds « *l'extension de l'ACAATA aux personnels portuaires* […] *a été un moyen de résoudre la situation des dockers* ». *Idem*, p. 260.

[5] *Ibidem*, p. 259.

[6] Dotation de la CNAM, 880M€ ; droits sur les tabacs 31. *Les comptes de la sécurité sociale*, sept. 2010, p. 130.

Par ailleurs, pour limiter les procédures contentieuses des victimes[1], la LFSS pour 2001 met en place le fonds d'**indemnisation des victimes** de l'amiante (FIVA). Il prend en charge principalement l'indemnisation des maladies d'origine professionnelle dues à l'amiante[2].

La création de cet établissement public administratif spécifique se justifierait pour que le dispositif d'indemnisation « *ne soit pas animé des seuls réflexes d'assureur* »[3] mais remet en cause l'unité de la couverture des risques professionnels assurée par le régime général.

Le FIVA instruit les dossiers et verse des indemnisations en **réparation intégrale**[4]. Son Conseil d'administration[5] fixe les principes et procédures d'indemnisation et se caractérise, pour son président, par « *l'inexistence de majorité de gestion* » et des conflits d'intérêts entre les représentants des employeurs et des victimes[6]. La contribution de la branche AT/MP de la CNAM, 315 M€ en 2009, est nettement supérieure à celle de l'État, 48 M€, pourtant à la fois responsable en tant qu'employeur « *mais aussi au titre de ses activités régaliennes*»[7].

Au final ces Fonds **opacifient** le financement de la sécurité sociale.

Sous une apparence d'autonomie (ou gérés par la Caisse des dépôts), ils sont significatifs de la défiance à l'égard des régimes de sécurité sociale (alors qu'ils ont les mêmes sources de financement), de l'émiettement des structures et de l'insuffisance de vision globale alors que les partenaires sociaux y ont une place marginale dans les conseils de surveillance. Incidemment ils permettent pour certains fonds de diminuer, en apparence, le déficit de l'État ou de servir des objectifs éloignés de la Sécurité sociale (politique de l'emploi, restructurations par exemple).

Instruments dans les mains de l'État, l'affectation des ressources aux fonds (ou aux caisses nationales) est variable dans le temps quant à leur montant et destinataires à travers d'une « **tuyauterie** » à la main de quelques hauts fonctionnaires qui en ont seuls la maîtrise[8].

---

[1] Audition du président et du directeur du FIVA *in* G. DÉRIOT, J-P GODEFROY, 2005, rapport cité, T II, p. 80.
[2] Maladies professionnelles reconnues par la sécurité sociale et maladie dont le lien avec une exposition à l'amiante est reconnu par la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante du FIVA.
[3] G. DÉRIOT, J-P GODEFROY, 2005, rapport cité, T II, p. 77.
[4] Indemniser la victime de manière à la replacer dans l'état où elle se serait trouvée en l'absence de dommage.
[5] Présidé par un magistrat de la Cour de cassation, composé avec lui de vingt-deux membres dont cinq représentant l'État, huit la CAT/MP de la CNAM (cinq salariés, trois employeurs), quatre les organisations de victimes et de quatre personnalités qualifiées.
[6] G. DÉRIOT, J-P GODEFROY, 2005, rapport cité, T. I, p. 133.
[7] *Idem*, p. 162. Le Conseil d'État ayant, par quatre décisions du 3 mars 2004, condamné l'État à indemniser les victimes de l'amiante (faute pour carence de son action dans le domaine de la prévention des risques), p. 14 et 99
[8] « *Si la protection sociale était organisée de manière simple* […] *les parlementaires pourraient exercer leur mission en connaissance de cause. Les ministres, même nouveaux arrivés, pourraient saisir les tenants et aboutissants des textes soumis à leur signature. Le pouvoir des bureaux serait affaibli par rapport à celui des dirigeants politiques ; la représentation nationale et même les citoyens pourraient détenir une fraction de décision.* » J. BICHOT, C. WRAZEN, 2005, article cité, p. 902.

B) *La CNSA, une « Caisse nationale » très spécifique*

Le risque **dépendance**[1] concerne les personnes âgées en perte d'autonomie fera l'objet de nombreux rapports et expérimentations[2]. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), prestation d'aide sociale attribuée par le département, est créée par la loi du 21 juillet 2001. Suite à la canicule de l'été 2003, la loi du 30 juin 2004 institue une journée de solidarité pour contribuer à financer ce risque et crée la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)[3]. Ce nouvel établissement public national à caractère administratif se substitue au Fonds de financement de l'allocation personnalisé d'autonomie et est mis en place en mai 2005, suite à la loi du 11 février 2005[4] qui a précisé ses missions et sa gouvernance.

La CNSA a une double mission et une gouvernance proche de celle de la CNAM. Son devenir sera probablement lié à la mise en place d'une couverture intégrale de la dépendance.

1. Deux missions aux financements multiples

L'article 8 de la loi du 30 juin 2004 lui assigne comme mission « *dans la limite des ressources qui lui sont affectées, de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire* ».

Par rapport à une caisse nationale, elle n'intervient que dans une **limite budgétaire** mais selon un principe d'égalité de prestations : situation intermédiaire entre sécurité sociale et action sociale, ne lui est pas réellement attribuée la gestion du « cinquième risque »[5].

La CNSA est avant tout un fonds de financement avec un rôle de « **caisse »** chargée de répartir les moyens financiers et d'« **agence**» d'expertise[6], sans réseau territorial.

Son financement repose avant tout sur des contributions d'origine salariale : contribution solidarité autonomie (CSA) de 0,3 % financée par les salariés des employeurs privés et publics (« journée de solidarité ») et 0,1 point de CSG. Surtout depuis la loi de 2005, l'assurance maladie y participe au titre de ses prises en charge des personnes âgées et dépendantes dans les établissements sociaux et médico-sociaux. En 2010, son financement

---

[1] D'après la loi du 20 juillet 2001 la dépendance concerne les personnes qui ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.
[2] Une prestation expérimentale dépendance (PED) associant Conseils généraux et caisses de retraites est créée en 1995 remplacée en 1997 par la prestation spécifique dépendance attribuée par les seuls Conseils généraux.
[3] Loi n° 2004-626 *relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées*, JO 1er juil. 2004
[4] Loi n° 2005-102 *sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées*, JO 12 fév. 2005, p.2353.
[5] IGAS, IGF, 2010, rapport cité, p. 19.
[6] Art. L14-10-1 CASF : propositions de référentiels nationaux, appui dans l'élaboration des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, contribution à l'évaluation et à la recherche, à l'information sur les aides techniques, analyse des coûts de revient et tarifs des établissements.

assure 81,7 % des produits de la CNSA (15,1 Md€ sur 18,5) alors que la journée de solidarité (CSA) ne les couvre que pour 12 % (2,2 Md€) et la CSG pour 5,9 % (1,1 Md€)[1].

Dans son rôle de « caisse », la CNSA finance les établissements médico-sociaux par une répartition régionale des crédits de l'assurance maladie fixés par l'ONDAM dans le cadre d'un objectif global de dépenses (OGD) qui lui est délégué. Elle verse aux Conseils généraux une partie du coût de l'APA et de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Mais la part qu'elle finance est en diminution[2], en 2010, elle a versé aux conseils généraux 2,056 Md€ alors qu'elle reversait 16,382 Md€ à l'assurance maladie[3]. Dans ce domaine il s'agit donc de **financements croisés** entre la CNSA et la CNAM, posant la question de l'utilité d'une caisse spécialisée, la majorité du financement et des charges du secteur médico-social concernant la caisse nationale du régime général.

2. Une gouvernance proche de celle de la CNAM, non exempte de lacunes

La CNSA est soumise à la tutelle de l'État[4], à son contrôle et à celui du Parlement dans le cadre du suivi de l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

La gouvernance va passer d'un conseil d'administration prévu par la loi du 30 juin 2004 à un « **conseil** » par celle du 11 février 2005 - influence de la gouvernance de l'Assurance maladie de 2004 - ne prévoyant plus la représentation des conseils d'administration des organismes nationaux de sécurité sociale, principaux financeurs.

La CNSA « *est dotée d'un conseil et d'un directeur* » assistés d'un conseil scientifique.[5] Les quarante-huit conseillers représentant l'État (dix), les élus (six conseillers généraux, deux parlementaires), les partenaires sociaux (huit), les associations (douze), les institutions (sept[6] dont la CCMSA, mais non la CNAM principal financeur !) ainsi que trois personnalités qualifiées (désignées par les ministres parmi lesquelles le Conseil choisit son président). Mais l'État, par ses directeurs d'administration, dispose de près de la moitié des voix (37 sur 83).

---

[1] Source Commission des comptes de la Sécurité sociale, rapport sept. 2011, T. 1, p. 202. Plus 0,4 % de participation des régimes de base vieillesse (sommes versées en 2000 à l'aide-ménagère pour les bénéficiaires classés en groupe iso-ressources (GIR) 4, transférées aux Départements à la création de l'APA).

[2] En 2010, 87 % des charges CNSA pour les établissements médico-sociaux, 8,2 % pour l'APA et 2,7 % pour la PCH. Son « taux de couverture » APA était de 33 % en 2008 et serait maintenu à 29,5 % en 2012. Pour la PCH, il était de 98 % en 2008 et serait de 35 % en 2012. Sources : CSSS sept. 2011, p. 203, Compte rendu synthétique et orientations du conseil de la CNSA du 17/11/ 2009, p. 3 et dossier de presse, Conseil du 15/11/ 2011, p. 6

[3] Rapport de la CNSA, Annexes 2010, p. 5. De plus elle financerait 123 maisons pour l'accueil et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) en 2012, 35 en 2011, 88 en 2012 (28 M€). CCSS, sept. 2011, p. 202.

[4] Tutelle sur les décisions du conseil et du directeur assurée par les ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget qui peuvent s'y opposer en cas d'illégalité de l'acte ou méconnaissance de la COG.

[5] Composé d'experts (nommés par les ministres) et des représentants des directions de la recherche de ministères et institutions scientifiques. Il travaille sur l'évaluation des besoins des personnes et sur les aides techniques.

[6] Désignés par la Mutualité française, les fédérations d'établissements (quatre), l'Union nationale des Centres Communaux d'Action Sociale et la MSA.

Le Conseil se réunit peu, trois fois par an. Il a des pouvoirs d'orientation déterminant la mise en œuvre des orientations de la COG[1], les principes de répartition des dépenses des établissements et les orientations des rapports avec les autres institutions et organismes[2].

C'est le **directeur**, nommé par décret pour trois ans, qui dispose d'attributions importantes, voisines de celles des directeurs des caisses nationales du régime général. Il peut demander aux Départements des explications et justificatifs afférents au versement des dotations.

Les opérations financières sont soumises au contrôle financier de l'État.

Alors que l'Assurance maladie était en déficit, une enquête de deux inspections générales a constaté des réserves de l'ordre de 2 milliards d'euros[3]. La sous consommation des crédits délégués tenait aux décalages dans le temps de la réalisation des projets. Surtout le rapport critiquait une définition des attributions de cette Caisse nationale insuffisamment claire, une « *gestion descendante* » des crédits, une « *budgétisation déconnectée de la réalité de la dépense* » et « *l'autonomie croissante des services déconcentrés est une des causes majeures du constat de perte de contrôle* »[4].

Suite à ce rapport, ces réserves vont être utilisées pour financer des aides à l'investissement du secteur médico-social, diminuer les apports de l'assurance maladie et en 2011, les mesures nouvelles font l'objet de « crédits de paiement »[5].

3. Vers un « cinquième risque » ou une « cinquième branche » ?

Le Conseil de la CNSA a débattu en 2007[6] d'un nouveau champ de protection sociale, l'aide à l'autonomie. Il préconise une « *gouvernance sur trois piliers* » : une gestion en proximité, une garantie d'égalité (« *c'est le rôle d'une agence d'appui telle que la CNSA* »), une exigence de complémentarité avec les autres champs de la protection sociale. Pour lui l'aide à l'autonomie, « *enjeu sérieux pour les finances publiques,* [est] *un défi surmontable* ».

Après de nombreux rapports préconisant depuis 2007 un financement public et privé, une consultation nationale sur la dépendance a été lancée le 8 février 2011 par le Président de la

---

[1] Et des conventions avec les organismes nationaux d'assurance maladie et vieillesse et les Départements.

[2] Il délibère également sur les comptes prévisionnels et le rapport transmis au Parlement et au Gouvernement sur les comptes annuels, concours aux départements, un diagnostic de la prise en charge de la perte d'autonomie.

[3] D. IMBAUD, C. LANNELONGUE, O. LE GALL, IGAS, IGF, 2010, rapport cité.

[4] « *Elle est d'abord le résultat des faiblesses du pilotage stratégique national censé être organisé au niveau central mais pour lequel les choix faits n'ont pas été clairs comme en témoigne l'éclatement des responsabilités entre administration centrale, CNSA et CNAM.* […] *les services déconcentrés … se retrouvent souvent seuls dans leur face à face avec les Conseils Généraux qui ont eux, en revanche, une conscience très aigu de ces éléments dans la mesure où ils financent le dispositif et interviennent dans la programmation des moyens*. » p. 5.

[5] CNSA, *Rapport 2010*, p. 43, 44.
Le rapport des deux inspections générales préconisait une répartition des excédents entre la CNAM et la CNSA en proportion des apports, de donner à la Cour des comptes la certification des comptes de la CNSA.

[6] CNSA, Dossier de presse du Conseil 16 octobre 2007, pp. 6-11.

République. Il prône la mise en place d'un cinquième « risque » (et abandonnant l'idée d'une « cinquième branche » de son programme électoral) sur la base d'universalité mais différant du modèle traditionnel de la sécurité sociale avec « *une nouvelle forme de paritarisme* » (réunissant notamment les partenaires sociaux et les départements)[1].

Suite à la demande du Premier ministre du 19 janvier 2011, le CESE dans son avis du 15 juin 2011 souhaite inscrire un nouveau droit universel de compensation de la perte d'autonomie, « clarifier la gouvernance » confirmant la gestion aux départements, le pilotage des politiques par la CNSA dont il propose de revoir le fonctionnement, la composition (pour « garantir la représentation des financeurs et acteurs de la dépendance ») et les prérogatives[2].

Par beaucoup de points la gouvernance de la CNSA est proche de celle de la CNAM : rôle du Conseil et du directeur, COG avec l'État, contrôle de l'État et du Parlement. Mais cette « Caisse nationale » n'a pas de réseau, est proche d'une agence nationale et la composition du Conseil donne ici un rôle majeur à l'État, le Conseil n'ayant aucune latitude dans la nomination (ou la révocation) du directeur et en ayant peu pour le choix du Président.

Cette gouvernance est-elle préfiguratrice d'une « Caisse nationale » qui pourrait avoir un rôle important dans la mise en place du « cinquième risque » ? Soulignons le rôle étrange joué par l'assurance maladie, principal financeur[3] et bénéficiaire des crédits qu'elle a versés (et absente de la gouvernance de la CNSA).

Il est permis de s'interroger sur l'**utilité** réelle de cette Caisse nationale, avant tout fonds financier, au « *positionnement ambigu* »[4] et qui n'a pas été exemplaire dans sa gestion de crédits avec des échelons départementaux qui, il est vrai, ne sont pas sous son autorité…

Même si le dossier dépendance doit être relancé par la nouvelle présidence de 2012, nous doutons de la mise en place d'une cinquième branche confiée à la Sécurité sociale, jusqu'ici écartée du versement de ces prestations au bénéfice des Conseils généraux (attribution

---

[1] http://www.dependance.gouv.fr/Lancement-du-debat-sur-la.html accédé le 20/02/2011. Projet ensuite abandonné en 2011, compte tenu des difficultés de financement public.

[2] Il préconise de développer la prévention de la perte d'autonomie, de la financer par une taxe sur l'ensemble des mutations à titre gratuit (successions et donations) et l'alignement de la CSG des retraites sur les actifs et par des financements complémentaires non publics. Il est opposé à en faire une branche sécurité sociale et à l'intégration de la CNSA dans l'assurance maladie. M. WEBER, Y. VÉROLLET, 2011, p. 8, 20.

[3] « *L'Assurance maladie est déjà le premier contributeur public de la dépendance avec plus de la moitié des dépenses à sa charge : selon les estimations des soins consacrés aux personnes dépendantes en ville et à l'hôpital, l'effort de l'Assurance maladie en faveur des soins des personnes âgées dépendantes s'élève entre 10,5 et 13 Mds€ en 2010 sur un total de près de 24 Mds€ de dépenses publiques*.» CNAMTS, 2011, doc. cité, p. 72.

[4] « *Compte tenu de la spécificité de son statut voulu par le législateur, le positionnement de la CNSA reste ambigu. Le législateur ne l'a pas érigée à ce stade en caisse d'un 5ème risque, elle n'est pas un régime obligatoire de base de la sécurité sociale* ».
D. IMBAUD, C. LANNELONGUE, O. LE GALL, IGAS, IGF, 2010, rapport cité, p. 16.

politique et/ou compétence devenue de principe des Départements en matière d'action sociale).

La CNSA a notamment pour relais les Agences régionales de santé (ARS) substituée aux DRASS et DDASS[1] pour la répartition territoriale de ses crédits. Examinons ces nouvelles Agences espérées pour réaliser une gestion des risques maladie unifiée.

§ 2 Les Agences régionales de santé, l'intervention de l'État au niveau régional

Le secteur hospitalier public et la santé publique dépendaient de l'État et le secteur libéral (médecine ambulatoire et cliniques) de l'Assurance maladie. L'idée de rapprocher leur gestion du risque au niveau régional remonte aux années 1990[2] et va se concrétiser en 2009 par la création des Agences régionales de santé (A). Leur gouvernance est significative du renforcement des exécutifs déconcentrés et de pilotages assurés au niveau national (B).

A) *L'avènement d'Agences régionales couvrant tout le champ de la santé*

Après un début de regroupement par le plan Juppé, la loi de 2004 sur l'assurance maladie prévoyait des structures expérimentales. La loi HPST donne aux ARS un champ très large.

1. Les intervenants traditionnels, un « mille-feuille » institutionnel

Au niveau régional, le **préfet** conduisait la politique de santé publique par le Plan Régional de Santé Publique (PRSP, déclinant de nombreux plans nationaux) et s'appuyait sur le Groupement Régional de Santé Publique et la Conférence Régionale de Santé consultative.

Pour le secteur hospitalier, l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 *portant réforme de l'hospitalisation publique et privée*, crée l'**Agence régionale de l'hospitalisation** (ARH). Ce groupement d'intérêt public était basé sur la coopération de l'État et des organismes d'assurance maladie[3]. La Commission exécutive en était l'instance délibérative ou consultative, présidée par le Directeur nommé en Conseil des ministres ; elle était composée à parité de représentants de l'État (DRASS, DDASS) et administratifs et médicaux de l'assurance maladie (CRAM, Service médical régional, URCAM, MSA, RSI), ce qui a pu interroger sur leur légitimité politique, les Conseils d'administration n'étant pas représentés (et nous paraît significatif de l'orientation du plan Juppé par rapport à leur rôle réel).

---

[1] DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

[2] Le secteur hospitalier public trouve son origine dans les hospices accueillant les pauvres, le secteur privé dans les cliniques créées par les médecins et le médico-social par les familles ou associations d'enfants handicapés.

[3] P.-L. BRAS, ancien directeur de la Sécurité sociale, considère que l'association des organismes de l'assurance maladie « *ne visait toutefois qu'à s'assurer de leurs compétences techniques* ». P.-L. BRAS, 2009, article cité, p. 1128.

L'ARH définissait, dans le respect des orientations nationales, la politique régionale d'offre de soins hospitaliers au travers du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), après avis du Comité régional de l'organisation sanitaire (CROS). Elle coordonnait l'activité des établissements, concluait avec eux des contrats pluriannuels d'objectifs et moyens (CPOM) et leur allouait les ressources. Ses latitudes budgétaires furent réduites par la tarification à l'activité (dite « T2A ») nationale et l'extension des crédits « fléchés » par le ministère.

La gestion du risque ambulatoire dépendait de l'Assurance maladie via les Unions régionales des caisses d'assurance maladie **(URCAM)** issues du Plan Juppé. La loi du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie* instaurait une collaboration entre l'ARH et l'URCAM par la Mission régionale de santé (**MRS**) réunissant les deux directeurs.

Pour le secteur médico-social (établissements et services pour les personnes âgées ou handicapées), un programme était arrêté par le Préfet de région et transmis à la CNSA pour attribution des crédits. Le Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) donnait un avis sur le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale adopté par le conseil général après concertation avec le préfet.

Au final, soulignons la complexité des structures ne favorisant pas une prise en charge globale. Les instances régionales mises en place par le Plan Juppé avaient des pouvoirs de coercition limités : une gestion du risque ambulatoire des URCAM basée sur le consensus, des ARH voyant leur action de restructuration hospitalière parfois limitée par les ministres.

2. Des travaux préparatoires au vote de la loi HPST du 21 juillet 2009

Aussi les Agences régionales de santé (ARS) regroupant les intervenants régionaux étaient des structures attendues, préconisées dès 1993 par le « rapport Soubie »[1].

À l'initiative unanime de l'Assemblée nationale, la loi du 13 août 2004 prévoit des ARS expérimentales se substituant aux ARH et URCAM et devant être constituées volontairement, dans le délai d'un an, sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'État et les organismes d'assurance maladie. Fin 2008 aucune n'était créée et il a fallu la volonté du nouveau Président de la République pour que ces ARS voient le jour par la loi HSPT.

À partir de nombreux travaux de missions exploratoires, de l'Assemblée nationale, du rapport Attali et des préconisations de la RGPP faisant de la mise en place des ARS un de ses objectifs forts, le projet de loi *portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et*

[1] R. SOUBIE, *Santé 2010*, 1993, rapport cité. Il préconisait la mise en place d'agences régionales des services de santé, se substituant aux DRASS et CRAM, dotées d'une enveloppe régionale contraignante, un CA élu (assurés et professionnels de santé), au plan national une « régie nationale d'assurance maladie ».
Source P.-L. BRAS, 2009, article cité, p. 1128.

aux territoires (HPST) est déposé avec déclaration d'urgence[1]. L'exposé des motifs insiste sur l'insuffisante coordination des acteurs et sur « *une gestion transversale par un acteur unique au plan régional* », les ARS couvrant l'ensemble du **champ de la santé**[2].

Les délais entre le dépôt du projet, 22 octobre 2008, et son vote final, 24 juin 2009, ont permis aux lobbies, notamment médicaux, de faire échouer plusieurs de ses dispositions[3].

La loi dite « HPST » (ou « Bachelot ») du 21 juillet 2009[4], texte « fourre-tout » (135 articles), traite de la modernisation des établissements de santé, de l'accès de tous à des soins de qualité, de prévention et santé publique et de l'organisation territoriale du système de santé par notamment la création des agences régionales de santé. Pour l'exposé des motifs de la loi, elles doivent être la « ***clé de voûte*** » de la mise en œuvre de la loi et sont dotées de vastes compétences.

3. Un champ d'intervention très étendu

Par l'article L. 1431-1 du code de la santé publique dans chaque région, une ARS définit et met en œuvre « *un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation … des objectifs de la politique nationale de santé … des principes de l'action sociale et médico-sociale* » et « *des principes fondamentaux* » de l'article L. 111-2-1 CSS[5].

Si cette dernière formulation, un peu vague, peut prêter à confusion entre les attributions de l'État et de l'Assurance maladie, le texte traduit le rôle direct des ARS en matière de santé (elles « *contribuent au respect* » de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie) et plus partagé avec les collectivités territoriales pour le secteur social et médico-social.

Chargées du pilotage et de la mise en œuvre de la politique de santé publique, elles ont surtout une mission de **planification** pour réguler, organiser l'offre de services, « veiller » à sa répartition territoriale, à la qualité et à la sécurité des actes médicaux. Pour ce faire, elles autorisent la création et les activités des établissements, contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources. Elles contribuent à évaluer et promouvoir la qualité des formations

---

[1] Le projet de loi n° 1210 présenté par Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN comportait avait 33 articles.

[2] Les ARS regrouperont et se substitueront à sept « organismes » : ARH ; Union régionale des caisses d'Assurance maladie (URCAM) ; mission régionale de santé (MRS) ; Groupement régional de santé publique (GRSP) ; pôles «santé» et «médico-social» des DRASS et DDASS ; partie « sanitaire » des CRAM.

[3] Exemples, pour l'installation des médecins dans les zones sous-médicalisées, dispositions contraignantes remplacées par des incitatives ; possibilité de « testing » pour vérifier les refus de soins en CMUc abandonnée.

[4] Loi 2009-879 *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, JO du 22 juillet 2009, p. 12184.

[5] Article L. 111-2-1 CSS créé par l'article 1 de la loi du 13 août 2004 : « *…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…* ».

des professionnels de santé et à mettre en œuvre un service unique d'aide à leur installation. En matière de **gestion des risques**, la loi précise qu'elles « *définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires* » (Art. L. 1431-2. 2°g code santé publique).

L'exposé des motifs de la loi énonce trois objectifs de fonctionnement :

- « *disposer d'un cadre d'action stable et robuste* » au niveau des instances dirigeantes ;

- « *renforcer les principes démocratiques sur lesquels est fondé notre système de santé, et associer plus étroitement les acteurs concernés par les politiques de santé à leur conception et à leur mise en œuvre* » ;

- « *garantir la proximité territoriale nécessaire à la conduite des politiques de santé* ».

Les Agences régionales de santé réunissent les acteurs de l'État et de l'assurance maladie par une nouvelle gouvernance. Pour l'assurance maladie, est-elle plus ou moins partagée qu'elle ne l'était au sein des Agences régionales de l'hospitalisation ?

B) *La gouvernance des Agences régionales par des exécutifs forts*

Les ARS, établissements publics de l'État à caractère administratif, sont placées sous la tutelle des ministres compétents en matière sociale. Dirigées par un directeur général (DG), elles sont « *dotées* » d'un conseil de surveillance et assistées par une conférence régionale de la santé et de l'autonomie et deux commissions de coordination des politiques de santé.

1. Le Directeur général, « patron » de l'ARS

« *Exécutif fort* », « *pour assurer son autorité, le directeur général sera nommé en Conseil des ministres et aura un mandat, assorti d'une lettre de mission précisant ses objectifs* »[1].

Il dispose de pouvoirs de gestionnaire très étendus[2]. Par rapport aux ARH, structure de mission légère, la gestion d'un personnel nombreux, d'origine diverse sera plus complexe et chronophage. Pour l'exposé des motifs de la loi « *l'ARS conduit à un mariage des cultures : il s'agit d'enrichir les cultures existantes, non de les dissoudre* ». La « ***maison commune*** »[3] permettra une union ou une cohabitation de personnels conservant leurs statuts[4].

---

[1] Exposé des motifs de l'article 26 du projet de loi créant les ARS.

[2] Préparation, exécution du budget, arrêt du compte financier, gestion de contractuels (de droit public et CCN sécurité sociale), représentation en justice et dans les actes de la vie civile, autorité sur les personnels de l'ARS.

[3] Le livret « *Votre arrivée en ARS* » destiné aux agents transférés définit « *l'ARS, la maison commune* ». À noter la disparité numérique entre les personnels originaires de l'État et de l'Assurance maladie (de l'ordre de 85% pour l'État et de 15% pour l'Assurance maladie).

[4] L'UCANSS a adapté les textes de la convention collective (CCN) par des accords agréés le 15 février 2010.

Le Directeur général a, pour les missions de santé de l'ARS, une compétence de principe et a un rôle majeur dans la planification régionale en arrêtant, après avis[1], le **projet régional de santé** (PRS)[2] ; il définit dans la région les territoires de santé.

Le Directeur délivre les autorisations de création et de conversion des établissements de santé, de regroupement des activités de soins et d'installation des équipements lourds[3].

Il contractualise par des « contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens » notamment pour confier pendant cinq ans aux établissements privés des missions de service public : lorsqu'une mission n'est pas assurée sur un territoire de santé il désigne la personne qui en est chargée. Est ainsi assuré le passage d'un régime d'autorisation administrative quasi automatique à une approche concurrentielle de **marché** et à l'ouverture au secteur privé.

Le Directeur général cumule les pouvoirs des directeurs des Agences régionales de l'hospitalisation pour le secteur hospitalier et des préfets pour les domaines de la santé publique et médico-social. Il a aussi un rôle important dans la gestion des risques de l'Assurance maladie.

2. Les instances, pour quelle démocratie sanitaire ?

Selon l'exposé des motifs de l'article 26 du projet de loi : « *La gouvernance des ARS assurera un juste équilibre entre l'autorité forte de l'exécutif et une bonne représentation des différentes parties prenantes, indispensable à une large concertation* ».

Toutefois, le Directeur général ne rend compte à des instances consultatives que très épisodiquement : au moins deux fois par an au conseil de surveillance et une fois à la conférence régionale de la santé.

Le **conseil de surveillance**, présidé par le Préfet de région, est composé de 25 membres[4]. Existe-t-il un risque d'une ARS à deux têtes : Préfet de région et Directeur général ? Au vu de leurs pouvoirs respectifs, c'est peu vraisemblable. Si le conseil de surveillance approuve le compte financier et sur proposition du directeur général le budget, il ne peut les rejeter qu'à une majorité qualifiée. Il a avant tout un rôle consultatif et émet des avis sur le PRS, sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'ARS et sur les résultats de son action.

---

[1] De la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du préfet de région.

[2] Le PRS définit les objectifs pluriannuels des actions, s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières des lois de finances et des LFSS. Il est constitué d'un plan stratégique, mis en œuvre par des schémas régionaux (de prévention, d'organisation de soins et médico-sociale), déclinés en programmes. À noter que les schémas ambulatoires sont indicatifs.

[3] Ainsi que des licences de création, de transfert ou de regroupement d'officines de pharmacie.

[4] Le Préfet de région, trois représentants de l'État ; dix des conseils et CA des caisses maladie (huit du régime général dont cinq désignés par les organisations nationales de salariés et trois d'employeurs, un président de Mutualité sociale agricole, le président du Régime social des indépendants), quatre des collectivités territoriales, trois des patients, personnes âgées et handicapées et quatre personnalités qualifiées.

Ses pouvoirs ont peu de rapports avec ceux des conseils de surveillance du secteur privé[1].

La **conférence régionale de la santé et de l'autonomie** (CRSA), est « *un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé* ». Ses cent membres au plus, sont répartis en huit collèges associant élus, usagers, syndicats et professionnels de santé[2] (mais plus les organismes de protection sociale, le collège des organismes sociaux prévu par la loi ne figurant plus dans le décret). Définie comme une « *instance de démocratie sanitaire* »[3], elle émet un avis sur le PRS et a un pouvoir de proposition. En son sein, sont créées cinq commissions spécialisées qui remplacent les Comités régionaux de l'organisation sanitaire (CROS) et de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) antérieurs dans un but apparent de simplification.

Les **conférences de territoire** sont composées de représentants des professionnels du système de santé, des usagers et des collectivités territoriales[4]. Elles contribuent à « *mettre en cohérence* » les projets sanitaires des territoires de santé avec le PRS et les programmes nationaux de santé publique et ont un rôle de proposition au Directeur général.

Les ARS sont donc finalement plus des structures déconcentrées (mettant en œuvre une politique nationale et fortement pilotées par le niveau national) que décentralisées.

3. Le pilotage national des Agences régionales de santé

Il est assuré par le **Conseil national de pilotage** des agences régionales de santé (CNP). Sa composition donne une place majeure à l'État et en laisse une aux Caisses nationales[5].

Le CNP assure un suivi complet de l'action des ARS en :

- leur donnant des « directives » pour l'application de la politique nationale de santé et en veillant à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre ;

- validant leurs objectifs, les instructions données et animant le réseau des agences et évaluant périodiquement leurs résultats et ceux de leurs directeurs généraux.

---

[1] « *Le représentant de l'État dans la région ne pourra certainement pas développer une appréciation de l'action de l'ARS distincte de celle portée au niveau national, mettre en difficulté un directeur d'ARS qui sera de fait le représentant des ministres pour les questions sanitaires.* » P.-L. BRAS, 2009, article cité, p. 1130.

[2] Représentants des collectivités territoriales (au moins dix), usagers (seize), conférences de territoire (quatre), partenaires sociaux (dix), acteurs de la cohésion sociale (six), de l'éducation pour la santé (dix), professionnels et offreurs des services de santé (trente-quatre), personnalités qualifiées (deux).

[3] Exposé des motifs. Elle organise « *le débat public sur les questions de santé de son choix* » et évalue le respect des droits des malades, l'égalité d'accès aux services de santé, la qualité des prises en charge.

[4] Constituées par l'ARS, onze collèges la composent de cinquante membres maximum : notamment les établissements de santé (dix), sociaux et médico-sociaux (huit), professionnels de santé libéraux (six), usagers (huit) collectivités (sept).

[5] Présidé par trois ministres (santé, assurance maladie, personnes âgées et handicapées) et comprenant les ministres du budget et de la sécurité sociale, le secrétaire général des ministères sociaux (le président en l'absence des ministres), son adjoint, huit représentants des directions centrales, le chef de l'IGAS, les directeurs de la CNAM, MSA, RSI, CNSA.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, conclu pour quatre ans et révisable chaque année, est signé par les ministres et le directeur général de l'ARS[1].

Le rôle du Secrétaire général des ministères des affaires sociales a été majeur dans le pilotage de la réforme (effectué avec un centralisme certain et des moyens conséquent : publicité, site internet, personnel nombreux) et la mise en place des Agences régionales laissant présager qu'il aura plus la maîtrise du pilotage que le Conseil national de pilotage[2].

Les Directeurs « *préfigurateurs* », ont été nommés en Conseil des ministres, le 30 septembre 2009, pour préparer les futures Agences régionales de santé[3], dont la mise en place est intervenue le 1er avril 2010 ; ils ont tous été confirmés dans leur fonction.

4. La nouvelle gouvernance hospitalière sous le contrôle des ARS

La loi HPST donne plus de pouvoirs aux directeurs d'hôpitaux mais place les établissements sous la dépendance du Directeur de l'ARS et d'une nouvelle agence nationale.

La loi « *Bachelot* » a aussi pour objectif de « *rénover le fonctionnement des établissements de santé* »[4]. La gouvernance des établissements publics est profondément réformée : ils sont « *dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire* ».

Le **Conseil de surveillance** remplace le Conseil d'administration, « *se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion* ». S'il a un pouvoir de vérification et de contrôle, de communication de ses observations à l'Agence régionale de santé[5], il ne vote plus l'état prévisionnel des recettes et dépenses ni le programme d'investissement : dans ces domaines majeurs il « *entend* » le Directeur. Leur composition est similaire à celle des anciens CA mais la présidence du maire ne devrait plus être quasiment automatique[6].

---

[1] Le Conseil de modernisation des politiques publiques de la RGPP de juin 2010 a décidé que les ARS devront appliquer le non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux et que serait réalisé dès 2010 un audit pour optimiser leur fonctionnement.

[2] « *Le souci du compromis entre les diverses institutions a abouti à constituer une petite assemblée* [le CNP] *dont il est peu probable que puisse émerger une autorité forte et cohérente susceptible de piloter effectivement l'action des ARS* […]. *Il est probable qu'un système informel, mais bien réel, d'autorité se constituera autour du cabinet du ou des ministres particulièrement concernés par l'action des ARS* ». P.-L. BRAS, 2009, article cité, p. 1130.

[3] Les nominations ont été précédées d'une procédure de recrutement par un cabinet externe (800 candidatures). Trois Directeurs « préfigurateurs » émanent du Ministère, sept étaient directeurs d'ARH, trois des DRASS et DDASS, trois de la Préfectorale, un de la Cour des comptes, quatre des organismes sécurité sociale, deux hospitalier, un du secteur privé.

[4] Exposé des motifs du projet de loi n° 1210 ; nouveau terme englobant les établissements publics et privés.

[5] Sur le rapport annuel du directeur et la gestion de l'établissement. Il délibère sur le projet d'établissement, le compte financier, le rapport annuel. Il donne son avis sur la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la gestion des risques et les conditions d'accueil des usagers. Il nommera le commissaire aux comptes.

[6] Représentants des collectivités et personnalités qualifiées (parmi lesquels est élu le président) et du personnel. On a pu reprocher aux CA, présidés par le maire, de voter des dépenses financées par l'assurance maladie.
« *L'enjeu essentiel de la réforme est de gommer la figure du maire/président du CA* ». P.-L. BRAS, 2009, article cité, p. 1132.

Le **Directeur général** conduit « *la politique générale* » et de nomination. Lui échoient les décisions majeures[1], « *après concertation* » avec le directoire qu'il préside (composé de personnel en majorité médical et qui approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement). Il est évalué par le directeur de l'ARS qui détermine sa part variable de rémunération et qui en cas de vacance d'un poste de directeur d'hôpital propose, après avis du président, trois candidats au Centre national de gestion qui effectuera la nomination[2].

Le directeur de l'ARS « *coordonne l'évolution du système hospitalier* » (art. L. 6131-1 CSP) notamment pour améliorer l'organisation de l'offre de soins et maîtriser son coût. Un des objectifs majeurs de la loi HPST est de restructurer les établissements publics par les communautés hospitalières de territoire (CHT) dont les conventions pourront venir d'une démarche volontaire entre établissements ou être imposées par le directeur de l'ARS[3].

À la suite d'un rapport dans le cadre de la RGPP[4], est créée par l'article 18 de la loi HPST, une « *Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux* » (**ANAP**), groupement d'intérêt public entre l'État, l'UNCAM, la CNSA (et cofinancé par eux) et les fédérations des établissements de santé et médico-sociaux. Le président du CA et le directeur général sont nommés par les ministres de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité. Au-delà des objectifs d'aide aux établissements affichés, transparaissent ceux de performance et de maîtrise de leurs dépenses. Les rapports d'étape de la Révision générale des politiques publiques soulignent l'importance de cette nouvelle agence, le quatrième pointe l'objectif d'économies de gestion et le rôle majeur de l'État qui « *s'est ainsi doté d'une agence d'expertise spécifique* ».

Ce sont donc des gouvernances aux **exécutifs forts** pour les ARS et les hôpitaux qui sont mises en place par la loi HPST qui organise la « RGPP de la santé » avec deux préoccupations : maîtrise des dépenses d'hospitalisation et territorialisation des soins avec une répartition des rôles entre hospitalisation publique et privée. La planification nationale plus contraignante est tempérée par une « *démocratie sanitaire* » mais l'ARS est plus un organe d'État déconcentré qu'une structure autonome et décentralisée.

---

[1] Conclusion du contrat pluriannuel avec l'ARS, politique de qualité des soins, bilan social et politique d'intéressement, propositions de tarifs, organisation interne de l'établissement, règlement intérieur…

[2] « *Le directeur d'hôpital était pour l'essentiel le délégué de l'établissement chargé de négocier avec l'ARH. La réforme vise à en faire le délégué de l'ARS, un quasi-collaborateur, en charge de mettre en œuvre au sein de son établissement, la déclinaison régionale d'une politique hospitalière nationale* ». P.-L. BRAS, 2009, article cité, p. 1132.

[3] Pour des motifs liés à la qualité et la sécurité des soins ou de déséquilibre financier important, il peut demander aux établissements de conclure une convention de CHT (et sans effet, aller jusqu'à prononcer leur fusion) et en cas de restructuration la suppression d'emplois, la révision du CPOM et réduire la dotation de financement.

[4] Ph. RITTER, 2088, rapport cité.

Si les directeurs d'hôpitaux deviennent « *patrons* » dans leur établissement, le directeur général de l'Agence régionale de santé devient le leur. Est ainsi opéré le passage d'organes de missions - Agence régionale de l'hospitalisation et Union régionale des caisses d'assurance maladie, fonctionnant à base de consensus - à un établissement public de gestion ayant des effectifs importants et dont le Directeur général dispose de pouvoirs de restructuration conséquents. Un contrôle étroit des Agences régionales de santé est effectué par le « national » au niveau des ministères sociaux. La participation de l'Assurance maladie à ces Agences est limitée (15 % des effectifs). La gestion du risque ambulatoire conservera-t-elle un rôle important aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) sous l'égide de la Caisse nationale d'assurance maladie compte tenu de leur expérience en la matière et de la puissance de leur système d'information[1] ?

***

Au terme de chapitre, il nous paraît que l'État central a dû mettre en place des structures de connaissance des comptes sociaux et ensuite faisant un état des lieu des retraites pour apaiser les tensions issues du plan Juppé.

Elles font participer les partenaires sociaux, de même que les Hauts conseils ultérieurs, facilitent la préparation des réformes, d'autant que leurs travaux, souvent techniques semblent incontestables. Toutefois en dehors des périodes de réformes, peu de suites sont données à leurs propositions.

Si la mise en place, dans le secteur de la santé, d'autorités publiques scientifiques peut être à court terme une défausse pour le politique, elle n'empêche pas son interventionnisme ni d'avoir quelques doutes sur leur réelle indépendance. Ces remarques s'appliquent aussi à l'action du Comité d'alerte flanqué pour le suivi de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie d'un comité de pilotage émanation de la technostructure au service du respect de limites financières devenues quasi budgétaires et des pouvoirs politiques[2].

La multiplication des structures donneuses d'avis parcellaires, même si elles permettent la participation, militerait pour que soit dégagée une vision globale de la protection sociale, par exemple, par le Conseil économique, social et environnemental, s'il se donnait les moyens de devenir en la matière l'assemblée du « premier mot ».

---

[1] « *Au total, l'organisation en tuyaux d'orgue risque de perdurer. La CNAMTS a su mettre en avant ses performances en matière de gestion des risques, préserver son champs d'action et son autonomie. Privée de la légitimité symbolique qu'elle tenait de la gestion par les partenaires sociaux, elle a su acquérir une légitimité fonctionnelle autour de sa capacité à gérer le risque*. » P.-L. BRAS, 2009, article cité, p. 1135.

[2] Il nous paraît significatif que le « rapport Briet » était mis en ligne sur le site internet de l'Élysée.

L'État va aussi intervenir par le biais de fonds financiers, notamment du fonds de solidarité vieillesse censé mettre fin aux charges indues mais financé par les mêmes ressources que la Sécurité sociale. Il en est de même pour la Caisse d'amortissement de la dette sociale alors que le financement de la CMU complémentaire est assuré par les primes d'assurances complémentaires santé. Comme les fonds amiantes, tous ces fonds cassent l'unité du régime d'indemnisation par la sécurité sociale et permettent l'intervention de l'État au travers d'établissements publics administratifs confiés à de hauts fonctionnaires. Une caisse nationale spécifique, la CNSA, gère le financement de l'autonomie vers les départements et les établissements médico-sociaux grâce principalement à des fonds de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Sa gouvernance, parfois considérée comme préfiguratrice pour le régime général, accentue encore le rôle de l'État.

Les Agences régionales de santé mettent fin à une diversité d'interventions au plan régional dans les domaines de l'hôpital, du secteur médico-social voire de l'ambulatoire. La gouvernance de la loi HPST du 21 juillet 2009 met en place une série d'exécutifs forts, de « patrons » (au niveau hospitalier local, régional avec les ARS, national pour leur pilotage) posant la question de l'existence d'une réelle démocratie sanitaire et de sa décentralisation.

Ces interventions fortes de l'État sont souvent faites au nom de la mise en place de nouvelles « gouvernances » dont les outils sont mis en œuvre. Et « *la centralité de l'État dans la délibération n'est pas le signe d'un non-respect des principes de la gouvernance, mais que, bien au contraire, les outils mêmes de la gouvernance, censé permettre le partage de la délibération, à savoir le « dialogue social » entre « partenaires sociaux » et le « dialogue civil », sont aussi des outils visant à écarter les contre-pouvoirs constitués et donc à renforcer le pouvoir de l'État* »[1].

Ces gouvernances basées sur la primauté des exécutifs ne sont pas sans rappeler celle du Directeur général de la CNAM, patron de l'Assurance maladie et des directeurs de CPAM.

Ils sont eux-mêmes « patrons » dans leur caisse, ainsi que nous allons le voir en examinant le régime général et sa gouvernance.

[1] G. CORON, J.-P. HIGELÉ, L. POINSART, 2008, rapport cité, p. 156.

Titre Deuxième.

LE RÉGIME GÉNÉRAL, OPÉRATEUR DE l'ÉTAT ?

À défaut d'être devenu régime unique de Sécurité sociale, le régime général en sera le principal. Ses dépenses, avoisinant celles de l'État[1], l'objectif des pouvoirs publics a été de les contenir, notamment en assurance maladie.

Pour ce faire, la réforme de 1967 sépare les risques mettant à leur tête des caisses nationales, chargées d'assurer l'équilibre financier. La loi du 25 juillet 1994 *relative à la sécurité sociale* crée les branches du régime général[2], permettant aux caisses nationales d'assurer l'encadrement de leur « réseau », les organismes de base[3].

Les **branches** présentent des caractéristiques de gouvernance communes même si la nature de leurs dépenses est différente :

- la branche famille contribue à la politique familiale définie par l'État. Les dépenses, fonction des prestations et de la démographie, sont évaluables et *a priori* maîtrisables (même si elles ont souvent été la variable d'ajustement face à la croissance des assurances maladie et vieillesse) ;

- L'assurance retraite est la plus « paramétrique ». L'équilibre du système par répartition repose sur des cotisations des actifs égales aux pensions versées. Les moyens de son maintien ont été basés avant tout sur les modalités de calcul des pensions (âge, durée d'activité, revalorisation des comptes individuels et/ou des pensions). Les variables démographiques étant connues à très long terme, il est techniquement possible de mettre en place des mesures

---

[1] En 2010, montant des charges du régime général : 316,1 Md€ ; montant des ressources 292,1 Md€ ; déficit 24 Md€ soit 7,6 % des dépenses. Le régime général représente 73 % des charges des régimes de base (433,7 Md€).
Budget exécuté 2010 de l'État : 366 Md€ en dépenses et 254 Md€ en recettes, déficit prévu 112 Md€ soit 30 % des dépenses.
Sources : DSS, 2011, doc cité, p. 5, 7 ; Compte général de l'État, 2010, p. 9, 10.

[2] Loi n° 94-637, JO du 27 juil. p. 10815 créant l'article L. 200-2 CSS :
« *Le régime général comprend quatre branches : 1° Maladie, maternité, invalidité et décès ;2° Accidents du travail et maladies professionnelles ; 3° Vieillesse et veuvage ;4° Famille. L'équilibre financier de chaque branche est assuré par la caisse chargée de la gérer* […]
Les ressources du régime général sont collectées et centralisées par les organismes chargés du recouvrement. Une union des caisses nationales peut se voir confier par ces caisses les tâches qui leur sont communes … ».

[3] La loi allège la tutelle sur les organismes, notamment en matière budgétaire au profit des caisses nationales.

anticipatrices mais les réforme des retraites sont politiquement difficiles, surtout dans les régimes à prestations définies[1] ;

- La branche recouvrement a un objectif technique d'encaissement des cotisations de sécurité sociale et son champ de compétence s'étend, faisant d'elle le « percepteur du social » ;

- La spécificité de l'Assurance maladie tient tant aux déterminants structurels des dépenses de santé[2] qu'à l'organisation du système (modalités de rémunération des professionnels et libre choix des assurés). Par rapport aux autres branches, elle a des relations triangulaires dépassant le classique lien « caisse – assurés » y adjoignant celles avec les fournisseurs de soins, notamment avec les professionnels de santé libéraux[3]. Si elle finance majoritairement les soins, la politique de santé est définie par l'État, et là aussi, existent des relations triangulaires État, Assurance maladie, Professionnels de santé, complexifiant le pilotage du système. La CNAM gère aussi la branche la plus assurantielle celle des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Quel est le rôle des acteurs dans la gouvernance des organismes nationaux et locaux et comment a-t-il évolué de la démocratie sociale d'origine à la contractualisation des caisses nationales avec l'État ? Aujourd'hui la terminologie consacre la notion de réseaux pilotés par les caisses nationales. Nous examinerons si ce concept émanant du secteur privé ne met pas à mal celui de l'autonomie des caisses, organismes de droit privé chargés de la gestion d'un service public. Le titre premier a permis de constater la centralisation et la prééminence des exécutifs au sein des structures étatiques : observe-t-on les mêmes phénomènes pour le régime général de sécurité sociale ? Autant de questions à examiner.

Le chapitre 1 sera consacré aux caractéristiques de gouvernance communes aux branches du régime général et aux spécificités de chacune. Parce qu'elle a connu des déficits, la branche maladie a fait l'objet de réformes de gouvernance. Elle fera, avec celle des accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP), l'objet du chapitre 2.

---

[1] Définissant le taux de remplacement des salaires (régimes en annuités, régime général et alignés, fonctionnaires ou régimes spéciaux). À côté, des régimes à cotisations définies en points (AGIRC, ARRCO).

[2] Selon le rapport « Santé 2010», l'état de santé et donc le recours au système de soins, est le *« résultat des* « réactions » *de chacun à une multitude de facteurs comportementaux, biologiques et sociaux ».* Il énumère les déterminants suivants : modes de vie (évolution des structures sociales et familiales, comportements individuels), facteurs environnementaux, affaiblissement de la cohésion sociale, demande de *« corps performant »*, accélération du vieillissement de la population et dépendance. Les comportements des usagers évolueraient (vers le malade *« auto soignant »* et l'usager organisé) et tensions et rigidités caractériseraient l'évolution de l'offre de soins. R. SOUBIE, 1993, rapport cité.

[3] Voire, comme nous le verrons des relations quadrangulaires avec les opérateurs en assurance complémentaire santé.

Chapitre 1.

PROBLÉMATIQUES COMMUNES ET SPÉCIFICITÉS

Une des caractéristiques des organismes du Régime général de sécurité sociale est la différence de statut juridique entre les organismes nationaux et locaux : établissements publics administratifs pour les premiers, organismes de droit privé pour les seconds. Si les caisses nationales ont à leur tête un conseil d'administration comme les caisses locales, leurs administrateurs désignés n'en émanent pas, à la différence des principaux autres régimes légaux.

Les branches du régime général ont en matière de gestion des modalités et des problématiques communes. Nous examinerons l'évolution de leur gouvernance et le rôle devenu prédominant des caisses nationales induisant la réduction de celui des caisses de base conjugué à une centralisation des pouvoirs au profit des « techniciens » (section 1).

Les branches vont avoir des particularités liées à leur domaine de prestations (ou de cotisations), éventuellement au rôle des lobbies (associations familiales) et aux autres missions que leur a progressivement confié l'État compte tenu de leur compétence technique. Est-ce toujours dans leur intérêt ? Peu de lieux ou de sujets communs ne les rassemble si ce n'est à l'Union des caisses nationales de sécurité sociale pour la gestion des ressources humaines dont la gouvernance a évolué : est-ce au service des caisses de base ou nationales ?

Nous examinerons les spécificités des branches du régime général en section 2.

SECTION 1. VERS UNE GOUVERNANCE TECHNICIENNE

Après 1945, la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) gère les fonds nationaux de tous les risques, y compris des allocations familiales. Établissement public à caractère administratif, son conseil d'administration, présidé par un président de section au Conseil d'État, a une composition mixte (représentants des administrations, membres élus des conseils des organismes)[1]. Elle disposait d'attributions financières et de l'approbation de certaines opérations des caisses[2], même si ces dernières reconnaissaient peu son rôle, disposant de

[1] Caisses Régionales de Sécurité Sociale et Caisses d'Allocations Familiales.

[2] Octroi d'avances pour les prestations aux caisses régionales et CAF déficitaires (pour les caisses primaires par la caisse régionale) ; compensation financière entre les caisses ; contrôle sur les caisses notamment par l'approbation de leurs opérations de placement et immobilières. Rapport au Président du Conseil, 1949, p. 3184.

structures fédératives, FNOSS et UNCAF, leur porte-parole auprès du ministère leur permettant d'être moins isolées face à la tutelle[1].

Cette organisation sera remise en cause en 1967 par l'instauration d'une nouvelle gouvernance mettant en place les caisses nationales (§ 1). De ce fait le pouvoir des caisses locales, majeur en 1945 va connaître un déclin ininterrompu en particulier pour leurs conseils d'administration, émanation des partenaires sociaux (§ 2).

§ 1 La gouvernance des Caisses nationales

S'il convient d'examiner les pouvoirs des conseils d'administration et des cadres dirigeants des caisses nationales en tant qu'établissement public (A), ne sauraient être omis divers instruments permettant aux directeurs nationaux de gérer leur réseau de caisses locales (B). Par ailleurs, les diverses branches du régime général apportent depuis longtemps un soutien financier aux autres régimes voire à l'État, charges (« indues » ?) imposées sans que les conseils d'administration nationaux n'aient leur mot à dire (C).

A) *Des Conseils d'administration et directeurs désignés*

L'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967[2] crée les Caisses nationales (et l'ACOSS). Elles ont pour rôle d'assurer le financement des prestations, de gérer un fonds d'action sanitaire et sociale, de centraliser l'ensemble des opérations des caisses, de contrôler leurs opérations immobilières et la gestion de leur patrimoine immobilier. Leur gestion est, en principe, bicéphale avec un partage des pouvoirs entre les conseils d'administration et les directeurs.

1. Les Conseils d'administration, les pouvoirs apparents des majorités de gestion

Pour les responsabiliser et faciliter des majorités de gestion, l'ordonnance de 1967 instaure le paritarisme et la désignation des administrateurs. Après le retour aux élections en 1983, l'ordonnance du 2 avril 1996 réinstaure la désignation et en principe la parité. Mais elle introduit aussi dans les conseils d'administration des personnalités qualifiées nommées *intuitu personae* par l'État et ces CA ne seront plus strictement paritaires[3].

---

[1] Après 1946, sont mis en place des échelons fédératifs nationaux : la Fédération nationale des organismes de sécurité sociale (FNOSS) et l'Union nationale des caisses d'allocations familiales (UNCAF) pour les CAF. Le rôle de la CGT a été déterminant dans la mise en place de la FNOSS, son objectif était « *d'organiser la défense de la législation de sécurité sociale en général, et de mettre ainsi à la disposition des caisses un organisme qui puisse parler en leur nom à l'échelon national, les aider dans l'organisation de leur travail.* » (Circulaire du Bureau National CGT demandant à ses administrateurs de susciter un mouvement des assurés pour une fédération nationale). H. GALANT, 1955, thèse citée, p 89.

[2] *relative à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale*, JO du 22 août 1967, p. 8403.

[3] Art. 6 ord. 96-344 du 24 avril 1996 *portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale*, JO 25 avr.

Comme dans les caisses de base, « *le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de l'organisme* » (art. L.121-1 CSS). Il établit les statuts et le règlement intérieur, vote les budgets, approuve les comptes et contrôle l'application par le directeur et l'agent comptable des dispositions législatives et réglementaires et de l'exécution de ses délibérations. Il désigne, en son sein, son président, les vice- présidents et les commissions.

Les caisses nationales sont soumises au contrôle des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget représentés par des commissaires du gouvernement qui assistent aux séances des conseils d'administration dont les décisions ne deviennent exécutoires qu'en l'absence d'opposition des ministres.

La **loi du 25 juillet 1994** *relative à la sécurité sociale* a un objectif d'« *élargissement du champ d'action des organismes nationaux du régime général* ». Elle renforce le rôle consultatif des conseils d'administration des caisses nationales. Ils sont saisis pour avis « *de tout projet de mesure législative ou réglementaire ayant des incidences sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans leur domaine de compétence* » et habilités *« à proposer des réformes au Gouvernement* »[1]. À partir de la réforme de 1996, ils pourront « *faire toutes propositions de modification législative ou réglementaire dans leur domaine de compétence* » (art. L. 200-3 CSS). En fait leurs avis ne sont guère pris en compte[2], leur consultation est formelle et ils font peu de propositions. Quand ils en font, elles ne sont guère retenues[3] sauf, comme nous le verrons, celles émanant de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT/MP).

Par la loi de 1994, ils pouvaient fixer, pour trois ans, « *les règles et les modalités d'évolution de leurs dépenses budgétaires* » (disposition toujours en vigueur, mais remplacée par le mécanisme budgétaire prévu par les COG) et décider de placer, par mandat à l'ACOSS, les excédents de trésorerie (disposition abrogée par la LFSS pour 1999). À la suite du plan Juppé, le président et le directeur signent la convention d'objectif et de gestion avec l'État et il en est de même pour les contrats pluriannuels de gestion avec les caisses de base.

Depuis la LFSS pour 2007 les conseils ou CA des organismes nationaux « *définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau* » de la branche (art. L. 216-2-1 CSS). Pour

---

[1] « *dans le respect de l'équilibre financier de chacune des branches* ». En Accidents du travail/Maladies professionnelles, ces pouvoirs sont exercés par la Commission créée pour gérer cette nouvelle branche en 1994.

[2] « *La vraie concertation sur ces textes est pourtant plus avec les services techniques des caisses qu'avec les conseils en raison de leur technicité* […] *la valeur ajoutée des conseils est faible le plus souvent. Quand il s'agit de mesures importantes, les conseils sont frustrés par les conditions trop tardives de leur saisine et le peu de cas qui est fait de leurs avis sur des textes déjà arrêtés par les pouvoirs publics. Ils sont mécontents car les réformes importantes sont dans la presse avant même leur saisine*. ». R. RUELLAN, 2002, rapport cité, p. 11.

[3] Par exemple celle du CA de la CNAV de revoir l'indexation des reports aux comptes ou le plan « Johanet » adopté par le conseil d'administration de la CNAM (voir *infra*, p. 175).

leur application c'est désormais le directeur national qui « *peut confier à un ou plusieurs organismes de la branche la réalisation de missions ou d'activités relatives à la gestion des organismes, au service des prestations et au recouvrement* »[1].

Les syndicats appartenant aux majorités de gestion se sont partagé depuis 1967 les **présidences nationales**[2] : CFDT à la CNAM après le plan Juppé (antérieurement FO depuis 1967), CFTC à la CNAF, employeurs à l'ACOSS, à la Commission des AT/MP et à l'UCANSS. Le paysage des présidences a évolué avec les renouvellements des CA de 2011 : MEDEF à l'ACOSS en remplacement de l'UPA (Union professionnelle artisanale), CGT-FO remplaçant la CFE-CGC à la CNAV signe de son retour dans les majorités de gestion[3].

2. Les directeurs nationaux, le pouvoir par le contrat

Nommé par décret en conseil des ministres, après avis du président du CA, le directeur assure le fonctionnement de la caisse sous le contrôle du CA dont il exécute les décisions et lui soumet les projets de budgets (mais leurs montants sont déterminés par la COG). Il représente la caisse nationale en justice et dans les actes de la vie civile (art. L. 224-3 CSS).

De fait, les directeurs nationaux vont progressivement encadrer les caisses de base par l'attribution des dotations budgétaires : pouvoir d'abord exercé à côté de ceux de la tutelle puis en substitution à elle, le droit rejoignant les pratiques[4] par la loi du 25 juillet 1994. Elle leur donne l'approbation des budgets, leur établissement d'office en cas de carence, le contrôle de leur gestion (droit d'inspection, prescription de mesures d'amélioration)[5], une politique nationale des marchés. Seuls les schémas directeurs informatiques nationaux sont approuvés par le ministère, l'informatique des organismes dépendant des caisses nationales[6].

Mais l'accentuation du changement résulte de l'ordonnance du 24 avril 1996 instituant la « **contractualisation** » entre caisses nationales et locales par les contrats pluriannuels de

---

[1] Alors que par l'ordonnance du 24 avril 1996 ce sont les CA nationaux qui peuvent désigner une caisse chargée de missions communes dans les départements en ayant plusieurs (Art. L. 216-2 CSS).

[2] Depuis le Plan Juppé, les présidents ne sont renouvelables qu'une fois (de même dans les caisses de base).

[3] « *FO et CFDT, grands gagnants du mercato syndical à la tête des caisses de Sécurité sociale* », Les Échos, 23/07/2011, p.3. FO et le CFDT ont « *accordé leurs violons pour s'imposer, avec l'aval du patronat, comme les principaux bénéficiaires du futur jeu de chaises musicales* ». Voir annexe 2 sur la composition des CA.

[4] « *La tutelle est à ce point inhérente à l'institution que les caisses nationales ont pu, sur la simple base de leurs pouvoirs généraux de gestion des risques, mettre en œuvre une tutelle interne efficace, en particulier dans le domaine des budgets de gestion administrative* ». A. MARTIN, 1983, article cité, p. 339.

[5] Art. L. 224-11 CSS : mise en demeure de les prendre et en cas de carence pouvoir de substitution.
Art. L. 281-2 CSS : ordre à l'agent comptable d'exécuter une dépense obligatoire ou recouvrer une recette et pouvoir de substitution.

[6] Cour des comptes, rapport 2010, p. 256 : « *La tutelle de ce secteur par le ministère reste dispersée, fluctuante et inégalement performante* ». Réponse (p. 263) de la ministre de la Santé : « *Un plan stratégique des systèmes d'information ayant vocation à renforcer la place de l'État dans la gouvernance d'ensemble sera mis à l'étude en 2010 de façon à mieux coordonner les systèmes d'information des acteurs de la protection sociale* ».

gestion (CPG), fixant les objectifs et moyens des caisses, signés par les présidents et directeurs, associant « politiques » et « administratifs ». Toutefois la latitude de négociation des caisses de base est assez limitée : les CPG reprennent les objectifs et indicateurs des conventions d'objectifs et de gestion et leur participation à l'élaboration est variable suivant les branches[1]. Les contractants ne sont pas sur un pied d'égalité, les directeurs dépendant du Directeur national pour leur carrière.

La contractualisation et ses indicateurs sont devenus les principaux **outils de gestion** du régime général : instrument de pilotage de leur réseau pour les caisses nationales, des caisses de base pour leurs directeurs, moyen d'appropriation des objectifs pour l'encadrement, intéressement financier pour le personnel[2], donnant à tous ces acteurs la culture du résultat et des modes de management uniformes.

Les directives sur les organismes concernent aujourd'hui les procédures et processus de production, d'accueil du public, la communication. Cette « main mise » sur les caisses locales est accentuée par la validation de leurs comptes[3] par les caisses nationales, qui se conjugue efficacement pour la maîtrise des risques avec les conventions d'objectifs et de gestion[4].

B) *Les instruments d'une gestion expansionniste des réseaux*

La notion de « *réseau* » d'organismes figure dans quatre articles de la partie législative du code de la sécurité sociale et y apparaît par l'ordonnance du 24 avril 1996 qui institue les conventions d'objectifs et de gestion[5]. Elle sera reprise notamment par la loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004[6].

Pour encadrer leur réseau, certains outils vont être mis en place par les caisses nationales : à l'origine par l'informatique qui va homogénéiser le service rendu, d'autres émanent de l'État (lutte contre les fraudes) ou seront un moyen d'affirmation des caisses nationales à ses côtés par la gestion des risques.

---

[1] Contrats types à la CNAM, plus à la main des caisses à la CNAF, concertation à l'ACOSS et à la CNAV.

[2] D'un montant identique pour les agents d'un même organisme. Le Protocole d'accord UCANSS du 30 juin 2008 porte l'intéressement de 1,5 % à 2,5 % de la masse salariale avec une part nationale (40%) et locale (60 %).

[3] Et leur forte implication pour fiabiliser leurs comptes, la nécessité d'assurer leur « traçabilité » et de justifier les opérations de façon plus importante que lors des contrôles de routine antérieurs des autorités de tutelle.

[4] « *le processus de certification s'avère plus stimulant pour les organismes dans la maîtrise des risques que les COG* » aux indicateurs peu ambitieux et à la fiabilité à caractère déclaratif. IGAS, 2009, rapport cité, p. 107.

[5] Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996. Les COG précisent « *le cas échéant, les conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du réseau des caisses locales* » (art. L. 227-1 CSS).

[6] Article L. 221-3 CSS. Le Conseil de la CNAM détermine « *les orientations d'organisation du réseau des organismes régionaux, locaux et de leurs groupements ou unions* », disposition reprise pour les autres branches par l'art. L. 216-2-1 créé par l'art. 140 de la LFSS pour 2007, loi du 21 déc. 2006. L'article L. 221-3-1 indique que le DG de la CNAM « *a autorité sur le réseau des caisses régionales et locales* ». L'article L. 114-6 créé par l'article 64 de la loi du 20 décembre 2004 (LFSS pour 2005) cite les réseaux pour les comptes combinés.

1. Informatique nationale et restructuration des réseaux

L'informatique du régime général, souvent en avance sur celle de l'État, affirme, dès les années 1970, le rôle des Caisses nationales par la généralisation des centres de traitement régionaux puis inter régionaux mettant en place des programmes nationaux[1]. Elle a été un facteur de rapidité et de gain de productivité par le traitement de masse des dossiers.

L'arrivée d'internet va marquer la fin des « territoires » géographiques et modifier profondément l'attente d'assurés devenus des clients voulant une réponse immédiate. Peu leur importe la localisation des centres informatiques, les circonscriptions deviennent d'autant plus secondaires que les assurés ignorent l'existence de leurs « représentants » nommés dans les conseils d'administration. La dématérialisation des données permet de traiter les dossiers n'importe où au sein d'un organisme ou d'une branche (partage entre caisses opéré par le national), limite les effets d'éventuelles perturbations sociales, facilite la saisie des dossiers par les assurés et la restructuration des réseaux.

Dans un premier temps, les rapprochements entre organismes vont se traduire par une **mutualisation** régionale des moyens, souvent à l'initiative et pilotée par la caisse nationale, par incitation ou attribution de moyens « fléchés »[2]. Elle a permis de créer des plates-formes téléphoniques et concerné à l'origine des fonctions transversales (communication, gestion des achats ou du personnel), l'harmonisation des procédures plus que des gains de productivité[3]. Pour la Cour des comptes, en 2004, ces mutualisations étant insuffisantes, elle recommandait leur accentuation dans les futures COG et des regroupements de caisses à la géographie figée depuis 1945 du fait des traditions d'autonomie des conseils d'administration[4].

À sa suite, la LFSS pour 2007 donnent les moyens juridiques aux directions de caisses nationales de mise en place des mutualisations[5] et les COG ont réalisé la fusion des organismes infra-départementaux : CPAM passant de 128 à 101 en 2010, URSSAF départementalisées de 2008 à 2010, les 123 CAF le devenant fin 2011. Ces fusions nécessitent beaucoup d'énergie au niveau national et local et sont source d'interrogation des personnels[6].

---

[1] CETELIC (Centre de Traitement Électronique Inter Caisses) en maladie, financés par la CNAM et proposant aux caisses leurs services « gratuitement » ; CERTI (Centre Électronique Régional de Traitement Informatique) pour les CAF et les URSSAF spécialisés ensuite par branches.

[2] ACOSS dès 1995 : fonctions mutualisées en statistique, expertise juridique, audit interne et communication.

[3] « *Le processus de mutualisation n'en est encore qu'à ses prémices au sein des organismes de sécurité sociale et ses effets sur la productivité ou sur la qualité de service sont actuellement très faibles*. » IGAS, 2009, rapport cité, p. 125.

[4] Cour des comptes, *La Sécurité Sociale*, septembre 2004, p. 210. La COG CNAM 2010-2013, prévoit, p. 35, d'amplifier la dynamique de mutualisation engagée en 2005, chaque caisse retenant deux actions par an.

[5] Par l'article L. 216-2-1 CSS (loi 21 déc. 2006) leur permettant de confier des missions ou activités relatives à la gestion, au service des prestations et au recouvrement y compris exercées par d'autres organismes.

[6] Elles peuvent amener à reconstituer des caisses de taille difficile à gérer (comme la CAF du Nord).

La **régionalisation** permet à l'échelon national de meilleures liaisons avec leur réseau, réduisant le nombre d'interlocuteurs (à l'instar de la branche vieillesse) mais pourrait faire disparaître le fait départemental, en particulier lorsque les relations avec les partenaires externes sont importantes (CAF/conseil généraux). La tendance au pilotage régional s'étend à toutes les branches : la CNAM a mis en place des directeurs coordonnateurs, l'ACOSS des comités régionaux des directeurs d'URSSAF pilotés par celui du chef-lieu de la région, la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNAF 2009-2012 prévoit également ce pilotage. Celle de l'ACOSS 2010-2013 va plus loin avec la fusion juridique des URSSAF devenant régionales.

La coopération entre les branches et les régimes était peu concernée mais devrait se développer notamment par la mise en place de systèmes d'information commun[1] conformes au « plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale » arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

De même, la convention-cadre de performance intégrera les mutualisations des domaines transversaux inter-régimes (immobilier, achats, ressources humaines, communication).

Après que la notion de branche et de réseau ait supplanté celle d'organismes devenant des agences semblables dans leur relation avec les assurés, à quand une gestion uniformisée du « service public de la sécurité sociale » ?

2. Du service rendu à la lutte contre les fraudes

Le service rendu à l'assuré était la mission traditionnelle des caisses, l'important étant de « liquider » rapidement les dossiers de prestations. L'amélioration de la qualité a été la première priorité des COG (réduction des délais de traitement, diversification de l'accueil physique, téléphonique, internet, enquêtes de satisfaction auprès des assurés, « engagements de service ») suivie par des indicateurs aux résultats variables selon les branches[2].

C'est désormais la RGPP qui fixe aux organismes certains objectifs[3] (repris ensuite par les COG), alors qu'il s'agissait de leur champ de compétence traditionnel (et que l'État était peu exemplaire en la matière). L'objectif d'assurer un « paiement à bon droit » des prestations est priorisé dans les dernières COG, le contrôle interne et la certification des comptes étant des

[1] Le PLFSS pour 2012 prévoit qu'un organisme des régimes obligatoires de sécurité sociale peut être désigné pour réaliser et gérer un système d'information commun par une convention conclue entre les organismes concernés ou, à défaut, par décret (article L. 114-12-2). L'objet est de sécuriser juridiquement les actions de mutualisation. PLFSS pour 2012, p. 95.

[2] Résultats 2010 (*et 2006*), appels téléphoniques traités, en % : branche maladie 85,6 *(90)* ; famille : 79,4 (*89,6*) ; recouvrement : 94,5 (*88,2*). DSS, 2011, document cité, p. 37.

[3] Par exemple baromètre de la qualité des services publics à partir d'indicateurs d'accueil, de prise en compte des réclamations, de service rendu pour les « événements de vie » (retraite, demande d'aide familiale, de santé).

facteurs incitatifs à une « liquidation » exacte des dossiers, même si les contrôles traditionnels des dossiers paraissent moindres[1] et que les erreurs à incidence financière restent importants[2].

Le **coût de gestion** des caisses, relativement faible, a diminué en valeur relative[3] : Mais la RGPP (4e rapport) a prévu d'étendre dès 2010 les nouvelles règles de gestion publique aux organismes notamment dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion[4].

La **lutte contre la fraude**, longtemps considérée comme secondaire par rapport à la production, est mise en avant par la loi du 13 août 2004. Elle devient sous l'impulsion de la Révision générale des politiques publiques et des LFSS qui accroissent les moyens juridiques de lutte et d'accès aux fichiers externes, une priorité reprise par les COG (avec des indicateurs dans les dernières conventions). Un des objectifs du quatrième rapport RGPP est d'« *améliorer la lutte contre la fraude en coordonnant l'action de l'ensemble des acteurs* ».

Cette priorisation s'est traduite par le rôle accru confié aux Caisses Nationales, chargées de mettre en œuvre ou coordonner « *des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs* » (article L. 224-14 CSS). Elles ont mis en place des instruments d'analyse (répertoire des fraudes en CAF), des méthodologies (lutte contre le travail dissimulé en URSSAF) et la CNAM a créé une « Direction du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes » (DCCRF) au rôle centralisateur très marqué[5].

L'informatique vient au service de cette lutte.

En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 et dans le cadre de la RGPP, un décret prévoit fin 2009, la création par la Direction de la Sécurité sociale du Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), dont la réalisation est assurée par la CNAV[6]. Il comporte tous les éléments d'identification des assurés et des prestations versées par les régimes obligatoires de sécurité sociale, les caisses de congés payés et Pôle emploi[7] qui pourront y accéder (ainsi que les collectivités territoriales).

---

[1] Montant des redressements des URSSAF : 872 M€ en 2005, 710 en 2008. IGAS, 2009, rapport cité, p. 113.

[2] Taux d'erreurs : au moins 4 % des dossiers d'allocations des CAF (entre 1,64 et 2,14 % des prestations) et 5,4 % des pensions de la CNAV (entre 0,6 et 1 % des pensions versées). *Idem*, p. 112.

[3] Le coût de gestion en % des prestations ou cotisations est passé pour la branche maladie de 4,37 en 2007 à 3,98 en 2010, de 2,76 à 2,56 pour la famille, de 1,22 à 1,16 en retraite et de 0,34 à 0,33 pour le recouvrement (source, DSS, 2011, doc cité, p. 38) ; les effectifs du régime général réduits de 7,3 % entre 2004 et 2008. *Ibid.*, p. 119.

[4] Mise en place de « missions d'appui » dans les CAF pour les demandes de RSA et à l'ACOSS pour favoriser les gains de productivité ; règle de remplacement d'un départ sur deux ; réduction des dépenses immobilières et de fonctionnement ; plan de réforme des systèmes d'information ; renforcement de l'UCANSS.

[5] Elle propose les orientations annuelles, les actions, évalue les résultats. Un tableau de bord semestriel suit les actions contentieuses, les suites données aux contrôles et les montants. Source *Ibid*., p 108-109.

[6] D. 2009-1577 du 16 déc. 2009, JO n° 293 du 18 déc. 2009 p. 21848. Le RNCPS a été présenté au ministre de la Santé en mars 2012 (à terme 70 000 agents y accéderont) qui a indiqué qu'il allait envoyer une « instruction » aux caisses avec le ministre du Budget pour mettre en place de « nouvelles modalités de lutte contre la fraude ».

[7] Ainsi que les régimes de retraites complémentaires ou additionnels obligatoires depuis la loi du 9 nov. 2010.

Les caisses participent aux Comités départementaux (CODAF), examinés p. 54, et leurs directeurs sont tenus de faire procéder aux contrôles et d'en rendre compte à la tutelle.

Bien que, pour la Cour des comptes, « *du fait d'impulsions insuffisantes des caisses nationales, les actions des caisses locales restent trop limitées* »[1], le poids donné à cette lutte, mobilisatrice de ressources est devenu très important au niveau des actions et des indicateurs[2].

Ces actions peuvent changer la relation avec les assurés présumés fraudeurs, d'autant qu'elles sont plus dirigées contre eux que contre les professionnels de santé[3] ou les employeurs alors que les fraudes aux prélèvements seraient bien supérieures à celles aux prestations[4]. Les non recours à leurs droits par les assurés pourrait-être d'un montant plus important que celui de la fraude sociale et ce renoncement à un droit lié à la multiplication des justificatifs à produire pour éviter la fraude[5].

Sur ce sujet politisé, ne sommes-nous pas passé d'un extrême (fraude négligée) à l'autre (« *Big Brother* »), avec des moyens sophistiqués[6] alors que si « *la fraude est un problème réel,* […] *elle n'est pas un problème majeur ou massif* »[7] ?

3. La gestion et la maîtrise des risques

Conçue par les assurances, la gestion du risque (GDR) vise sa connaissance et sélection, la prévention des sinistres et de leur aggravation, la réduction des coûts de leur réparation.

Si dès 1996, les COG pouvaient préciser les objectifs liés à « *la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque* »[8], ce concept de GDR, peu défini, sera utilisé à l'origine par la **CNAM** pour réguler les dépenses de santé.

Il s'étend ensuite dans toutes les branches, permettant aux caisses nationales de s'affirmer institutionnellement comme gestionnaires de leurs dépenses. Il s'applique bien à la branche assurantielle des AT/MP (par la tarification et la prévention, la réinsertion des salariés). La

---

[1] Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, avril 2010, p. 62.

[2] À la CNAV le poids des indicateurs des contrôles passe de 4,2 (COG 2005-2008) à 25 % pour la maîtrise des risques et notamment de lutte contre la fraude (COG 2009-2013). Source : IGAS, 2009, rapport cité, p. 110.

[3] « *Un professionnel de santé fraudeur s'expose donc surtout à devoir rembourser la partie du produit de sa fraude* […] *alors que la poursuite pénale sera principalement dirigée contre les assurés, alors qu'ils ne sont responsables que d'une part minime des fraudes* ». Cour des comptes, communication, avril 2010, p. 100.

[4] De 8 à 15,8 Md€ pour la fraude aux prélèvements, entre 2 et 3 pour celle aux prestations. Mais, « *sur les 53 recommandations* [du] *rapport, 4 seulement concernent explicitement les fraudes aux prélèvements, les autres se focalisant quasi exclusivement sur les seules fraudes aux prestations* ». D. TIAN, 2011, rapport cité, p. 109.

[5] Et à la réticence à formuler une demande stigmatisant pour le demandeur. L'État et les collectivités ont aussi un intérêt financier à ne pas verser les aides publiques. *Annuaire sécu* n° 503 du 13 mai 2012.

[6] Ex. COG CNAM 2010-2013 : en détection, « *elle expérimentera puis généralisera les méthodes de datamining sur certaines prestations et sur une catégorie de professionnels de santé où elle posséderait des données de fraudeurs autres que la mégaactivité. Elle adaptera son système d'information pour mieux prévenir les récidives de fraudes de la part de personnes physiques ou morales ayant antérieurement contrevenu à la loi* ».

[7] Audition de M. Bertrand Fragonard, D. TIAN, 2011, rapport cité, p. 179.

[8] Ordonnance nº 96-344 du 24 avril 1996 qui crée l'article L. 227-2. I CSS.

Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) dans la convention d'objectifs et de gestion 2010-2013 veut gérer le « risque retraite » par l'information des assurés avant leur départ en retraite. La gestion des risques est « au cœur de dernière génération de COG ». Avec la RGPP (4e rapport), la « *maîtrise des risques* » est adoptée par l'État devenant « *un enjeu désormais essentiel de la gestion publique* », les ministères en charge des Affaires sociales créant une « mission ministérielle d'audit interne », unité centrale d'harmonisation pour les opérateurs.

Le contrôle interne et la **certification des comptes** concourent aussi à des objectifs de maîtrise des risques financiers. Un des effets induits de la certification est l'accroissement du rôle des Caisse nationales sur les caisses par la traçabilité de la production et un audit plus systématique de leur gestion. Si les procédures d'approbation des comptes par les COREC étaient contradictoires, la validation des comptes locaux par l'agent comptable « national » ne l'est pas et lui donne un rôle singulier : il établit les comptes nationaux et se comporte quasiment comme un commissaire au compte des caisses[1]. Depuis le décret du 7 avril 2009[2] les comptes annuels des organismes de base établis par l'agent comptable et arrêtés par le directeur sont présentés au conseil d'administration qui les approuve (sauf opposition des deux-tiers) au vu du rapport de validation national. Les Conseils d'administration sont de fait quasiment dessaisis dans leur contrôle se prononçant seulement *a posteriori*, tout comme ils le sont de la gestion du risque qui est dans les mains des techniciens.

De même, en gestion des ressources humaines (GRH) domaine emblématique de la gestion sans partage des directeurs depuis 1960, l'intervention des caisses nationales qui disposaient de peu d'outils de connaissance des emplois dans les organismes, était limitée. Les COG les plus récentes renforcent leur rôle par une **politique nationale de GRH** et continuent de limiter les remplacements des départs conformément à la RGPP.

Dans le domaine de la gestion aussi, aujourd'hui, cette révision des politiques publiques est déterminante pour le Régime général qui, par ailleurs, aide les autres régimes.

C) *Le régime général soutien des autres régimes et de l'État*

Indépendamment de l'intervention des fonds et de la CNSA, déjà vus, plusieurs autres mécanismes financiers sont à la charge du régime général, l'un des plus anciens étant la compensation financière inter-régime rejointe par la technique de l'adossement financier.

---

[1] « *Au regard des normes ISA, il doit être considéré comme un auditeur interne qui cumulerait cette fonction avec celle de directeur comptable du réseau* ». Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2008,* 178 p, pp. 17-18.

[2] Décret n° 2009-386 du 7 avril 2009 *portant réforme des règles d'établissement et d'arrêté des comptes,* JO 8 avril 2009 (Art. R. 114-6-1 CSS).

1. Les compensations financières inter-régimes

La **loi du 24 décembre 1974** généralise la compensation pour « *remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et* [aux] *disparités de capacités contributives entre les différents régimes* », à défaut de mettre en place un régime unique[1]. Elle n'a été acceptée qu'en contrepartie de son financement par l'État[2] et sera avant tout démographique, la compensation économique ne concernera que les salariés, les revenus des non-salariés étant supposés mal connus. Plusieurs types de compensations ont été mis place[3] :

En **assurance maladie**, les compensations bilatérales déterminent ce que serait l'équilibre de certains régimes spéciaux s'ils fonctionnaient comme le régime général en cotisations et prestations. Elles sont financées principalement par la CNAM (1,7 milliard d'euros en 2010), le nombre de régimes bénéficiaires se réduit du fait de l'adossement financier de certains au régime général. La compensation généralisée concerne les régimes des salariés (considérés comme un bloc) et ceux des non-salariés. Elle est supprimée par la LFSS pour 2011, les non-salariés agricoles, principaux bénéficiaires, ayant été adossés au régime général. De même, la « surcompensation » entre régimes spéciaux vieillesse, instaurée en 1985, financée principalement par la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, (CNRACL), d'abord réduite a disparu fin 2011 à la suite de la loi du 21 août 2003 (pour préserver l'équilibre financier de cette caisse des collectivités locales ?).

La compensation du **risque vieillesse** comporte deux étages : entre régimes de salariés (démographique et capacités contributives), entre le bloc des régimes des salariés et ceux des non-salariés. En 2009 par exemple, elle est assumée avant tout par les régimes général (4,8 Md€) et de la fonction publique d'État (1,1 Md€), la CNRACL (1,5 Md€) et les professions libérales (0,5 Md€) au profit à 80 % des exploitants (4 Md€), des salariés agricoles (2,3 Md€) et du RSI (1,4 Md€)[4]. Alors que le régime général est en déficit, depuis 1996 le montant versé par la CNAV a augmenté de 41 % et celui de l'État a diminué du même pourcentage.

---

[1] Cette loi « *tenta sans plus de succès de relancer ce principe* [de régime unique]. *En effet elle indiquait dans la première ligne de son article premier que :* « un système de protection sociale commun à tous les français sera institué ». *Faute de parvenir à cet objectif, l'article 2 de la loi a mis en place, on pourrait presque dire par défaut, à compter du 1er janvier 1975 une compensation entre régimes* » J.-F. CHADELAT, 2006, rapport cité, p. 17.

[2] Pour « *ne pas faire supporter aux travailleurs salariés l'essentiel de la compensation, l'État s'était engagé à rembourser le régime général du montant mis à sa charge* [sauf pour le régime des mines et des chemins de fer secondaires]. *Ce remboursement a eu lieu jusqu'en 1978* ». COR, 2011, 10e rapport, p. 14.

[3] Ils relèvent de la Commission instituée par l'article 2 de la loi de 1974, présidée par un magistrat de la Cour des comptes et comprend des représentants des régimes de sécurité sociale et des ministres en charge de la sécurité sociale et du budget. Elle est consultée pour avis sur la fixation des soldes de la compensation inter-régimes.

[4] Soit pour la CNAV, coût égale à 5,2 % de ses produits, 9,6 % pour la CNRACL, 30 % pour la CNAVPL. Pour les exploitants 48,4 % de leurs ressources et 38,3 % pour les salariés agricoles. COR, 2011, *10e rapport*, p. 24 (ce rapport fait suite à la demande de la loi du 9 nov. 2010 pour fournir les bases d'un projet de réforme).

La compensation de premier étage, calculée à partir du montant des pensions des salariés agricoles (qui maintient la fiction de ce régime adossé au régime général) et non sur celle de la moyenne des salariés, augmentait le montant payé par la CNAV de 1,4 milliard d'euros en base 2002[1]. En 2003, en période d'excédents de la CNAV, le changement des paramètres de cette compensation (prise en compte des chômeurs dans les actifs) a augmenté sa contribution de 900 millions d'euros[2], opération décidée dans la discrétion, sans consultation des régimes impliqués et passée inaperçue[3]. Par ailleurs la CNAV assure l'avance de trésorerie du FSV.

La compensation vieillesse perdure et seule une réforme systémique des retraites pourrait permettre sa réforme réelle. Mécanisme hexagonal complexe, opaque, sans prise en compte des revenus des non-salariés[4], elle a fait l'objet d'évolutions plus favorables aux collectivités locales (fin de la surcompensation) qu'au régime général (suppression rapide de la prise en charge de l'État, paramètres de calcul de plus en plus défavorables) qui globalement, en est le principal financeur (6,3 Md€ en 2010)[5].

2. Adossement financier des autres régimes et maintien de charges indues

La technique de l'adossement financier au régime général lui fait, le cas échéant, supporter les déficits techniques (prestations moins cotisations) de « régimes » qui conservent la gestion des prestations et leur organisation spécifique (en cas d'intégration ils disparaissent et le régime général devient l'interlocuteur de l'assuré).

Toutes les branches sont mises à contribution. Ainsi la **CNAF** consolide dans ses comptes l'ensemble des prestations familiales versées par les MSA, la RATP, la SNCF et les Industries électriques et gazières (IEG). La **CNAM** et la **CNAV** prennent en charge les résultats des salariés agricoles (depuis 1963), du régime des cultes (depuis 2006)[6]. La CNAM intègre les prestations en nature des régimes maladie des exploitants agricoles, des fonctionnaires, marins, des clercs et employés de notaires (par la LFSS pour 2011), de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris à compter de 2013 (par la LFSS pour 2012)[7] ainsi que les

---

[1] Cour des comptes, 2007, annexe au rapport J.-M. JUILHARD, p.54.
[2] COR, 2011, rapport cité, p. 49.
[3] Dominique LECLERC, sénateur indique que lors de la réunion de la commission des comptes de sept. 2002 « *ses membres ont découvert, à la lecture du rapport, la modification de grande ampleur des bases de calcul de la compensation généralisée entre régimes de base vieillesse* ». J.-F. CHADELAT, 2006, rapport cité, p. 82, 83
[4] « *Les régimes de non-salariés estiment qu'ils sont en capacité d'estimer correctement les revenus de leurs cotisants à partir des assiettes de cotisations, mais deux d'entre eux s'y opposent* ». COR, 2011, *10e rapport*, p. 100.
[5] Commission des comptes de la Sécurité sociale, *Les comptes de la sécurité sociale*, sept. 2010, p. 89.
[6] Contribution CNAM et CNAV à la CAVIMAC : 282 M€ en 2010 (2/3 des ressources). La LFSS pour 2006 l'intègre « *juridiquement* » au régime général, abaissant l'âge de la retraite à 60 ans. CCSS, sept. 2011, p. 85.
[7] Assurance vieillesse intégrée en 2006 ; alignement progressif jusqu'en fin 2018 des cotisations. PLFSS 2012, p. 39.

accidents du travail des marins (et des salariés agricoles pour les rentes). L'État employeur contribue moins que le privé à l'assurance maladie avec un taux de cotisation de 9,7 % contre 12,8 %, sur une assiette moins large, les primes n'étant pas incluses[1].

Le régime général a pris en charge les déficits de ces régimes pour 2,5 milliards d'euros en 2010[2]. Pendant des années les syndicats ont accusé les gouvernants de faire payer au régime général des « charges indues » qui expliqueraient les déficits. La loi du 25 juillet 1994 prévoyait que les exonérations de cotisations donnent lieu à compensation intégrale par l'État[3]. Mais ensuite subsistent pour l'Assurance maladie des pertes de recettes[4]. Aussi, la loi du 3 août 2004 affirme - à nouveau - la compensation des réductions ou exonérations de cotisations et contributions et de tout transfert de charges opéré par l'État au détriment de la Sécurité sociale.

Dès la loi de finances pour 2006 est faite une entorse à ce principe de remboursement à l'euro près en lui substituant un « panier fiscal» pour compenser les allégements généraux des exonérations « Fillon ». La loi de finances rectificative pour 2006 supprime, en 2007, la garantie de stricte compensation en cas d'insuffisance de ce panier. Il disparaît à compter de 2011, les impôts et taxes le composant étant définitivement affectés aux organismes de sécurité sociale[5]. Mais pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), la part non compensée serait de l'ordre de 2,6 milliards d'euros en 2009.

Par ailleurs, la CNAM finance majoritairement des Agences, des opérations de santé publique comme le Plan Cancer et même quatre fois plus que l'État le Centre national de gestion (des personnels de direction et praticiens, CNG) des hôpitaux publics : rôle de payeur mais non de décideur[6] ! De même, comme nous le verrons, la CNAF finance l'UNAF par le « fonds spécial » et rend des services non rémunérés à l'État et aux conseils généraux.

---

[1] CNAMTS, 2011, doc cité, p. 73.
[2] CCSS sept. 2011, tome 1, p. 81.
[3] Dans le but de « *clarification des relations entre l'État et la sécurité sociale* », toute mesure d'exonération de cotisations de sécurité sociale donne lieu à compensation intégrale par le budget de l'État.
[4] « *au total, environ la moitié de la dette qui sera reprise par la CADES ne relève en réalité pas de la sécurité sociale, mais du budget de l'État* », 25 Md€ sur 50 ! (en gras dans le texte). A. VASSELLE, 2004, rapport cité, p. 13 et 24.
[5] La loi de finances rectificative du 29 décembre 2010 a affecté la plus grande partie de l'excédent du panier fiscal à l'apurement des dettes brutes recensées à fin 2009 (de 1,3 Md€). Commission des comptes de la Sécurité sociale, *Les comptes de la sécurité sociale*, sept. 2011, T. 1, p. 42.
[6] En 2009, pour la HAS contribution de l'assurance maladie 28,8 M€, de l'État 8,85 M€ ; Pour le CNG, assurance maladie : 20,105 M€, État 5,110 M€. Dans le budget 2010 de l'Agence de la biomédecine CNAM 27,2 M€, État 13,1 M€. Pour 2011, INPES, subvention de l'État 30 M€ (34,5 en 2010) et assurance maladie 67,5 M€ (comme en 2010). Le Plan Cancer sera financé à hauteur de 1,95 Md€ (période 2009-2013) dont 1,25 Md€ assurance maladie et 691 M€ État. De même un recours à une avance CNAM a permis de préfinancer les dépenses de la pandémie grippale suite à une demande du 8 juillet 2009 des ministres du budget et de la santé. G. BAPT, 2010, rapport cité, p. 21, 26, 32, 36, 41, 132.

Au total, les règles de compensation, complexes et peu pérennes, offrent peu de garanties au régime général. Accusé de déficit voire de mauvaise gestion, n'est-t-il le pas la « vache à lait » de l'État et d'autres régimes peu incriminés et qui lui sont adossés lorsqu'ils sont en difficulté financière[1] ? À quand un régime unifié réalisant l'intégration financière (et donc de gestion) des régimes adossés ? Il en résulterait des gains en coût de gestion et en lisibilité notamment dans les organismes de base.

§ 2 Les organismes de base : la poursuite du déclin des acteurs traditionnels

Lors de mise en place de la Sécurité sociale[2] prédomine l'idée de démocratie sociale, de tradition mutualiste confiant la gestion des caisses de base à leurs conseils d'administration. À partir du décret du 12 mai 1960, le rôle des conseils d'administration dans la gestion des caisses se réduit (A). À l'inverse, celui des directeurs augmente. Aujourd'hui, ils sont devenus des « cadres dirigeants » mais sous la dépendance des directions des caisses nationales (B).

A) *Des Conseils d'administration aux attributions de plus en plus réduites*

Cette réduction des attributions des conseils d'administration ne sera pas sans susciter l'interrogation des administrateurs sur leur rôle et le partage des pouvoirs avec les directeurs.

1. Une démocratie sociale intermittente

L'ordonnance de 1945 pose le principe d'administration par un Conseil d'administration (CA) qui « *assure la gestion et le fonctionnement de la Caisse* »[3] comme dans les mutuelles. Mais à leur différence, il ne fixe pas les prestations ni les cotisations comme les assemblées générales mutualistes.

Suite à cette ordonnance, suivant le projet de l'Administration soutenu par la CGT, les CA sont désignés par les organisations représentatives des salariés (deux-tiers de représentants) et employeurs (un tiers). La loi du 30 octobre 1946 instaure l'élection sans monopole de présentation pour les salariés (trois-quarts des sièges) ainsi que les employeurs (un quart des sièges). Les scrutins de 1947 à 1962 voient une participation électorale correcte ; les électeurs

---

[1] « *Les soldes des différentes branches du régime général sont, à l'exception de la branche vieillesse, très proches voire identiques* [à ceux de] *l'ensemble des régimes de base. Ceci résulte de l'existence de mécanismes d'équilibrage pour la plupart des régimes autres que le régime général : intégration financière au régime général, subvention d'équilibre de l'État, affectation d'une recette fiscale dédiée, etc.* ». PLFSS 2012, p. 4.
[2] Voir A. ARSÉGUEL, A. CABANIS, 1997, article cité, p. 16.
[3] Décret n° 46-1378 du 8 juin 1946 portant règlement d'administration publique. JO 9 juin, p. 5106.

votent, avant tout, pour les listes syndicales[1] et les campagnes électorales portent plus sur des questions politiques que de gestion des caisses. Dans les conseils d'administration des caisses primaires les majorités vont d'abord à la CGT, très influente dans la mise en place du régime, sa « conquête ouvrière » ; le rôle des administrateurs y a été important, faisant œuvre de pionniers avec des dirigeants administratifs venant souvent des Assurances sociales. Ensuite se constitueront des alliances contre une CGT passée dans l'opposition politique[2].

Cette gestion va être **critiquée** : querelles syndicales, règlement des questions de personnel influencées par leurs relations avec les syndicalistes de l'organisme. Déjà, le décret du 25 mars 1949[3] institue, si nécessaire, des budgets limitatifs soumis à la tutelle, qui peut les réduire, et qui contrôle les structures financées par l'action sociale. Sous la Quatrième République les propositions de réforme se heurteront au Parlement[4], la Cinquième va faire évoluer le système vers une conception plus « technocratique » par le décret du gouvernement Debré du 12 mai 1960.

Avec l'ordonnance « Jeanneney » du 21 août 1967, les pouvoirs des conseils d'administration (devenus paritaires comme dans les régimes de retraites complémentaires et leurs administrateurs nommés)[5] restent étendus et similaires à ceux des CA nationaux pour la gestion interne[6]. Le Président, élu par le conseil d'administration, le dirige, veille à la régularité du fonctionnement de la caisse qu'il représente en justice et dans les tous actes de la vie civile. Comme en droit commun, il préside aussi le comité d'entreprise.

Avec la victoire de la Gauche en 1981, les « *ordonnances scélérates* » de 1967 seront peu remises en cause. On a pu penser à un **renouveau de la démocratie sociale** avec la loi du 17 décembre 1982 réinstaurant l'élection d'administrateurs salariés à nouveau majoritaires[7]. Mais elle ne sera pas complétée par la décentralisation de compétences promise et, ensuite, les

---

[1] Le pourcentage des abstentions aux élections variera pour les Caisses primaires de Sécurité sociale de 25,3 % en 1947 à 31,2 % en 1962. La CGT obtiendra de 59,3 à 44,3 % des voix, la CFTC de 26,4 à 21 %, la CGT-FO de 15,2% (en 1950) à 14,7 %, les « divers » de 14,4 % à 20 % (majorité de listes mutualistes). Côté employeurs, les listes de l'Entente patronale du CNPF obtiennent de 85 à 95 % (1947 et 1950), ensuite 2/3 des voix (et 1/3 aux listes poujadistes et divers). D'après A. BARJOT *dir.*, 1988, ouvrage cité, p. 131 à 135.

[2] La CFTC sera présente aux élections de 1947 et Force-Ouvrière dès 1950 suite à la scission avec la CGT.

[3] D. 49-426 tendant à renforcer le contrôle de l'État sur les organismes de sécurité sociale, JO du 26 mars, p. 184

[4] « *La gestion des conseils a fait l'objet à diverses reprises de critiques au sein du Parlement ou dans l'opinion. Chaque fois que le gouvernement a demandé un accroissement de ses pouvoirs de contrôle, une réduction même minime de l'autonomie des conseils élus, il s'est heurté à l'opposition délibérée du Parlement* ». Pierre Laroque, préface thèse H. GALANT, 1955, thèse citée, p. 17.

[5] Ainsi pour les nouvelles CPAM, 18 administrateurs : 3 CGT, 2 FO, 2 CFDT, 1 CFTC, 1 CGC et 9 CNPF. Ce qui écarte la CGT des présidences (44,3 % des voix en 1962) au profit de nouvelles majorités FO-CNPF.

[6] Le CA met en place les commissions de contrôle des comptes, des marchés, de recours amiable saisie par les assurés avant le TASS et dans les CPAM les commissions médicales (professionnels et administrateurs).

[7] Représentants des assurés, quinze postes sur vingt-cinq en CPAM et CRAM, six employeurs, deux Mutualité et deux personnes qualifiées. Sont réintroduits trois élus du personnel, à titre consultatif, ce qui ne manquera pas d'inquiéter les directions craignant de revivre l'ingérence des CA dans la gestion du personnel.

administrateurs considéreront la démocratie sociale comme un « *vœu pieux* »[1]. Si l'un de ses objectifs était d'éviter qu'une organisation minoritaire salariée constitue une majorité avec les employeurs, il ne sera pas atteint : les syndicats réformistes (CGT-FO, CFE-CGC, CFTC) reconstitueront avec le CNPF les mêmes « majorités de gestion ».

2. Le souhait d'un paritarisme par désignation

Les élections de 1983[2] sont marquées par un taux d'abstention qualifié d'important (47 %), bien qu'inférieur à celui actuel des autres régimes. Ce scrutin a, de nouveau, été considéré comme politique permettant de juger « *du poids respectif des principales centrales syndicales, eu égard notamment à leur attitude vis-à-vis du Gouvernement* »[3]. Le système « électoral » comporte des limites par rapport à celui de 1946 : absence d'élection pour les employeurs désignés par le Conseil National du Patronat Français (CNPF), monopole de présentation des syndicats salariés « représentatifs »[4], distorsion entre candidats salariés et assurés sociaux du fait de la généralisation de la sécurité sociale. L'indifférence des syndicats de salariés (à l'exception de la CGT), amènera à s'interroger sur l'utilité des élections. Elles ne seront pas renouvelées, privant les administrateurs de la légitimité des urnes[5]. La loi de 1982, « *complexe et incohérente* », sera un « *faux semblant* »[6].

En 1995, Alain Juppé, Premier ministre, considérant le « *régime électoral devenu de fait caduc* », réinstaure, par l'ordonnance nº 96-344 du 24 avril 1996, **désignation et paritarisme**. Elle induit des changements dans les conseils d'administration [7]: nouvelles majorités (en assurance maladie, Force-Ouvrière passée dans l'opposition cède la place à la CFDT)[8], rajeunissement (suite à la limitation de l'âge des administrateurs à 67 puis 65 ans et à deux mandats pour les présidents), départ de « figures » en place pour certaines depuis 1967 (et connaissant bien le système). Le souhait d'ouverture se traduit par l'obligation, devenue le plus souvent obsolète, de tenir au moins une séance publique annuelle du CA consacrée aux relations avec les usagers (art. L 231-8-1 CSS créé par l'ordonnance de 24 avril 1996).

---

[1] P. BEAU, D. LEGRAND, « 9288 administrateurs pris de malaise », *Espace Social Européen*, 01/06/1990, p. 1.
[2] Résultats en CPAM : CGT 28,1 % ; FO 25,5 % ; CFDT 18,3 % ; CGC 15,9 % ; CFTC 12,2 %.
Source : A. BARJOT *dir*, 1988, p. 27
[3] X. PRÉTOT, 1984, article cité, p. 320.
[4] Alors que jusqu'en 1962 des listes poujadistes ou autres concurrençaient celles du CNPF (qui ne recueillait que 2/3 des suffrages) et celles n'appartenant pas aux syndicats salariés représentatifs avaient 20% des voix en 1962.
[5] Mandats des administrateurs d'abord prolongés puis renouvelés par désignation à partir des résultats de 1983.
[6]A. MARTIN, 1983, article cité, p. 26 et N. LE BELLEC, 1990, article cité, p. 457.
[7] En assurance maladie 8 représentants désignés par les syndicats salariés (2 pour la CGT, la CGT-FO et la CFDT, un pour la CFTC et la CGC), et 8 pour les employeurs, plus 2 mutualistes et 4 personnes qualifiées.
[8] Après le Plan Juppé répartition des présidences des 129 CPAM *(entre parenthèses gains ou pertes*) : CFDT 39 *(+33)*, Employeurs 30 *(+22)*, CGC 26 *(+7)*, FO 24 *(-55)*, CFTC 8 *(-3)*, Mutualité 2 *(-2)*, CGT 0 *(-2)*.
D'après *Espace Social Européen* du 27 mars au 2 avril 1998, p. 19.

Mais si, par l'article L. 121-1 CSS, le CA « *règle par ses délibérations les affaires de l'organisme* », cet article L. 231-8-1 CSS le complète dans un sens restrictif : « *à l'exception de celles déléguées par lui-même ou les caisses nationales à une union ou à un groupement d'organismes* ». Ce texte encadre son rôle : « *il oriente et contrôle l'activité de la caisse, en se prononçant notamment sur les rapports qui lui sont soumis par le directeur* » dans des domaines limités par l'article aux relations avec les usagers et à l'action sanitaire et sociale.

Apparaissent donc la préfiguration des conseils (d'orientation) en assurance maladie de la loi du 13 août 2004, un transfert de pouvoirs opéré des CA vers les directeurs ainsi que l'affirmation de la prééminence de l'**échelon national**. Finalement, « *le souci de la bonne gestion l'emporte décidément sur une volonté d'émancipation qui n'est sans doute plus de mode et de toute façon n'a pas pris les relais politiques et culturels nécessaires* »[1].

Suite à la crise du paritarisme de 2001, de nouvelles règles de désignation permettront à l'UPA de siéger et au système « paritaire » de fonctionner. Ensuite la loi du 13 août 2004 remplace les conseils d'administration par des « conseils » en assurance maladie d'où, en principe, une disparité de pouvoirs selon les branches. Cette loi permet le retour du MEDEF et de la CGPME dans la branche maladie puis dans celle du recouvrement en 2005, les CRAM en 2006 (pour la gestion des risques professionnels), la CNAV en 2008 et la branche famille en 2009. Si ce retour « à la carte » (ou en fonction des intérêts des employeurs) peut surprendre, soulignons que le fonctionnement des conseils d'administration s'est peu ressenti de l'absence du MEDEF, ce qui amène à s'interroger sur le rôle réel du « paritarisme ».

3. Aujourd'hui, les administrateurs du Régime général

« *Qui sont les administratrices et administrateurs syndicaux dans les organismes de sécurité sociale ?* ». Tel est le titre d'un rapport de recherche de 2008 qui analyse leur représentativité, leur intégration syndicale et leur ressenti d'administrateurs[2].

Ils sont **insuffisamment représentatifs** des assurés sociaux : relativement âgés (56 ans en moyenne), hommes pour les 4/5[3], venant souvent des grandes entreprises (en majorité sur des postes de techniciens ou d'encadrement)[4] et du secteur public (40 %). Cette surreprésentation ne favorise pas la connaissance des questions examinées en CA qui concernent avant tout la

---

[1] J.-P. LABORDE, 1996, article cité, p. 801.

[2] U. REEHFELT, C. VINCENT, P VOLOVICH, 2008, rapport cité. Résultat d'une enquête par questionnaire (5500) de mai à sept. 2006 auprès des CPAM, CAF et URSSAF : 2325 réponses, 42 % (56 % pour les titulaires).

[3] 78 %. Les femmes étant plus représentées dans les CAF (29,2%) qu'en CPAM (21,7%) et URSSAF (13,9%). L'étude note p. 34 : « *les femmes qui accèdent à la responsabilité d'administrateurs ont des profils socio professionnels qui s'opposent à ceux de leurs colistiers masculins et les rapprochent de la population salariée* ».

[4] Sauf à la CGT où la catégorie la plus importante est celle des ouvriers (41,6 %), pour une moyenne de 28,2 %.

protection sociale du secteur privé[1]. Les désignations concernent des militants anciens[2]. Bien intégrés dans leur organisation, « *le devoir envers le syndicat qui* [les] *sollicite reste la motivation première* »[3] et « *le processus de sélection résulte plus au bout du compte d'une multiplicité de microdécisions que d'une stratégie claire et globale* » ce qui interroge sur l'intérêt porté à la gestion de la Sécurité sociale par les syndicats. Ils cumulent leur mandat d'administrateur avec d'autres conservés, estimant avoir un temps suffisant pour l'exercer, élément significatif de leur faible activité dans les caisses.

Les confédérations animent différemment leur réseau d'administrateurs (centralisation à la CFE-CGC et à la CGT-FO, décentralisation à la CGT)[4] dont le fonctionnement, aux échanges insuffisants, paraît peu intense : les 2/3 assistent à une réunion locale annuelle et 40 % à des réunions nationales (53% des administrateurs titulaires dans les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). L'affirmation du « *fort accent mis sur* [leur] *formation* » (par les syndicats plus que par les caisses) nous paraît excessive.

S'ils portent un regard positif sur le fonctionnement des caisses (réunions bien préparées, bonnes relations avec les dirigeants, moyens globalement suffisants)[5], « *ils manifestent le ressenti d'une dégradation très générale de leurs pouvoirs et de leurs missions, très marquée dans les CPAM* »[6] et URSSAF, moins en caisses d'allocations familiales (CAF).

Le rapport conclut sur une **vision pessimiste** de l'avenir : « *les administrateurs expriment un certain désarroi dans l'évolution des modes de gouvernance. L'action syndicale au sein des caisses locales peut-être ressentie comme proche de l'assistanat social devant des cas individuels de détresse, notamment dans les CAF, ce qui maintient le sentiment d'utilité de l'administrateur* ». En effet, c'est en action sociale que les CA conserveront le pouvoir le plus important. Ainsi les CAF déterminent les conditions d'attribution des aides individuelles dans leur règlement intérieur d'action sociale. Les caisses nationales laissaient une certaine latitude

---

[1] En particulier en assurance vieillesse aux modalités d'attribution et de calcul des pensions éloignées de celles du secteur public. À noter qu'en CPAM la fonction publique hospitalière est bien représentée.

[2] 90 % des titulaires ont plus de 10 ans de syndicalisme et 1/3 des actifs sont permanents. Les nominations sont faites au niveau régional (CFDT, CFTC, CGC) et départemental (encadrées par les instances confédérales) à FO.

[3] Ibid. p. 49. « *On est dans un univers collectif où l'expression personnelle d'une ambition ou d'une volonté de prendre une position n'est pas favorisée* » (p. 39). Leur indépendance par rapport à l'organisation est d'autant plus relative qu'ils ne siègent plus s'ils perdent leur mandat et que le syndicat peut les démettre de leur fonction.

[4]« *Pour certaines, elles se calquent sur leurs formes de structuration : fortement centralisée à la CGC, décentralisée à la CGT. Pour d'autres, comme à Force ouvrière, l'organisation centralisée du réseau d'administrateur s'éloigne de celle du reste du syndicat.* » *Ibidem* p. 15.

[5] P. 64 : « *pour les missions que les administrateurs ont encore à remplir dans les caisses* ».

[6] 80 % ont répondu à des questions ouvertes sur l'évolution de leur mandat, pourcentage inattendu. Ibid. p. 66. Le texte poursuit : « *Nous avons l'impression que de plus en plus notre rôle se résume à entériner les décisions* ». De même en URSSAF. « *Les administrateurs CAF apparaissent nettement moins désabusés et jugent même leur action importante pour les salariés* » mais est déploré le « *manque de moyens et d'informations alors que des décisions sont à prendre sans aucune prise en charge par la CAF* ».

aux organismes locaux, répartissant les crédits d'action sociale et permettant une adaptation des actions au terrain, mais ce domaine devient plus encadré par les dernières COG.

Depuis longtemps, le peu de réunions (quatre par an minimum) sans contenu stratégique pour l'organisme, l'absence de réelle formation ne permet pas aux administrateurs, en dépit des dispositions de l'article L121-2 CSS[1], un réel contrôle de l'application par les dirigeants d'une réglementation à la complexité croissante qui est maîtrisée par des « administratifs » bien formés.

4. Un partage des pouvoirs déséquilibré au profit des directeurs

Les textes de 1945 ne parlent guère du directeur : choisi librement par le Conseil d'administration, il est son « commis » sans pouvoir spécifique, d'où les critiques aux interventions des administrateurs dans la gestion du personnel[2]. Mais dès la mise en place des organismes, est prévu l'agrément du directeur et de l'agent-comptable par la tutelle[3].

En effet, les caisses étant - depuis les Assurances sociales - des organismes de droit privé chargés de la gestion d'un service public[4] va impliquer l'application de certaines règles du droit public (notamment séparation des ordonnateurs et des comptables, règles de la grève dans les services publics) de nature à limiter certains pouvoirs des conseils d'administration.

Le **décret du 12 mai 1960** (dont la quasi-totalité des dispositions demeure en vigueur)[5] réserve exclusivement au directeur l'organisation des services et la gestion du personnel. Il présentera les budgets au vote du conseil d'administration, dont le pouvoir de choix des agents de direction est limité par leur inscription sur une liste d'aptitude établie avant tout par la tutelle[6] et réservée en majorité aux anciens élèves du nouveau Centre d'études supérieures de sécurité sociale (CESSS) créé par le décret.

L'**ordonnance** n° 96-344 du **24 avril 1996** renforce les pouvoirs du directeur : par dérogation au code du travail (ex art. L. 434) il préside le comité d'entreprise, le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Il propose la nomination des

---

[1] Par lequel ils « *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* ».

[2] À l'origine, jusqu'à son retrait d'agrément en décembre 1948, l'article 4 de la convention collective nationale du 16 oct. 1946 instaure un « comité d'établissement » paritaire (administrateurs et personnel) décidant des recrutements, avancements, promotions.

[3] Décret n° 46-1378 du 8 juin 1946 *portant règlement d'administration publique*. JO du 9 juin 1946 p. 5106.

[4] Par la décision du 13 mai 1938, Caisse primaire Aide et protection (Rec. Lebon p. 417) le Conseil d'État a jugé que des personnes morales de droit privé peuvent gérer des missions de service public.

[5] Décret n° 60-452 du 12 mai 1960 *relatif à l'organisation et au fonctionnement de la sécurité sociale*, JO du 13 mai 1960, p. 4360 à 4366.

[6] Établie par une commission nationale (représentants du ministère chargé de la Sécurité sociale, des Caisses nationales, des syndicats d'agents de direction) après notation par la tutelle, les directeurs ou présidents de caisse.

agents de direction au Conseil d'administration dont la compétence est liée (la loi du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie* attribuera ces nominations aux directeurs). Il décide des actions à intenter en justice dans les rapports de l'organisme avec les prestataires, cotisants, le représente en justice et dans tous les actes de la vie civile (à l'origine de quelques tensions entre certains présidents et directeurs)[1].

Le directeur a désormais un rôle majeur de gestion de la caisse (avec une assez grande latitude notamment par les reports d'excédents budgétaires depuis les années 1990) et de son personnel (recrutement, avancement, sanctions)[2].

Plus récemment, la LFSS pour 2007 confie au directeur d'un organisme une possibilité de délégation de missions à un autre par convention ; celle-ci prend effet après approbation par le directeur de la caisse nationale, le conseil d'administration n'étant même pas consulté[3].

La **dualité de pouvoirs** entre président et directeur a pu, surtout dans le passé, être une source potentielle de conflit s'ils ne trouvaient pas un « *modus vivendi* ». Les réformes successives ont augmenté les pouvoirs de ces « techniciens » au niveau national et local : cette tendance, jamais remise en cause (même pas en 1981), accroît, de fait, le rôle des pouvoirs publics au détriment des conseils d'administration. Les administrateurs vivront leur perte de pouvoirs au profit des directeurs comme une amputation décidée par l'État, ressenti retrouvé à chaque réforme[4]. La situation des directeurs est-elle sans ambiguïté ?

B) *Des directeurs aux « cadres dirigeants »*

Les directeurs devenus cadres dirigeants vont devenir dépendants pour leur carrière des caisses nationales, ce qui interroge sur leur statut juridique. Les directions des caisses nationales ont, avec l'appui de l'État, des gestions de leurs ressources dirigeantes très proches.

1. La nomination des cadres dirigeants par les caisses nationales

Comme tout le personnel des organismes, les agents de direction sont agents de droit privé avec une convention collective spécifique, même si dès l'origine, à noter une forte empreinte de dispositifs publics, voisins d'un véritable **statut**, notamment l'agrément par la tutelle.

---

[1] Dans les autres matières, le directeur peut recevoir délégation permanente pour agir en justice du conseil d'administration. Il l'informe périodiquement des actions qu'il a engagées, de leur déroulement et de leurs suites.

[2] Même si les CPG ne permettent pas le remplacement de tous les agents, les dispositifs conventionnels récents facilitent sa gestion (réduction de l'ancienneté au profit de points de compétences et de primes plus à sa main).

[3] Art. L. 216-2-2 CSS, art. 140 de la loi du 21 déc. 2006. Cette loi introduit aussi l'article L. 216-2-1 CSS : lorsque le directeur national confie la réalisation d'une mission ou d'activités à un organisme, une convention est signée avec le directeur local, le conseil d'administration donnant seulement un avis.

[4] Le CA reste « ***l'autorité suprême » qui doit exercer un droit de regard sur l'ensemble des activités et exiger que la direction rende compte de ses interventions propres*** ». *Guide de l'administrateur,* 1984, Docis, p. 68.

La formation sera de plus en plus professionnalisée. Le Centre d'études supérieures de sécurité sociale devient Centre National (CNESSS) en 1977 puis École nationale supérieure de sécurité sociale (**EN3S**) par la loi du 13 août 2004. Établissement public à caractère administratif, placé sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale, son CA comprend principalement des représentants des régimes de sécurité sociale. Il assure la formation initiale et le perfectionnement des cadres supérieurs[1], managers de bon niveau au profil relativement uniforme qui, pour la quasi-totalité, resteront dans le monde de la sécurité sociale.

Les nominations des « cadres dirigeants »[2] (directeur et agent-comptable) vont échapper progressivement au CA au profit des directions des caisses nationales. Pour éviter qu'elles soient faites sur place ou liées aux affinités syndicales, le Plan Juppé instaure la procédure des « **trois noms** ». Un « Comité des carrières » (dans lequel prédominent les Caisses nationales)[3] donne un avis sur l'adéquation du candidat au poste, au vu duquel le directeur de la caisse nationale proposait trois candidats au Conseil d'administration qui en choisissait un, nommé par le directeur national. Ce dernier pourra aussi mettre fin aux fonctions des cadres dirigeants pour des motifs « *tirés de l'intérêt du service* » (sauf opposition du CA à la majorité des 2/3).

Nommés et révoqués par un acte administratif, ces agents contractuels de droit privé seront « *désormais installés sur la frontière public privé* »[4].

La loi du 13 août 2004 enlève aux conseils des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ce choix des cadres dirigeants : c'est le **directeur général de la CNAM** qui les désignera (sauf opposition des 2/3 du Conseil local) et pourra mettre fin à leurs fonctions, après avis du président[5], procédure qui n'est pas sans rappeler celle du retrait d'agrément.

Ces nominations[6] ont permis à la CNAM de mettre en place un dispositif de gestion des carrières envié par les autres caisses nationales. Aussi, un article du PLFSS pour 2009 prévoit la nomination par les caisses nationales. Invalidé par le Conseil constitutionnel comme

---

[1] L'EN3S est accessible par concours pour les étudiants et les agents des caisses. L'enseignement est centré sur la gestion et le management des caisses, les politiques publiques sociales et alterne avec des stages en organisme.
[2] Pour l'article L. 3111-2, al 2 du code travail sont cadres dirigeants ceux dont les responsabilités impliquent une grande indépendance de leur emploi du temps, habilités à prendre des décisions largement autonomes et ayant une rémunération des plus élevée. Ce terme n'est utilisé que dans un seul article du code de la sécurité sociale et concerne le régime agricole (Art. R. 123-47-3 qualité de cadre dirigeant depuis dix ans dans des secteurs sociaux ou agricoles possible pour être nommé au poste de directeur de la Caisse centrale de MSA).
[3] Créé par décret du 21 octobre 1966, le Comité des carrières présidé par un IGAS comprend les directeurs des caisses nationales, de l'UCANSS, de l'EN3S, du RSI (depuis 2007), de la MNC et 3 agents de direction retraités.
[4] C. GARBAR, 1996, article cité, p. 804. Voir également M. BANCAREL, 1996, article cité.
[5] Le directeur général recueille l'avis du président, convoque l'intéressé à un entretien puis notifie sa décision de cessation de fonctions à l'agent, au président et à la tutelle. Cette décision ne valant pas licenciement, avant le reclassement de l'agent dans une caisse, un rattachement temporaire est prévu à la CNAM. Art. R. 217-11 CSS.
[6] Dans les faits, la direction de la CNAM prend l'attache du président évitant un refus du candidat par le conseil. À noter qu'elle donne aux directeurs nommés depuis 2009 une lettre de mission qui fixe (sans base juridique) un terme (renouvelable) à la nomination sur le poste. Source : A. MOREL, 2010, rapport cité, p. 6.

cavalier social, il sera repris dans la loi HPST du 21 juillet 2009[1] : nomination (après « concertation » avec le président) et cessation de fonction des cadres dirigeants du régime général sont uniformisées sans être étendues au RSI. Ce nouveau pouvoir des caisses nationales rend encore plus ambiguë la situation juridique des directeurs.

2. Quel employeur pour les directeurs ?

« *Les directeurs et les agents comptables sont salariés des organismes dans lesquels ils exercent leurs fonctions* » (article L. 217-3 CSS). En cas de faute disciplinaire le Conseil d'administration ou le Conseil est compétent pour leur infliger une sanction pouvant aller jusqu'au licenciement, seule attribution qui leur reste à l'égard des agents de direction.

Un protocole d'accord conventionnel du 22 juillet 2005 instaure un dispositif de gestion des carrières des directeurs par les caisses nationales. À côté du coefficient de fonction traditionnel, il introduit une « *part variable* » (pour l'atteinte d'objectifs de la branche, de la caisse et/ou individuels) et une augmentation du coefficient attribuées par le directeur national après entretien d'évaluation annuel, éléments significatifs du lien de subordination (et l'un de ceux du contrat de travail avec la prestation de travail et la rémunération)[2].

En cas de **contentieux**, il est probable, de ce fait, que le juge considérerait que l'employeur n'est pas le Conseil d'administration local mais le Directeur national : « *le point décisif apparaît être le contrôle de l'activité, se traduisant par exemple par l'obligation de rendre compte. Cette obligation constitue un indice particulièrement utile et significatif face aux formes modernes de management par « conventions d'objectifs », qui donnent aux travailleurs une large autonomie moyennant l'obligation de rendre compte de l'usage qu'ils en font, et qui, loin de faire disparaître la subordination, lui donnent un nouveau visage* »[3].

Aussi pouvons-nous nous demander pour mettre fin à l'ambiguïté juridique et à des compétences partagées entre caisses nationales et CA, s'il ne conviendrait pas que les directeurs locaux ne deviennent des salariés des caisses nationales[4] ?

---

[1] Amendement n° 1925, adopté sans remarque. JO, Compte rendu intégral, Assemblée Nationale, 11 mars 2009, p. 2459.
Objectifs de l'exposé des motifs : optimisation de la gestion des carrières ; gestion facilitant l'évolution des réseaux, mise en œuvre plus homogène des politiques de gestion des risques et de lutte contre les fraudes.
[2] J PÉLISSIER Jean, SUPIOT Alain, JEAMMAUD Antoine, Droit du travail, Dalloz, 22e éd., 2004, p. 181.
[3] Idem, p. 201. Le Précis fait référence à un arrêt Soc., 22 février 1996, Bull. civ. V, n° 65.
[4] Comme c'était le cas dans les ASSEDIC. Suite à l'Accord d'évolution du cadre contractuel collectif des Cadres Dirigeants de l'Assurance Chômage du 26 juillet 2001, les directeurs puis les directeurs adjoints des ASSEDIC étaient devenus salariés de l'UNEDIC. Ils perdaient ainsi des relations privilégiées avec leurs Conseils d'administration très autonomes.

3. La gestion de la « ressource dirigeante » par les Caisses nationales

En 2007, la bonne gestion des organismes par les cadres dirigeants n'est pas contestée, leur adéquation aux fonctions étant satisfaisante pour l'IGAS[1].

Néanmoins le **Comité des carrières** constate une baisse de candidatures et considère qu'elle pourrait résulter d'une gestion peu dynamique des caisses nationales, ne correspondant plus aux besoins des agents de direction ni à ceux de l'institution. Aussi le Ministre a confié à la présidente du Comité, une « *mission de rénovation des cadres de gestion des carrières des agents de direction de la sécurité sociale* » (dite « mission Morel »)[2]. Sa lettre de mission du 26 novembre 2009 lui donne deux orientations : le développement de la dimension stratégique du management des compétences et la modernisation des règles de l'évolution de carrière.

Le rapport de la présidente propose la « *dynamisation* » des carrières par une « *stratégie de groupe* » qui explicite ses attentes et préconise des pouvoirs renforcés des directeurs nationaux. La liste d'aptitude comprendrait trois types de postes : agents de direction, directeurs d'organismes et de projets, directeurs « *à fort impact pour l'institution* » et favoriserait la mobilité. Une appréciation externe compléterait celle de la tutelle (conservée) et, nouveauté, des directeurs des caisses nationales (pour l'accès aux postes de directeurs). L'accès et la scolarité à l'École nationale supérieure de sécurité sociale privilégieraient les mises en situation. L'Union des caisses nationales de sécurité sociale abriterait un observatoire inter-régimes des ressources dirigeantes pour animer une revue annuelle des « *viviers* » des cadres supérieurs.

Si le statut, le recrutement et le management des agents de direction par les directeurs locaux ne sont pas remis en cause par le rapport[3], cette gestion serait évaluée par les caisses nationales qui mettront en place, comme dans les grandes entreprises, des « *gestionnaires de carrière* » suivant un portefeuille d'agents de direction. Les conditions de reclassement seraient déterminées par la loi (pour les sécuriser) et les contrats de travail des directeurs comprendraient un principe de mobilité sur la base de contrats types nationaux.

---

[1] « *Force est de constater que la gestion des agents de direction n'est pas en crise. La mission n'a recueilli aucune doléance sur l'adéquation du profil des agents de direction aux missions qui leur sont confiées. Ce satisfecit implicite de l'employeur est corroboré par la faible fréquence des situations individuelles délicates dont l'administration centrale est saisie* ». D. JOURDAIN-MENNINGER et al., 2007, rapport cité, p. 1. De 1998 à 2005, commission de discipline des agents de direction saisie de 6 dossiers et 12 démissions de 2002 à 2006.

[2] A. MOREL, 2010, rapport cité.

[3] Il ne préconise pas que les directeurs deviennent salariés des caisses nationales même si « *ce changement de statut qui devra être acté par la loi ne pose pas de véritables problèmes juridiques et ne ferait que consacrer le pouvoir de fait des caisses nationales* ». Compte tenu des obstacles politiques et pratiques (hostilité majoritaire des syndicats et associations de directeurs, renforcement du cloisonnement entre branches, risque de remontée des conflits locaux), le rapport préfère conforter la cessation de fonction par les caisses nationales. *Ibid*., p. 20.

Le rapport veut « *améliorer de façon significative la parité hommes-femmes* »[1]. À la suite du rapport, le ministre a confié, le 28 juillet 2011, à son auteur la mise en œuvre de ses propositions qui devront être opérationnelles début 2013[2].

En parallèle, dans son rapport de 2010 commandé par l'UCANSS[3], Michel Bauer considère que les évolutions actuelles[4] nécessitent une « gestion par l'innovation » : de nouvelles combinaisons entre pilotage « à la règle », « à l'objectif » (et non à l'indicateur) et « à l'ambition partagée » deviennent indispensables. Devront être conciliés un « *pilotage national serré* » et au niveau local l'innovation jointe à la « *représentation politique de la branche* » par mandat donné au directeur. Les compétences seront diverses[5] avec « *une nouvelle géographie des postes d'agent de direction* », les carrières n'étant plus organisées vers l'accès au postes de directeur (en diminution de par les restructurations des réseaux)[6].

Il est certain que pour les directeurs les processus de nomination et d'évaluation se superposent et sont complexes. La réforme peut permettre plus de mobilité entre les branches et régimes mais continue de renforcer la prééminence des caisses nationales (de qui dépendra toute la **carrière des cadres dirigeants**), conserve le rôle du ministère et enlève quasiment celui des syndicats d'agents de direction[7].

4. De nouvelles valeurs, le management encadré

En 1996, Michel Bauer distinguait, trois types de directeurs : à l'origine des « *militants de la sécurité sociale* »[8] (« *techniciens* » faisant marcher la caisse, la politique étant l'affaire des CA), « *aujourd'hui des managers* » (aux idéaux de service public et d'entreprise), « *demain des stratèges et des hommes de caractère* ». En 2010, il s'interroge sur le niveau de contribution des organismes à l'action publique : opérateurs de l'État ou constructeur avec lui

---

[1] D'autre part, le rapport propose, ultérieurement, de remplacer l'agrément par une validation de la caisse nationale. Est souhaité l'élargissement du comité des carrières à la MSA.

[2] Et la présidente du comité de pilotage est chargé de coordonner les « chantiers » : élaboration des textes (liste d'aptitude, agrément, fins de fonction ; harmonisation des conditions de nomination des directeurs des régimes notamment agricole) ; outils de dynamisation de la GRH des caisses nationales ; outils d'évaluation communs (liste d'aptitude, Comité des carrières) ; observatoire des ressources dirigeantes à l'UCANSS ; réforme EN3S ; mise en œuvre conventionnelle. Comité des carrières, *Nouvelle mission pour Annick Morel*, sept. 2011, 2 p.

[3] M. BAUER, 2010, « *Quelle ressource dirigeante pour le régime général de sécurité sociale demain ?* »

[4] Révolution de l'information ; intensification de la concurrence ; interconnexion entre organisations ; nouvelles exigences des clients, des pouvoirs publics et des agents ; complexité et imprévisibilité.

[5] Managériales et de leadership (conduite du changement) ; de pilotage ; partenariales internes et externes ; métier ; stratégiques et entrepreneuriales pour survivre dans un univers plus incertain.

[6] Au 1er janvier 2010, 1961 agents de direction (350 directeurs, 303 agents comptables, 489 directeurs-adjoint et 808 sous-directeurs ; 45,4 % des directeurs aura 62 ans d'ici 5 ans. UCANSS, 2011, rapport cité.

[7] La commission de la liste d'aptitude se prononcerait sur la recevabilité des demandes. Si la notation des DRASS était crédible quand elles connaissaient les candidats, on peut s'interroger sur celle de la (lointaine) tutelle nationale.

[8] M. BAUER, 1996, rapport cité, « *Les compétences des agents de direction, Horizon 2000-2005* », p. 33.

de ses politiques sociales ? Observons que les évolutions récentes et la Révision générale des politiques publiques donnent plutôt aux caisses nationales ce rôle d'opérateur et que le pilotage national « à l'indicateur » ne favorise guère innovation et créativité locales.

Les rapports Bauer et Morel (dans lesquels les conseils d'administration sont absents) sont significatifs de l'évolution **vers des réseaux** « de service public » (en forme de pyramide descendante) dont les « agences » locales intègrent les attentes du siège. Le « national » fonctionnerait pour la gestion des ressources humaines comme une grande entreprise et gommerait les spécificités et identités des caisses dites « de base ». Ces rapports témoignent de la volonté d'une gestion de la « ressource dirigeante » (contributrice aux politiques et aux objectifs nationaux) par les caisses nationales devenues opérateurs de l'État.

Alors que la formation et les objectifs des conventions d'objectifs et de gestion ont fait des cadres dirigeants de bons gestionnaires, allient-ils toujours créativité et vue globale et stratégique ? Si les directeurs sont autonomes et « patrons » de leur organismes, sans véritable contre-pouvoirs, ils ne rendent compte qu'à leur « patron » national, le directeur de la caisse nationale.

Les valeurs sont tournées vers le management, l'efficacité immédiate et, côté assuré, vers sa responsabilisation afin de permettre « *d'être pleinement acteur de sa santé* », ce qui devient en assurance maladie « *l'axe majeur de la politique de gestion du risque*»[1].

Mais comment sont-elles articulées avec celles de la solidarité et aujourd'hui existe-t-il un débat sur ces valeurs comme lors de la création de la protection sociale[2] ? Celles de 1945 semblent peu actuelles et le rôle des partenaires sociaux s'amenuise progressivement[3].

Dans les autres branches du régime général en est-il de même ?

Nous allons examiner leur gouvernance ; celle de la CNAM fera l'objet du chapitre 2 compte tenu de ses spécificités.

---

[1] Dans la COG État-CNAM 2010-2013.

[2] « *Tant la mise en place de l'assistance à la fin du dix-neuvième siècle et au début du vingtième que celle des assurances sociales de 1930 font l'objet de débat de valeurs* » et oppose les partisans d'un effort collectif (déresponsabilisant ?) à ceux prônant la responsabilité individuelle. M. LAROQUE, 2008, article cité, p. 50.

[3] Si la Sécurité sociale inscrit ses valeurs dans la continuité des assurances sociales de 1930, Michel LAROQUE, (2008, article cité), énonce huit valeurs liées au nouveau plan de 1945 :
1 respect de la dignité de l'homme ;
2 justice sociale, prévention des risques, redistribution des revenus ;
3 généralité de la couverture et solidarité nationale ;
4 unité d'organisation (axe prioritaire de l'ord. du 4 oct. 1945) ;
5 responsabilité et démocratie sociale (face au risque d'étatisme bureaucratique) ;
6 prestations maintenant le niveau de vie ou compensant une large partie des coûts ;
7 financement autonome ;
8 la Sécurité sociale, révolution sociale et création continue.

SECTION 2. DES BRANCHES DE PLUS EN PLUS SPÉCIFIQUES

L'assurance retraite et la branche famille sont pilotées respectivement par les caisses nationales d'assurance vieillesse et d'allocations familiales créées par l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967, comme l'ACOSS (Agence centrale des organismes de sécurité sociale) chargée de la trésorerie commune. La loi de ratification du 31 juillet 1968 va donner naissance à l'UCANSS (Union des caisses nationales de sécurité sociale), qui assurera pour le compte des caisses nationales un rôle d'employeur du personnel de droit privé travaillant dans les caisses de base. Nous allons examiner les spécificités de leur gestion.

§ 1 La branche retraite, la technicienne

L'histoire explique la situation actuelle des régimes de retraites ; dès l'origine ils seront professionnels et vont le rester après 1945. En dépit du souhait d'unité, ils perdurent, se généralisent et fonctionnent par répartition. Les années 1970 voient l'amélioration des prestations, la solidarité des régimes légaux par la compensation. Notons que cette période faste de montée en charge du régime vieillesse n'a pas été mise à profit à partir de 1967 et de l'autonomie financière des branches pour constituer des provisions comme dans les régimes complémentaires ou étrangers traduisant la limitation des pouvoirs des partenaires sociaux, les décisions émanant des pouvoirs publics examinant l'équilibre global du régime général.

Après la retraite à taux plein à 60 ans (1983), les difficultés financières et les perspectives démographiques vont amener une série de réformes augmentant progressivement la durée des cotisations pour les salariés en 1993, les fonctionnaires en 2003 et les régimes spéciaux en 2008. La loi du 9 novembre 2010 prolonge de deux ans les bornes d'âge, avec pour objectif l'équilibre des régimes en 2018. Ces réformes « paramétriques », réalisées avec plus ou moins de difficulté, sans remise en cause « systémique », assurent une certaine convergence mais laissent perdurer les disparités entre salariés du privé et du public du fait du calcul des pensions (sur les 25 « meilleures » années revalorisées sur les prix ou sur les 6 derniers mois de traitement).

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS ou CNAV) chargée d'assurer la gestion technique des retraites met en place et accompagne ces réformes (A). Elle intervient aussi indirectement dans celle des régimes spéciaux notamment pour les industries électriques et gazières (B).

A) *La CNAV gestionnaire*

En assurance vieillesse, cette caisse nationale a d'autant plus un rôle technique qu'elle est la seule à assurer elle-même le calcul et le versement des pensions pour les retraités de la région de l'Île de France[1].

1. Gérer l'assurance retraite à la tête des récentes CARSAT

En 1967, ce devait être avant tout cet organisme national « *qui assure la* ***gestion de l'assurance vieillesse*** *des travailleurs salariés* » (art. L. 222-1 CSS) : tenue centralisée de tous les comptes individuels des assurés (sur un site unique le Centre Informatique National de Tours), calcul et « *paiement des prestations* ». Elle pouvait « *faire appel au concours* » des caisses régionales et primaires pour exécuter certaines missions locales (art. L. 222-3 CSS).

Les Caisses régionales d'assurance maladie (**CRAM**) les conservaient à titre transitoire « *sous le contrôle technique* » de la CNAV[2] qui « *coordonne et contrôle leur gestion de l'assurance vieillesse* »[3] (la nomination des agents de direction et cadres des services vieillesse devant, théoriquement, recevoir son avis préalable)[4].

Suite à la loi HPST du 21 juillet 2009, elles deviennent, en avril 2010, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (**CARSAT**) et voient leur compétence reconnue en « assurance retraite », sans modifier les attributions de la CNAV à leur égard[5]. L'ordonnance du 23 février 2010 confirme le rôle de la CNAV de « *définir les orientations de la gestion de l'assurance retraite, d'en assurer la coordination* » et « *d'exercer un pouvoir de contrôle* » sur les CARSAT pour leurs attributions vieillesse.

La CNAV assure le financement des retraites, exerce une action sanitaire et sociale après consultation de son Conseil d'administration (avant tout paritaire, 26 représentants sur 30)[6] et a un rôle traditionnel de Caisse nationale[7].

Son rôle de gestionnaire technique important s'était traduit par la mise en place de processus de production similaires dans les CRAM (structurés par une informatique unique)

---

[1] La branche retraite a payé en 2010, 95,3 Md€ (12,9 millions de retraites versées), déficit de 8,9 M€.
[2] Ancien art. R. 215-2 CSS ; l'article R. 215-3 indiquait que des arrêtés ministériels, pris après avis de la CNAV, mettront fin à cette gestion provisoire par une ou plusieurs CRAM, pour tout ou partie de leurs attributions.
[3] Art. R. 222-1 CSS notamment la tenue des comptes assurés, modalités de liquidation des droits et de paiement des prestations, utilisation d'imprimés et organisation et fonctionnement des services. Par l'article R. 222-2 « *elle peut procéder à toutes les enquêtes nécessaires sur les méthodes de gestion* ». Dispositions conservées.
[4] Art. R. 215-1 CSS. Il reconduit cet avis pour les emplois de direction des services vieillesse des CARSAT.
[5] Elles dirigent le service social des CPAM et peuvent assurer les tâches d'intérêt commun aux caisses de la région. Elles ont perdu de l'influence lorsque ses administrateurs n'émanaient plus obligatoirement des CPAM.
[6] Article L. 222-5 CSS. Cf. composition en annexe 2.
[7] Elle a aussi pour rôle de proposer, par l'intermédiaire de son CA, toute mesure, notamment dans le cadre de l'élaboration du PLFSS, nécessaire pour garantir dans la durée l'équilibre financier de l'assurance vieillesse.

et d'une « politique de proximité » favorisant le contact avec les assurés (et limitant les risques sociaux). La COG 2009-2013[1] accentue l'uniformisation du réseau par la mise en place d'une politique des ressources humaines, domaine jusque-là réservé des directeurs : définition d'une « stratégie nationale », mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences[2]. Il en est de même pour l'action sociale, traditionnellement à la main des conseils d'administration, réorientée vers la prévention des effets du vieillissement (selon des modalités d'actions voisines de celle de l'allocation personnalisée d'autonomie, APA), la COG voulant homogénéiser les actions du réseau.

2. Accompagner les réformes retraite par la gestion du risque

Depuis 2003, un des objectifs de ces réformes est le libre choix des assurés de leur départ en retraite avec des mécanismes incitatifs (surcote, cumul emploi retraite) ou d'information inter régimes. Le « *Projet Assurance Retraite, années 2010* » est adopté par le Conseil d'administration en juin 2008 et sert de cadre à la convention d'objectifs et de gestion 2009-2013. Son thème majeur est « *l'optimisation de la gestion du risque vieillesse* »[3], le projet réaffirmant les valeurs de solidarité inter et intra générationnelle.

La COG définit « cinq axes stratégiques majeurs » notamment éclairer la prise de décision des acteurs publics pour les futures réformes (par des capacités d'expertise renforcées), élargir l'offre des services aux assurés et promouvoir les fonctions d'information et de conseil pour leur garantir un choix éclairé pour leur départ à la retraite[4] et la CNAV entend ainsi « *favoriser l'augmentation du taux d'activité des seniors* »[5].

Elle veut contribuer « *à une évolution du comportement des assurés afin d'optimiser la gestion du risque vieillesse* », pour en assurer une « *meilleure maîtrise* », ce qui implique « *un changement culturel interne majeur* » et comme le note l'Inspection générale des affaires sociales modifie la nature des relations avec les assurés[6]. D'autre part inciter à des départs en retraite tardifs ne favorise qu'une gestion financière à court terme et entraîne une surcote actuariellement neutre mais qui reporte à terme une augmentation des dépenses.

---

[1] Associant les CRAM à son élaboration et adoptée par la quasi-totalité du CA (CGT contre, FO abstention).
[2] En 2010 établir un schéma directeur RH, avec l'objectif d'harmoniser les politiques RH au sein de la branche.
[3] L'Assurance retraite, *Projet Assurance Retraite années 2010*, CNAV, 32 p., citation Avant-propos p. 3.
[4] Et mieux prévenir la perte d'autonomie, conforter le financement du maintien à domicile ; renforcer la maîtrise des risques (objectif de paiement à bon droit) et la performance et l'efficience globale de la branche retraite.
[5] COG État-CNAV 2009-2013, 208 p., citation p. 33. « La *montée en charge de la fonction conseil est le défi majeur du réseau de l'Assurance retraite au cours de la prochaine période quinquennale* » (p. 34).
[6] « *dès lors que la branche retraite ne se limite plus à un service neutre d'information et de versement des prestations mais poursuit également un objectif de* « gestion du risque »*, l'assuré sera en droit de s'interroger sur l'objectivité des conseils* » dispensés. IGAS, 2009, rapport cité, p. 101.

Si la CNAV participe aux travaux du Conseil d'orientation des retraites, avec de nombreuses contributions techniques, son rôle politique est peu visible bien que son CA ait proposé sans succès une indexation des comptes individuels sur les salaires dans le cadre du rendez-vous des retraites de 2008[1]. Son ancienne Présidente a fait de nombreuses interventions médiatiques pour soutenir en 2010 le report de l'âge de la retraite à 62 ans[2].

La Caisse nationale d'assurance vieillesse a mis en place une communication parallèle à celle du gouvernement et accompagne la réforme, souhaitant « *prendre toute sa place pour expliquer les nouvelles règles et informer au mieux les assurés* »[3].

Son rôle politique paraît bien limité, les réformes sont faites par les gouvernants souvent au détriment des salariés du régime général avec des effets en trompe-l'œil, peu vus par des syndicats (comme lors de la réforme de 1993[4] ?) qui paraissent plus attachés au maintien des avantages du secteur public et des régimes spéciaux.

B) *L'adossement à la CNAV des régimes spéciaux*

En plus des compensations et intégrations financières d'autres régimes à la CNAV déjà vues, il convient de s'intéresser à l'adossement des régimes spéciaux et à leurs réformes.

1. La réforme des régimes spéciaux

Ces régimes de retraites sont très anciens. Dans l'optique de la création d'un régime unique l'article 17 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 ne prévoyait que leur maintien provisoire[5].

Mais leurs syndicats refusent de rejoindre le Régime général. L'État hésitera souvent à les affronter (difficulté du Plan Juppé) et l'action syndicale corporatiste a préservé globalement leurs acquis : leur récente réforme n'a pas envisagé une harmonisation avec le régime général, les salariés étant attachés à un « statut » socialement avantageux.

---

[1] L'assuré ayant cotisé pendant 25 ans au plafond n'en percevra que 42,6 % en 2010, 40,9% en 2020 et 40% en 2030 ! La CNAV proposait une indexation plus favorable dès 2009 (surcoût de 0,1 % en 2015, de 1,9 % en 2030 et de 5,4 % en 2040 et la pension serait égale à 49,7 % du plafond). Source *Contribution du* [CA] *de la CNAV à l'aube du rendez-vous 2008, Des pistes pour améliorer le niveau des pensions*, Dossier de presse, 21 mars 2008.

[2] La CGC a perdu la présidence de la CNAV en 2011, « *les syndicats lui font payer* [son] *positionnement jugé trop ambigu et proche du gouvernement* » lors du conflit sur les retraites. *Les Échos*, 29/07/2011, p. 3.

[3] *L'assurance retraite*, Caisse nationale, dossier de presse, Point presse réforme, 24 novembre 2010, p. 2.

[4] La mesure mise en avant par les syndicats est celle du passage à de 37,5 à 40 annuités, celle qui pénalise est l'indexation des salaires du compte individuel sur les prix aboutissant à la baisse du taux des pensions, cf. note 1.

[5] Ils « *devaient disparaître, étant entendu qu'on ne porterait pas atteinte aux avantages acquis* » maintenus par des régimes complémentaires. « *La puissance des organisations syndicales représentant ces professions a fait que la solidarité catégorielle l'a emporté sur la solidarité nationale.*» P. LAROQUE, 1986, article cité, p. 12.
L'État a supprimé quelques régimes à la fin des années 1980 (Crédit Foncier de France, Compagnie générale des eaux rattachés à la CNAV), mais en a créé dès 1945 (Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, CNRACL et Caisse nationale militaire de sécurité sociale, CNMSS). En 2004 le régime retraite des mines est repris par la CDC qui gère notamment la CNRACL, le régime complémentaire IRCANTEC et le Régime Additionnel Fonction Publique, RAFP créé par la réforme des retraites de 2003.

Deux réformes, de nature différente, vont intervenir : la transformation de ces « régimes d'employeurs » (Industries électriques et gazières : IEG, SNCF et RATP)[1] par la création de caisses - surprenante en période de regroupements d'organismes - puis celle de leurs retraites.

Leur **mode de financement** va d'abord être revu pour répondre aux nouvelles normes comptables[2]. La norme IFRS n°19, « avantages du personnel », impose aux entreprises cotées ou faisant publiquement appel à l'épargne de provisionner des engagements dès que le salarié acquiert un avantage potentiel retraite.

Pour éviter une situation financière dégradée[3], l'aménagement a consisté à distinguer les comptes du régime de ceux de l'entreprise en faisant porter par un tiers incontestable (État ou caisses existantes)[4] les engagements qui auraient dû apparaître au bilan de l'entreprise et à créer des caisses de sécurité sociale, structures écrans, en remplacement des services de l'employeur.

Ces caisses de droit privé, dotés de la personnalité morale, à la gouvernance proche de celles du régime général, sont administrées par des conseils d'administration paritaires (représentants des organisations représentatives des salariés et de l'employeur)[5]. Si celui de la Caisse Nationale des Industries Électriques et Gazières (CNIEG) élit son président et nomme ses dirigeants, c'est l'État qui le fait pour les caisses de la SNCF et RATP (dépendantes de lui pour leur financement). Les caisses ont conclu avec l'État des conventions d'objectifs et de gestion. Cette gouvernance devrait permettre plus de transparence financière (aides reçues de la compensation ou de l'État, financement des avantages supplémentaires par l'employeur ou le client).

Ensuite, va intervenir la **réforme des retraites** de ces régimes par décrets entrés en vigueur au 1er juillet 2008. Ces textes déterminent les principes d'harmonisation avec le régime de la fonction publique (annuités, indexation des pensions et décote assouplie).

---

[1] L'ensemble des régimes spéciaux représentaient environ 450 000 cotisants et 850 000 retraités en 2006 (ratio démographique 0,53) avec un âge effectif de départ en retraite généralement inférieur à 60 ans. Ils sont équilibrés grâce à des subventions publiques, les compensations, des taxes affectées ou des cotisations employeur élevées.

[2] Le règlement européen 1606/2002 du 19 juillet 2002 impose l'adoption de ces normes.

[3] Les engagements s'élèveraient à 90 milliards d'euros pour les IEG, 100 pour la SNCF, 21 pour la RATP et 70 pour la Poste. M. GLÉNAT, M. TOURNE, 2006, article cité, p. 146.

[4] L'organisme tiers doit être indépendant de l'entreprise, assurer la garantie des droits acquis et les sommes qui lui sont versées par l'entreprise doivent être « *libératoires* » (définitives). F. BUFFIN *et al.*, 2009, article cité, p. 146.

[5] CNIEG à compter du 1/01/2005 (loi du 9 août 2004), Caisse de retraite du personnel de la RATP depuis 2006 (D. du 26/12/2005), Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (D. du 7/05/2007).
La Caisse d'assurance maladie des IEG, CAMIEG, (2007) partage ses tâches de gestion avec la CPAM 92 qui liquide les prestations. La volonté des employeurs de se désengager du financement de l'assurance complémentaire santé des pensionnés a conduit à écarter pour la CAMIEG un conseil d'administration paritaire.

Est conservée la spécificité de dispositions par entreprise voulue tant par les pouvoirs publics que préconisée par le Conseil d'orientation des retraites. Ces entreprises ont mis en place des mesures salariales avantageuses d'accompagnement de la réforme[1].

De ce fait elle n'a pas suscité de réelles réactions syndicales et coûte bien plus qu'elle ne rapporte ; d'autant que la suppression des « clauses couperets » de mise à la retraite d'office par l'employeur a entraîné une prolongation de l'activité des agents les mieux rémunérés au détriment de l'emploi de jeunes[2].

Une harmonisation avec le régime de la fonction publique a donc été opéré mais à quel prix ? Le régime général avait, quant à lui, été mis à contribution.

2. L'adossement des Industries électriques de gazières

Un mode de financement spécifique est adopté pour chaque nouvelle caisse : celle de la SNCF bénéficie de la garantie de l'État (qui équilibre annuellement le régime), celle de la RATP devait bénéficier de la garantie des régimes retraites pour leur niveau de couverture et de l'État pour la partie excédentaire, mais l'adossement n'a pas eu lieu faute de convention financière avec la CNAV qui conteste le montant de la soulte[3].

Il est vrai que, pour elle, celui de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) n'a pas été bénéfique. Cette caisse bénéficie de la garantie des régimes de base (et complémentaires) auxquels elle est adossée pour financer leurs avantages et en contrepartie verse une « soulte » à la CNAV. Elle finance les « **droits spécifiques passés** » des activités régulées (transport et distribution) et la soulte versée annuellement à la CNAV grâce à la nouvelle contribution tarifaire d'acheminement (CTA) qui lui est affectée (et payée par le consommateur). Elle continue de verser la totalité de la pension au retraité, pour qui l'adossement est transparent.

L'article 20 de la loi du 9 août 2004[4] crée l'article L. 222-6 CSS. Il donne à la CNAV la « *possibilité* » d'intervenir pour la partie des prestations équivalente à celles du régime

---

[1] À EDF mesures salariales, d'évolution des parcours professionnels, mise en place d'un régime supplémentaire de retraite, complément invalidité. Leur coût était évaluée début 2008 à 250 millions d'euros pour EDF alors que les gains de la réforme seraient de 17 millions d'euros en 2015, 27 en 2020, 67 en 2030 et 113 en 2035. Sources COR, documents de travail, janv. 2009, Séance du 11 fév. 2009. Dans le programme du candidat Sarkozy, la réforme des régimes spéciaux devait financer la revalorisation des petites retraites des autres régimes.

[2] « *L'impact annuel de la réforme sur les comptes de la SNCF est estimé à environ 380 M€ sur la période 2010-2030 (112 M€, mesures d'accompagnement et 265 M€ d'impact démographique)* […] *le déséquilibre du régime spécial de retraite des cheminots, aujourd'hui subventionné à près de 60%, est durable* » Rapport Cour des comptes 2010, p. 328-330. À noter que la négociation avec les autonomes corporatistes de la SNCF leur a permis de conserver les avantages d'âge de départ pour les roulants.

[3] Estimée à 700 M€ qui devaient être versés par l'État. M. GLÉNAT, M. TOURNE, 2006, article cité.

[4] Loi n° 2004-803 *relative au service public de l'électricité et du gaz*, JO du 11 août 2004 qui transforme EDF et GDF en sociétés anonymes.

général servies par des régimes spéciaux antérieurs au 6 octobre 1945, la CNAV et l'ACOSS devant passer des conventions financières, approuvées par la tutelle, avec la caisse du régime.

La convention financière du 4 février 2005 entre les directions de la CNAV, de l'ACOSS et de la CNIEG définit les modalités de versement de la **soulte** fixée définitivement par arrêté du 31 janvier 2005[1] à 7 649 M€ : 40 % (3 060 M€) versés en 2005 au FRR qui les gère pour le compte de la CNAV[2] et 60 % (287 M€ pendant 20 ans, indexés sur l'inflation) à la CNAV. La loi de financement pour 2006 (LFSS du 19 décembre 2005) définit, trop tardivement, les principes d'information préalable du Parlement à la signature de la convention et du respect « *de stricte neutralité financière de l'opération pour les assurés sociaux du régime général* ».

Le coût de l'opération ne cesse d'augmenter pour la CNAV, ce principe de neutralité financière n'étant pas respecté : solde déficitaire passant de 296 M€ en 2007 à 312,1 M€ en 2010 (plus que la soulte annuelle reçue) soit plus de six milliards d'euros en vingt ans[3] ! Le **surcoût** actuel pour le régime général est de six-cents millions d'euros par an et devrait s'accroître. Ce sont les assurés du régime général et les consommateurs qui payent une partie des retraites et de la protection sociale des IEG, la CNAV n'ayant pas pu négocier la neutralité financière comme l'ont fait les régimes complémentaires AGIRC-ARRCO.

Même si les régimes spéciaux pourraient voir leur contrôle accentué par la tutelle unique, au final, ils ne paraissent pas condamnés. Ils sont plutôt **pérennisés** par la mise en place de caisses (au financement externe garanti) et une réforme des retraites qui aujourd'hui pénalise peu des actifs qui ont défendu leurs intérêts dans un système de gestion néo-corporatiste.

§ 2 La branche famille, universaliste

Première branche à couverture universelle, elle sert des prestations à l'ensemble de la population retracées dans les comptes de la CNAF[4]. Mais les CAF versent aussi des prestations proches de l'aide sociale, en matière de logement, handicap et précarité. Cette branche intervient dans la politique familiale à côté de l'État et d'autres acteurs (A). Depuis toujours financeur, elle est devenue un opérateur majeur de cette politique (B).

---

[1] Arrêté du 31 janvier 2005 fixant les paramètres de calcul, le montant et le calendrier des versements de la contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire mentionnée à l'art. 19 de la loi du 9 août 2004. JO 10/02/05.

[2] Ce qui a permis d'afficher une dotation importante au FRR alors peu doté. À noter que les majorations de 10 % pour enfants sont financées par le FSV, sinon le montant de la soulte aurait été de de 9 milliards d'euros.

[3] Source Commission des comptes de la Sécurité sociale, *Les comptes de la sécurité sociale*, sept. 2010, p. 297, sept 2011, T. 2, p. 57.
En 2010 pour la CNAV : prestations payées aux IEG 1 530,6 M€ ; recettes reçues : soulte annuelle 309,4 M€, cotisations 909,1 M€ ; solde négatif de 312,1 M€.
Pour la CNIEG, CTA reçue de 1 093,5 M€ et les cotisations représentent seulement 43,3% de ses produits.

[4] 11,3 millions d'allocataires en 2010, 41,5 milliards d'euros de prestations nettes versées.

A) *Les acteurs de la politique familiale*

« *Les politiques sociales ressemblent aujourd'hui plus à un mille-feuille qu'à une mosaïque bien ordonnée* » pour une étude de 2008 de la Caisse nationale des Allocations familiales (CNAF)[1] qui note « *l'enchevêtrement des pouvoirs décisionnels* » entre État, Caisses d'Allocations familiales (CAF), conseils généraux et communes[2]. Un acteur ne saurait être oublié, le représentant national des associations familiales : l'UNAF.

1. La complexification des prestations familiales

La politique familiale est une **spécificité française** depuis les années 1930. La loi du 22 août 1946 a pour objectif d'aider par un « sursalaire » les familles en charge d'enfants (où souvent seul l'homme travaille), les allocations familiales représentent la moitié des dépenses du régime général en 1948 (3,5% du PIB). La conception est familialiste[3] (et démographique) avec une redistribution horizontale (des personnes sans enfant vers les familles).

Dès les années 1970, les difficultés de financement et les évolutions sociétales font évoluer le modèle par le « **ciblage des prestations** » attribuées le plus souvent sous conditions de ressources, avec une redistribution plus verticale (des plus aisés vers les plus modestes) ; à enveloppe constante, il s'agit d'en améliorer l'efficacité (en conservant la finalité nataliste) par la sélection des besoins et des bénéficiaires.

La croissance du travail des femmes entraîne la création de l'allocation de frais de garde ; celle du chômage la substitution de la notion de résidence à celle de l'activité professionnelle aboutissant à la généralisation des prestations familiales au 1er janvier 1978. En 1981 la gauche au pouvoir augmente de 25 % les allocations familiales. La politique familiale redevient plus libérale avec le « Plan famille » de 1986[4]. La loi « Veil » du 25 juillet 1994 (« *loi famille* ») veut concilier vie familiale et professionnelle (objectif constant depuis). Le Plan Juppé met en place des mesures d'économies et de gestion[5].

La montée de la précarité amène l'État à confier aux CAF le paiement de **prestations de solidarité** pour le compte d'autrui : allocations logement, allocations aux handicapés, revenu minimum d'insertion (RMI) remplacé par le revenu de solidarité active (RSA) à compter de

---

[1] CNAF, 2008, revue citée.
[2] Les communes contribuent à la prise en charge des structures collectives d'accueil des enfants.
[3] « *Le familialisme peut être défini comme une forme d'action collective, marquée par l'hypertrophie de la raison familiale dans la conception et dans la conduite des affaires publiques, bien au-delà de la seule sphère domestique ou des prestations familiales* ». M. CHAUVIÈRE, 2010, article cité, p. 78.
[4] Loi du 29 déc. 1986 : Allocation de garde d'enfant à domicile, sans conditions de ressources.
[5] Gel des prestations familiales en 1996, indexation des prestations sur les prix et non plus sur les salaires, transfert à la CNAF de la gestion des prestations servies par l'État et les entreprises publiques.

juin 2009[1]. Par ailleurs, est à noter, depuis 2006 le renforcement des contrôles et de la lutte contre les fraudes (contrat de responsabilité parentale : suspension des allocations familiales, contrôle de train de vie) et l'adaptation aux modes de vie[2].

L'État définit les prestations (et le quotient familial en matière fiscale). Les réformes sont impulsées par les gouvernements[3] notamment à l'occasion des alternances politiques et des campagnes électorales (présidentielles aujourd'hui). Avec des moyens limités, son action « *tend à se concentrer sur la régulation financière des dispositifs* » car il « *n'occupe pas la place centrale dans la mise en œuvre des politiques à destination des familles* »[4].

Il doit prendre en compte les mouvements familiaux dans sa politique familiale.

2. Le néo-corporatisme de l'UNAF

L'Union nationale des associations familiales (UNAF) et les unions départementales (UDAF), qu'elle regroupe interviennent dans la politique familiale et la gestion de caisses, étant représentées dans la plupart de leurs conseils d'administration. D'où leur vient ce rôle ?

Une **ordonnance du 3 mars 1945** annule la loi dite « Gounot » de 1942 mais en reprend les dispositions[5]. Depuis l'UNAF et les UDAF[6], sont habilitées à « *représenter officiellement auprès des pouvoirs publics l'ensemble des familles* »[7] ayant un monopole en la matière et un « fonds spécial », ce qui leur donne, pour la Cour des comptes, « *une place tout à fait exceptionnelle dans le paysage institutionnel français* ».

L'examen de l'influence de l'UNAF, « *lobby officiel* »[8] éclaire l'évolution de la politique familiale depuis 1945[9].

---

[1] Élaboré par Martin HIRSCH, loi n° 2008-1249 du 1er déc. 2008. Le RSA « socle » est financé (comme l'aide sociale à l'enfance, la protection maternelle et infantile) par les conseils généraux, le RSA « activité » par l'État.

[2] Par exemple partage des prestations en cas de résidence alternée de l'enfant.

[3] La création de l'allocation de parent isolé résulte du président Giscard d'Estaing qui a demandé à sa ministre Mme Veil de préparer des « lois famille » après la loi sur l'IVG. C. HELFTER, 2010, article cité.

[4] « *il n'existe pratiquement pas de services en charge de les mener au plan local. S'il y a dans les gouvernements un ministre chargé de la famille, il n'y a pas de ministère de la Famille* ». P. PENAUD *et al*., 2011, ouvrage cité, p. 411.

[5] Art. 2 2° de la loi n° 1107 du 29 déc. 1942 *relative aux associations familiales*, qui leur donne la représentation des familles. L'ordonnance n° 45-233 du 3 mars 1945 dans une rédaction similaire (article L. 211-3 CASF) confirme cette représentation pour l'UNAF (qui remplace la Fédération Nationale des Familles) et les UDAF.
Le Conseil constitutionnel saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité par *l'Union des familles en Europe* contestant ce « monopole absolu » de représentation a décidé de la conformité à la Constitution de l'article L 211-3. Conseil constitutionnel, Décision n° 2010-3 QPC du 28 mai 2010, JO 29 mai 2010, p. 9730.

[6] Les associations peuvent adhérer aux UDAF et à des mouvements nationaux (vingt-six dont sept fédérations généralistes) qui adhérent à l'UNAF ; elles ont la capacité juridique des établissements d'utilité publique.

[7] Article L211-3 CASF. Elles peuvent donner des avis, proposer les mesures sur les questions familiales, gérer des services confiés par les pouvoirs publics, se porter partie civile quand l'intérêt des familles semble menacé.

[8] M. CHAUVIÈRE, 2010, article cité, p. 73.

[9] L'analyse de son « *rôle et du cadre néo-corporatiste dans lequel elle s'insère permet d'expliquer l'inscription durable du familialisme dans le système de protection sociale en France* ». J. MINONZIO, J.-P. VALLAT, 2006, article cité, p. 206. Source principale de l'examen du rôle de l'UNAF qui suit.

L'**expression unique des intérêts familiaux** correspond aux principes du modèle familial de 1945. Après 1970, les gouvernements recherchent le label « familialiste » de l'UNAF[1], « *acteur plutôt ouvert aux réformes, avec qui il est possible de faire alliance pour contourner* » les syndicats opposés à la remise en cause de l'universalité. Mais au cours des années 1980, « *l'échange avec les pouvoirs publics se vide de sa substance* » par son déficit de propositions et l'influence nouvelle de « l'élite du Welfare » prônant la sélectivité des prestations et attentive à la contrainte financière[2].

Le cadre de négociation de la politique familiale va être redéfini à la suite de la crise de 1997 et transformer le « *pouvoir de veto* » de l'UNAF en un « *nouvel échange politique* ». Le Plan Juppé prévoyait l'intégration des allocations familiales dans le revenu fiscal et le gouvernement Jospin les met sous conditions de ressources (signes « *de l'enracinement des principes défendus par les nouvelles élites administratives du social* »).

Cette remise en cause de l'universalité, non concertée, amène l'Union nationale des associations familiales à avoir un jeu complexe fait d'oppositions[3] et de rapprochement avec sa proposition substitutive, négociée avec le gouvernement, d'abaisser le plafond du quotient familial, mesure entérinée par la conférence de la famille de 1998. Ces nouvelles conférences lui ont permis d'inscrire des thèmes de réformes à l'agenda, de porter un familialisme actualisé à de nouveaux thèmes et à l'État d'affirmer son rôle de pilotage[4].

La gouvernance de l'Union nationale va à nouveau évoluer avec la **réforme du** « ***fonds spécial*** ». Atypique, créé en 1951, financé et versé par la CNAF et la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole, il était fixé par arrêté ministériel permettant son augmentation[5].

À la suite du rapport de 2004 de la Cour des comptes critiquant son absence de contrôle et la représentativité insuffisante du mouvement familial regroupant 740 000 familles[6], il est réformé[7]. Mais seulement 20 % du fonds sera lié à des actions définies depuis 2007 par une

---

[1] Le Président Mitterrand entretenait des relations étroites avec ses responsables. Intervenant devant son congrès le 21 novembre 1981, il annonce la tenue des conférences de la famille. Relayant la position de l'UNAF, il bloque les propositions de mise sous condition de ressources des AF formulées par l'élite du social.

[2] J. MINONZIO, J.-P. VALLAT, 2006, article cité, p 211.

[3] Manifestations d'une partie du mouvement familial, menace de *boycott* du gouvernement par ce partenaire.

[4] Le vote du budget des politiques familiales du Parlement par les LFSS, l'organisation annuelle des conférences à l'Hôtel Matignon symbolisent « *l'affermissement du pilotage des politiques familiales par l'État* ». *Id.*, p. 217.

[5] Et garantissait à l'UNAF plus de 80 % de ses ressources en 2002 (7,2 M€ sur 8,9). Le taux de prélèvement initialement de 0,03 % a été porté à 0,07 % en 1976, 0,1 % en 1988. Cour des comptes, *Rapport au Président de la République*, 2004, p. 343.

[6] La moitié des familles des sept fédérations généralistes aux « Familles rurales » (succédant à la Confédération nationale de la famille rurale, née de la Jeunesse agricole catholique, JAC, et de la Corporation paysanne).

[7] Par les lois du 20 déc. 2004 (LFSS pour 2005 ; montant de 24,3 M€ dont 19,4 M€ pour le fonctionnement, 70 % aux UDAF, 30 % à l'UNAF, 4,8 M€ pour les actions contractualisées), du 27 juin 2005 et par le décret du 29 déc. 2005 créant une commission d'évaluation et du contrôle de l'utilisation du fonds spécial.

convention d'objectifs avec le ministre chargé de la famille[1] ne mettant pas fin « *au privilège de financement qui garantit à l'UNAF des ressources pérennes et indexées dont l'essentiel assure le fonctionnement de ses structures* »[2].

Cette réforme, ne donnant aucun rôle aux financeurs, conforte l'autonomie de l'UNAF tout en lui permettant de mieux mobiliser les unions départementales des associations familiales (UDAF) par des actions contractualisées, de devenir un opérateur des politiques familiales et de développer sa présence dans les débats publics. Elle a su s'adapter, conserve une place éminente au Haut conseil de la famille signe de sa position privilégiée dans un système néo-corporatiste dans lequel « *le lobby est plus instrumentalisé dans le jeu démocratique qu'il ne le menace par son existence et par ses prises de position* »[3].

B) *La branche famille financeur et opérateur majeur des politiques familiales*

Nous examinerons comment sont mises en valeur les compétences de la branche famille et ce que devient la tradition de gestion décentralisatrice de la CNAF.

1. Une expertise de la CNAF insuffisamment prise en compte

Les cabinets ministériels se sont souvent appuyés sur l'expertise de la CNAF pour chiffrer les réformes et leur donner un contenu concret ; il en est ainsi pour le Plan famille de 1986, la loi famille de 1994[4], la mise en place du RMI en 1988[5], puis du RSA. La CNAF a joué un rôle important comme force de proposition dans l'évolution et la simplification des prestations familiales, notamment par sa politique de recherche[6] (active dès l'origine et examinant les évolutions des problématiques familiales et sociales).

La COG 2005-2008, plus ambitieuse que les précédentes, a comme premier thème pour la branche famille d'être « *acteur de la politique familiale* » : son article premier dans le cadre

---

[1] D'autre part entre l'UNAF et chaque UDAF (sur la base d'une convention type), 80 % restent sans contrôle.

[2] Cour des comptes, rapport public annuel 2007, partie II, 8 fév. 2007, p. 92. Dans sa réponse, p. 99, le président de l'UNAF considère « *que son mode de financement constitue un mode de régulation de la vie sociale* ».

[3] M. CHAUVIÈRE, 2010, article cité, p. 77. « *C'est un système néocorporatiste, puisque c'est l'État qui a accordé le monopole de la représentation des intérêts familiaux à une unique organisation fédérale. Cependant, son pluralisme interne et le fait que nulle famille n'est obligée d'adhérer à ce type de mouvement en modulent singulièrement la portée* ». Voir aussi, D. MARCILHACY, 2007, article cité, titre : « L'UNAF ou les vicissitudes du corporatisme ».

[4] Source : P. HASSENTEUFEL *et al*., 1999, rapport cité, p. 211-231.

[5] « *Sa construction, dans laquelle la branche Famille a été largement impliquée, aura été « largement hétérodoxe … c'est en partie l'élaboration concrète de l'imprimé de demande de la prestation qui a structuré le dispositif* ». Sur l'opportunité pour la CNAF de se porter candidat à sa gestion, son Conseil d'administration était opposé à l'application de tout critère de ressources aux prestations familiales et à voir la politique familiale basculer dans la politique sociale. Source : P. STECK, 2010, article cité, p. 142.

[6] « *qui permet à la CNAF de compenser, au moins en partie, sa position institutionnelle subordonnée par rapport aux ministères de tutelle (Affaires sociales, budget)* ». J. MINONZIO, 2005, article cité, p. 405.

de « *la contribution de la branche famille à la conception et à l'évaluation des politiques mises en œuvre* » affirme sa volonté de réflexion à l'horizon 2015. En liminaire des « *Travaux de prospective sur l'environnement de la politique familiale* », réalisés en 2004-2005 par un groupe de travail CNAF-CAF, le Conseil d'administration de la CNAF met en avant son rôle et sa neutralité politique[1].

Le « *dossier d'étude n° 100* » de la CNAF envisage « ***la politique familiale demain*** » à partir des variables influant sur la politique familiale[2] examine les interventions actuelles (ou envisageables) des CAF en fonction des bénéficiaires (petite enfance, enfance-jeunesse, jeunes adultes, logement et insertion) au travers de **quatre scénarios** « exploratoires » :

- dans l'hypothèse de tensions accrues de financement et de situation économique morose, un premier scénario « *tendanciel* », consisterait en ajustements paramétriques, sans réforme en profondeur du système de protection sociale. D'où « *un repli mécanique* » de la politique familiale et des économies en « bricolant » et rognant sur l'ensemble des prestations sociales et particulièrement sur les coûts de gestion et l'organisation (regroupement d'organismes au sein d'un département voire d'une région, mise en place de « guichets uniques ») ;

- avec la même hypothèse, le troisième scénario, *« une politique familiale contestée »* considère que des arbitrages défavorables pourraient remettre en cause l'universalité des allocations et revenir vers des logiques d'aide sociale ciblées sur les familles à bas revenus[3] ;

- au contraire, dans un contexte plus favorable (scénario 4), les choix en faveur d'une *politique familiale rénovée* (à la légitimité réassurée) privilégient la prévention (investissements vers les enfants) plutôt que le curatif (politiques sociales pour les adultes)[4] ;

- dans l'hypothèse d'indicateurs « au vert », le deuxième scénario table sur « *la reprise d'une dynamique vertueuse pour les dépenses publiques en direction des familles et des enfants, perçues comme des dépenses préparant l'avenir* ». « *Il suppose en amont la conduite de politiques publiques très volontaristes, impliquant des réformes en profondeur* » : remise à

---

[1] « *L'exercice de prospective permet aux administrateurs de rappeler leur souhait de s'affirmer comme acteurs de la politique familiale par une gouvernance indépendante des enjeux politiques électoraux, garantie d'une politique inscrite dans la durée* ». CNAF, document cité, 2007, p. 12, texte voté par le CA du 3 avril 2007.

[2] vieillissement de la population (risque d'arbitrages entre risques sociaux), individualisation des comportements exigence d'efficience des politiques, montée en puissance des collectivités territoriales. CNAF, *Dossiers d'études*, janvier 2008, p. 274 s.

[3] Accent mis sur une politique active de l'emploi qui serait la plus efficace pour aider les couples à réaliser leur désir d'enfants *;* « *critiquer la socialisation des revenus, laisser aux solidarités familiales le rôle de la politique familiale* ». Le mode de prise en charge étant une affaire privée, les parents devraient se débrouiller. *Idem* p. 7.

[4] Fondé sur l'égalité des chances, ce modèle conduirait à l'individualisation des droits sociaux. « *Il pourrait s'ensuivre une politique familiale renforcée mais réformée, avec des priorités claires quant à ses domaines, voire même ses modalités d'intervention* » (développement d'un important tissu de services publics à la petite enfance, relayé par l'école et prestations monétaires de substitution du revenu permettant aux parents d'avoir les meilleures conditions économiques et sociales pour les enfants). *Ibid.*, p. 7.

plat renforçant l'articulation travail-famille, simplification des prestations avec une allocation centrale unique, identique quel que soit le rang de l'enfant et variable suivant les revenus.

Si le préambule de la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 qualifie toujours la branche famille d'« *acteur majeur de la politique familiale et* […] *reconnu des politiques de solidarité et d'insertion* »[1], n'y figure pas la trace des scénarios élaborés et, au contraire, il se montre prudent sur l'avenir[2].

2. La gouvernance de la CNAF, de la décentralisation à la RGPP

Alors que les CAF sont maintenues « provisoirement » en 1945, la loi du 21 février 1949 les confirme. Leurs CA, paritaires à l'origine, du fait de la présence des indépendants, comprennent aujourd'hui un tiers de représentants de salariés, un tiers d'employeurs et un tiers de la société civile (UDAF et personnalités qualifiées). Depuis l'UNCAF existait une tradition de **concertation** organisme national/locaux, les directions des CAF participant à de nombreux groupes de réflexion. La départementalisation réduit le nombre de Caisses à fin 2011 (date tenant compte de la fin des mandats des administrateurs). Les compétences sociales futures des collectivités territoriales seront déterminantes pour les circonscriptions des CAF, une plus grande régionalisation entraînera probablement celle des caisses.

Leur **action sociale** est importante : 3,8 milliards d'euros en 2012 (progression de 7,5 %/an de 2009 à 2012)[3], 22 % des effectifs de la branche[4]. Les CA la conduisaient avec une grande autonomie grâce à des dotations dites « libres d'emploi » dont la part régresse aujourd'hui.

La convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 veut « *offrir aux allocataires un service global* » associant les prestations légales et d'action sociale, avec une offre de service plus homogène et adaptée à la diversité des territoires. Ses priorités sont celles des pouvoirs publics : développer l'offre d'accueil des jeunes enfants, mettre en œuvre le RSA. S'inspirant de la méthodologie de la RGPP, ses missions et programmes[5] seront déclinés par chaque CAF dans un « schéma directeur territorialisé des politiques et du service à l'allocataire » et un socle national est défini pour les interventions d'action sociale et la qualité du service rendu.

Trois des quatre parties de la COG, concernent la gestion de la branche et accentuent le rôle de **pilotage de la CNAF** (même si elle prévoit d'« *associer les administrateurs locaux et*

---

[1] Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNAF 2009 - 2012, 65 p., citation p. 1.

[2] « *La signature de la présente COG intervient dans un environnement marqué par les incertitudes économiques et sociales. L'équilibre entre les charges, les objectifs et les moyens doit pouvoir être maintenu*. »

[3] Dont 70 % (2,7 Md€) pour l'accueil du jeune enfant. Source COG 2009-2012, annexe 4, p. 37.

[4] Soit 7 650 ETP. Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, sept. 2011, p. 389.

[5] Dix programmes pour quatre missions : aider les familles à concilier vie familiale et professionnelle ; les accompagner dans leurs relations avec l'environnement et le cadre de vie ; soutenir la fonction parentale, faciliter les relations parents-enfants ; créer les conditions favorables à l'autonomie, l'insertion sociale et professionnelle.

nationaux à la démarche objectifs/résultats »[1] portée par la COG). Le bilan de la convention d'objectifs et de gestion antérieure note « *une refonte majeure de la politique de maîtrise des risques* » suite au refus de certification des comptes de 2006 à 2008[2]. Sera expérimentée une « *présence déconcentrée au niveau régional* » : relais des politiques nationales, animation de la mutualisation[3], appui aux caisses par des expertises communes, aide aux caisses ayant des difficultés de production.

Rappelons que la RGPP concerne les CAF pour l'amélioration des rapports avec leurs allocataires[4] et à défaut de définir la politique familiale, s'intéresse à la garde d'enfant, thème donné par le Président Sarkozy au Haut conseil de la famille.

3. La branche famille prestataire de services mal rémunéré

Du fait de l'implantation des CAF et de leur gestion d'allocations sous condition de ressources, l'État leur a progressivement confié le versement d'autres prestations[5] pour le compte de tiers qui représentent 45 % des prestations versées et « *une part majoritaire de l'activité en raison d'une gestion plus lourde que celle des prestations familiales* »[6].

L'évolution des publics et des missions (couverture des personnes précaires) va entraîner des tensions internes et une **crise de légitimité** lors de la mise en place du RMI.

Les dimensions du « *registre de légitimité* » des CAF auraient été en 2001, des priorités et préoccupations principales de l'organisation passées de l'interne (vers les agents) vers l'externe (clients, usagers, fournisseurs, partenaires et notamment les Conseils généraux). Pour les agents cette évolution traduirait « *le passage d'un management bureaucratique et paternaliste axé sur une logique de service public à un management plus participatif* » et « *la dimension familiale, mission originelle des Caisses, se trouve « concurrencée » sinon affaiblie par la dimension sociale* […] *relative à la régulation de la précarité française* »[7].

La COG 2009-2012 affirme, p. 4, que « *si l'identité de la Branche est ancrée sur sa vocation familiale, cette coexistence des missions - être au service des familles et de leurs*

---

[1] Article 31 « ... *Les administrateurs doivent disposer de l'information nécessaire et notamment : des éléments utiles pour fonder le choix des objectifs ; des tableaux de bord marquant de façon régulière les principaux résultats ; des circulaires et de la documentation à caractère politique*. »

[2] « *Des indicateurs et des objectifs chiffrés ont été repris dans la COG pour mesurer la mise en œuvre du plan de maîtrise des risques* » (25 % du total des indicateurs de la COG). IGAS, 2009, rapport cité, p. 107.

[3] Le déploiement des mutualisations est défini au plan national pour l'éditique, la numérisation, la gestion de la paye, les achats, le contentieux, le traitement des prestations aux travailleurs migrants. Art. 23 de la COG.

[4] Compétence du 39-39 élargie aux renseignements des CAF, réduire de 30 % les temps d'attente, de traitement.

[5] Notamment allocation aux adultes handicapés, RSA « activité » et « socle » pour le compte des départements, aide personnalisée au logement et allocation de logement sociale.

[6] Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, sept. 2011, p. 412.

[7] S. BRAEM, 2001, thèse citée, p. 316, 317.

enfants et développer la solidarité envers les plus vulnérables - est aujourd'hui assumée et cohérente », mais le traitement du RSA en 2009 a dégradé la production et le service rendu.

Ces **prestations de services** sont le plus souvent effectuées sans rémunération (paiement « *tributaire d'une négociation au terme de laquelle, in fine, la décision appartient à l'État* »). La Cour des comptes considère comme indispensable « *l'inscription dans la loi du principe de la facturation obligatoire de frais de gestion sur la base du coût réel constaté* ». Et la « *situation actuelle qui fait prendre en charge la majeure partie de ces dépenses de gestion par la branche famille constitue un transfert de charges anormal* »[1].

La politique familiale poursuit des objectifs divers, démographie (avec efficacité pour l'incitation au troisième enfant), santé publique, scolarisation, politique du logement, de l'emploi, de lutte contre la pauvreté rendant le système moins « lisible » ; un spécialiste a écrit que « *la complexité des prestations masque trop les priorités* »[2]. Des ruptures sont assumées, d'autres avortées[3], ses bénéficiaires sont les familles modestes et aisées (par le quotient familial). Les difficultés financières, l'absence de remises en cause font de la politique familiale une **politique au fil de l'eau** en dépit des scénarios envisagés par la CNAF. La branche continue donc de verser des prestations complexes, aux finalités différentes (de sécurité sociale ou d'assistance) brouillant sa légitimité mais poursuit les objectifs des gouvernants : son action sociale en faveur de la petite enfance essaie de palier leur désengagement en matière d'accueil en classes maternelles.

§ 3 La branche recouvrement, percepteur du social

L'ordonnance du 4 octobre 1945 confie l'encaissement des cotisations aux caisses de sécurité sociale et non à l'État[4]. Plusieurs réformes ont fait évoluer les prélèvements sociaux pour élargir leur assiette (déplafonnement, CSG, FSV) et accompagner la politique de l'emploi par des exonérations de cotisations patronales (A). L'importance et l'équilibre financier de la Sécurité sociale nécessitent un encaissement adapté et performant piloté par la « caisse nationale » à la tête de la branche recouvrement, l'ACOSS (B).

---

[1] Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, sept. 2011, p. 426, 428. Pas de paiement aux CAF pour l'AAH, le RSA socle, les primes exceptionnelles. Pour l'APL et l'ALS, l'État verse 2 % du montant des prestations.
[2] P. STECK, 2002, article cité, p. 31.
[3] Ruptures assumées : décrochage de la politique familiale par rapport au PIB, passage du modèle femme au foyer au modèle couple ayant deux actifs, inversion des priorités sur les familles nombreuses, développement du bloc social par rapport au bloc familial ; ruptures avortées : reprise de l'évolution des dépenses de la branche, mise des allocations familiales sous condition de ressources. Source : *idem*.
[4] L'encaissement des assurances sociales était fait par les Services régionaux des assurances sociales dépendant de l'État. L'ordonnance de 1945 maintenait le contrôle des employeurs aux directions régionales pouvant les déléguer aux caisses primaires ce qui sera le cas. Source, J.-F. CHADELAT, 2008, article cité, p. 123.

A) *Des financements sociaux assis principalement sur les salaires*

Examinons la constitution des « charges » sociales encaissées par la branche recouvrement.

1. Des cotisations patronales en diminution car devenues progressives

La cotisation sociale constitue la ressource traditionnelle et à l'origine unique qui demeure la plus importante (deux-tiers des ressources du régime général). Assise sur les salaires, elle est contestée au plan économique quant au coût des charges salariales.

Pour Xavier Prétot, elle peut être définie comme « *affectée au financement d'un régime de sécurité sociale, son versement est la ou l'une des conditions d'ouverture d'une vocation à des prestations* ». Payées par les employeurs pour les quatre risques (et par les salariés en assurances vieillesse et maladie)[1], les cotisations patronales ont fait l'objet, pour favoriser l'emploi, de « niches sociales » (dépassant 20 % du montant de ces cotisations depuis 2007 et de l'ordre de 30 Md€ pour le régime général) prises en charge par l'État mais pas en totalité[2].

Ces niches concernent les exonérations sur bas salaires (et géographiques), si bien que nous pouvons parler de **cotisations progressives** : pour les rémunérations au SMIC, depuis la fin des années 1980, les cotisations patronales de Sécurité sociale sont tombées de plus de 33 % à 4,48 % du salaire brut et « *ne représentent plus que 21,6 % de l'ensemble des prélèvements sociaux effectifs à la charge des employeurs* »[3].

Globalement les cotisations patronales de sécurité sociale ont aussi diminué en 1990 contrairement aux cotisations salariales qui ont plus que symétriquement augmenté[4]. Mais, en dehors de la Sécurité sociale, les charges des employeurs ont progressé de près de quatre points sur les deux dernières décennies[5]. Le transfert de cotisations employeurs vers d'autres intervenants sociaux a donc été opéré au détriment du régime général.

2. La CSG, impôt ou cotisation ?

La contribution sociale généralisée (CSG), créée par loi de finances pour 1991, est une des « *impositions de toute nature* » et de ce fait de compétence parlementaire. Sa **nature**

---

[1] Taux de cotisations 2012 : à la charge de l'employeur, maladie 12,8 % des salaires, vieillesse 1,6 % (et 8,3 % sous plafond), famille 5,4 %, AT/MP variable (moyenne 2,38 %) ; à la charge du salarié, maladie 0,75 %, vieillesse 0,1 % (et 6,65 % sous plafond), plus, CSG 7,5 %, CRDS 0,5 %. Source : DSS, 2012, doc cité, p. 9.

[2] En 2009, part non compensée par l'État : 8,7 % (soit 2,6 Md€). Total des exonérations en Md€ : 29,9 dont allègements bas salaires 21 ; heures supplémentaires 2,8 ; publics particuliers 2,1 ; zones géographiques 1,5 ; emploi à domicile 1,5. Part des cotisations patronales exonérées : 20,8 %. ACOSS STAT n° 118, déc. 2010, 6 p., p. 1 et 2.

[3] DSS, 2011, document cité, p. 9.

[4] « *après avoir connu un point haut entre 1979 et 1983, avec un taux de 30,65 % sous plafond, le taux de cotisations patronales a été ramené à 27,8 % en 1990 (- 2,85 points), tandis que les cotisations salariales augmentaient de 3,4 points*. » P. PENAUD *et al*., 2011, ouvrage cité, p. 129.

[5] DSS, 2011, document cité, p. 10.

juridique est controversée : impôt pour le Conseil constitutionnel et le Conseil d'État, cotisation de sécurité sociale pour la Cour de Justice des Communautés Européennes.

Pour la CJCE en effet « *la CSG, contrairement aux prélèvements destinés à pourvoir aux charges générales des pouvoirs publics, est affectée spécifiquement et directement au financement de la sécurité sociale en France* »[1].

Le débat n'est pas seulement théorique, la CSG et la CRDS (contribution pour le remboursement de la dette sociale) considérées comme impôts justifient l'intervention de l'État dans la gestion de la Sécurité sociale au détriment des partenaires sociaux[2].

Son assiette est plus large que celle des cotisations (sur les revenus d'activité, de remplacement, du patrimoine et des jeux) d'où un recouvrement avant tout par les URSSAF et par l'État[3]. Si nous retenons une classification économique, 78 % de la CSG est prélevée sur la masse salariale[4] et si nous réaffectons chaque prélèvement à son assiette, la part des prélèvements sur les salaires demeure stable depuis 1990 (74 %)[5].

Les autres recettes sociales sont constituées des autres impôts et taxes affectés (**ITAF**)[6], dont l'affectation aux branches et régimes est très variable dans le temps.

Au total la structure des recettes du régime général est, en 2010, de 59 % de cotisations, 21 % de contribution sociale généralisée, 11 % d'impôts et taxes, 6 % de transferts, 3 % d'autres produits. Les « ménages » et les entreprises le financent chacun à 45 %, les administrations publiques pour 10 %[7].

Le régime général reste donc financé principalement **par ses assurés**, la part réellement fiscalisée est relativement marginale, contrairement à un lieu commun !

Est envisagée périodiquement de réformer les prélèvements sociaux : remplacement des cotisations par une TVA sociale[8], ou fusion de la CSG et de l'impôt sur le revenu. Ces deux réformes atténueraient la base professionnelle des prélèvements, délégitimant encore le rôle (déjà amoindri) des partenaires sociaux dans la gestion de la Sécurité sociale.

---

[1] CJCE, 15 fév. 2000, Aff. C34/98 [CRDS] et C 169/98 [CSG]. Arrêt C 169/98, point 35. « *34. …la CSG présente un tel lien direct et suffisamment pertinent avec les lois qui régissent les branches de sécurité sociale pour qu'elle puisse être regardée comme un prélèvement visé par l'interdiction de double cotisation* ».

[2] Sur le bulletin de salaire la CSG a remplacé des cotisations mais pour le salarié le résultat est identique

[3] Recouvrement URSSAF sur les revenus d'activité (taux : 7,50 %), de remplacement (retraites, pré-retraites, allocation chômage : 6,60 %) ; recouvrement État : CSG sur les placements, patrimoine (8,20 %), jeux (9,5 %).

[4] J.- F. CHADELAT, 2008, article cité, p. 134. Pour l'auteur, « *en matière de recouvrement et de contrôle, rien ne ressemble davantage à une cotisation que la CSG* » et le Trésor recouvre moins de 10 % de la CSG encaissée.

[5] M. ELBAUM, 2008, ouvrage cité, p. 371.

[6] En plus la C3S, les prestations à la charge de l'État (AAH, APL, ALS, …), subventions d'équilibre à certains régimes (SNCF, RATP, Ouvriers de l'État, Marins, Mines), les transferts FSV et les compensations financières.

[7] DSS, 2011, doc cité, p. 8 (et DSS 2012). Pour 2011, ménages 45,7 %, entreprises 45,3%, administrations publiques 9 %. Les produits consolidés du régime général sont de 292,1 Md€ en 2010 (et 302,8 Md€ en 2011).

[8] Notamment par « *L'Abécédaire des propositions de Nicolas Sarkozy* » p 128 et votée en 2012, voir supra p. 85.

B) ***La gouvernance hiérarchique de l'ACOSS***

La branche Recouvrement a pour mission d'encaisser auprès des employeurs privés et publics les cotisations et contributions destinées au régime général mais aussi à d'autres régimes de protection sociale (RSI, chômage) et de tiers (transport, fonds d'action de formation, etc.)[1], ce qui nécessite une relation de services avec ces partenaires. La diversité des cotisants s'est traduite par une spécialisation des tâches définie par l'ACOSS.

1. Le renforcement des pouvoirs de l'Agence centrale

À l'origine, les encaissements étaient effectués par des services communs aux Caisses primaires de sécurité sociale et aux CAF, quelques Unions assurant cette tâche avaient été mises en place dans les années 1950. Le décret du 12 mai 1960 prévoit que « des unions de recouvrement » se substituent aux caisses primaires de Sécurité sociale (CPSS) et aux CAF pour encaisser les cotisations. Elles deviendront par la suite les **URSSAF**, Unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

L'article 47 de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 précise que l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est « *chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différents risques* » relevant des caisses nationales et « *exerce à ce titre, un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement* ». Son conseil d'administration était composé de représentants en nombre égal des trois caisses nationales (et son président était nommé par décret)[2].

La **loi du 25 juillet 1994** lui donne des pouvoirs de Caisse nationale. Elle a pour rôle, « *en vue de clarifier la gestion des branches du régime général* » d'individualiser et de suivre la trésorerie de chaque branche, de centraliser l'ensemble des opérations des Unions de recouvrement et a la possibilité de « *recouvrer directement des cotisations et contributions* ». Son pouvoir de direction et de contrôle sur les URSSAF concerne la gestion de trésorerie, le recouvrement et le contrôle ; elle en « *propose et promeut* » les orientations, coordonne et vérifie leur mise en œuvre.

Ce **pouvoir de direction** de l'ACOSS ira croissant, notamment avec la LFSS pour 2004 qui lui donne pour rôle (art. L. 225-1-1 CSS) dorénavant de « *définir* » ses orientations de contrôle et de recouvrement, d'initier et coordonner des actions concertées des URSSAF en la

[1] Elle recouvre chaque année plus de 360 Md€ et les redistribue au régime général (88 % en 2008) et organismes pour lesquels elle exerce une fonction d'encaissement : RSI 2 %, FSV 3 %, CADES 1 %, autres régimes maladie 2 %, autres tiers 4 % : notamment Autorités organisatrices de transport (AOT), Fonds national d'aide au logement (FNAL), Institution de retraites complémentaires des employés de maison (IRCEM) et CNSA.

[2] Jusqu'à la loi n° 90-1068 du 28 novembre 1990 modifiant les dispositions sur les CA des organismes.

matière. La politique de recouvrement, qu'elle encadre, s'appuie sur des « socles communs de qualité » à toutes les URSSAF[1]. Elle assure l'application homogène de la réglementation, harmonise les positions des organismes par rapport aux cotisants[2], autorise leurs pourvois en cassation[3], attributions significatives d'un fonctionnement en réseau hiérarchisé, faisant fi de l'autonomie juridique des organismes de base mais protectrices des droits des employeurs.

De 2007 à 2010, l'ACOSS par ses « avances de trésorerie » devenues permanentes a financé des déficits « flottants » non transférés à la CADES[4].

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 encadre ses modalités d'accès sur les marchés financiers[5] et le Gouvernement transmettra chaque année au Parlement les résultats d'un audit contractuel sur la politique de gestion du risque de liquidité de l'ACOSS. Elle pourra, par convention approuvée par la tutelle, à titre exceptionnel et contre rémunération, consentir des avances inférieures à un mois aux autres régimes obligatoires de base et aux fonds. Elle devient un **banquier**, sous tutelle, de la protection sociale.

2. Spécialisation du réseau et régionalisation des URSSAF

Face une réglementation complexe, la spécialisation de l'offre de services par « clientèle » a pour objectif de simplifier la tâche des petits employeurs (moins de 10 salariés, particuliers et associatifs), le traitement des éléments salariaux étant effectué par des centres nationaux dans certaines URSSAF[6].

La convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 rénove l'ancienne procédure facultative de versement en lieu unique (VLU)[7] en rattachant les grandes entreprises (plus de 250 salariés) à 33 URSSAF dont 8 gèrent les très grandes entreprises (TGE plus de 2000 salariés). Ces dispositifs ont contribué à réduire le rôle des autres URSSAF et à faciliter leur fusion.

Cette convention met en place son **pilotage régional** par un comité régional des directeurs piloté par celui du chef-lieu de la région (disposant d'une enveloppe budgétaire régionale

---

[1] Les socles concernent les procédures de recouvrement amiable et forcé et sont suivis par des indicateurs COG.

[2] Article L. 243-6-1. CSS : un cotisant, face à des interprétations contradictoires d'URSSAF, peut solliciter son intervention ; elle peut donner une instruction aux URSSAF et en cas de non suivi se substituer à elles.

[3] La 2e chambre civile de la Cour de cassation a considéré dans deux affaires en 2007 qu'une URSSAF, partie à l'instance et ayant intérêt à agir, est recevable à se pourvoir en cassation, l'article. L 225-1-1 CSS n'assortissant pas d'irrecevabilité l'absence d'autorisation de l'ACOSS. P. COURSIER, 2011, ouvrage cité, p. 277.

[4] Situation rétablie depuis fin 2010 par un nouveau transfert à la CADES, voir supra p. 97.

[5] Titres de créance négociables ou emprunts de moins d'un an dans des établissements de crédit agréés dans un État membre de l'UE. Son programme d'émission sera approuvé chaque année par les ministres de tutelle.

[6] Centres nationaux du Chèque emploi service universel, Pajemploi, du Titre emploi service entreprise (trois), Chèque emploi associatif, Firmes étrangères. Ils sont assurés par des URSSAF. Pour la branche recouvrement fin 2009, plus de 7,7 millions de cotisants dont 1,9 millions d'employeurs privés et publics, 2,7 millions de travailleurs indépendants, 2,8 millions de particuliers employeurs. Elle emploie 14 000 agents.

[7] Les entreprises multi-établissements versant, à leur demande, les cotisations à une seule URSSAF.

votée par son CA). Elle fusionne les URSSAF infra-départementales en y associant leur conseil d'administration[1] et l'ACOSS « *encouragera les projets de mutualisation de postes de directeurs ou agents comptables entre deux organismes à l'occasion des renouvellements de postes* ». Le processus de restructuration était en marche.

Officiellement, pour mieux gérer les relations avec des partenaires régionalisés (RSI, Pôle emploi), la convention d'objectifs et de gestion 2010-2013, signée le 19 mars 2010[2], prévoit la création d'une URSSAF par région administrative avec un conseil d'administration unique. Cette restructuration territoriale est due à l'ACOSS plus qu'à l'État qui n'était « *pas demandeur de cette évolution* » ; sur cette COG il « *a concentré sa négociation sur les objectifs de réduction de postes* » (élément significatif des attentes réelles de la tutelle !)[3].

L'URSSAF régionale sera chargée du pilotage, du budget, de la politique de ressources humaines, les « établissements » départementaux de la production, des relations avec les cotisants notamment par des avis de « *conseils départementaux* » paritaires de 16 membres qui assurent le suivi de l'activité (recouvrement, contrôle, lutte contre les fraudes, qualité du service rendu) et l'instruction des recours amiables[4] (allongeant les délais de traitements). La régionalisation doit être terminée au 1er janvier 2014. La création des trois premières URSSAF régionales intervient au 1er janvier 2012 après en 2011 des expérimentations pilotes par des « directeurs préfigurateurs » : l'opération, moins précipitée que la fusion des caisses du Régime social des indépendants, évite de froisser les partenaires sociaux. La réorganisation du réseau s'accompagne de la mise en place, en 2010, d'un Schéma directeur national des Ressources humaines[5], significatif du nouveau rôle de l'ACOSS dans ce domaine.

3. La branche au service des cotisants et de ses partenaires

Tenant compte de la difficile mise en place de l'interlocuteur social unique, la COG 2010-2013 prévoit la définition d'une stratégie d'**offre de services** pour améliorer le service rendu aux institutions partenaires et mieux répondre à leurs attentes : principalement pour le Régime social des indépendants et Pôle emploi dont les URSSAF encaissent les cotisations chômage

---

[1] Les fusions dans dix départements s'étalent sur trois ans (2008-2010). L'ACOSS a souhaité que les arrêtés de fusion, pris avec effet différé, soient demandés par délibération de chaque CA local. Source, IGAS, 2009, p. 142.

[2] Avis favorable du CA à la COG par quinze voix pour (MEDEF, CGPME, UPA, trois personnalités qualifiées), dix contre (CFTC, CFE/CGC, CGT, FO), la CFDT et une personnalité qualifiée ne prenant pas part au vote.

[3] « *Si l'État a accepté la réforme, il a* […] *souvent discuté certains de ces éléments fondateurs originaux et notamment l'articulation entre le niveau régional et départemental* ». N. LE BELLEC, 2012, article cité, p. 111.

[4] Par des instances paritaires constituées au sein des conseils départementaux, composées de dix membres. Décret n° 2011-1079 du 8 septembre 2011 portant création de conseils départementaux au sein des URSSAF, JO du 10 septembre 2011.

[5] Comprenant cinq axes : recrutement et gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ; un employeur responsable ; la formation professionnelle ; le pilotage des politiques RH ; accompagner l'évolution des réseaux.

depuis 2011 et assuraient précédemment leur contrôle (vérifications que l'AGIRC-ARRCO leur déléguera aussi en 2013).

Au-delà des procédures de recouvrement amiable et de la sécurisation juridique des cotisants[1], la COG 2010-2013 veut développer une politique de **prévention** par des plates-formes téléphoniques d'information, la détection en amont des anomalies des déclarations. Parallèlement sont renforcés le contrôle - contrepartie d'un système déclaratif - et la lutte contre les fraudes et le travail dissimulé déjà très présents dans la COG précédente (contrôle par échantillonnage, mise en place d'un réseau de référents régionaux) et dans les LFSS[2].

La branche a joué un rôle majeur d'**amortisseur de la crise économique** de 2008. Pour répondre aux demandes de délais de paiement des entreprises et anticiper leurs difficultés financières au-delà des instances habituelles[3] une organisation réactive a été mise en place (coordination de réponse entre organismes de protection sociale et services des finances)[4].

La **circulaire ministérielle** du 23 mars 2009[5] donne aux URSSAF des instructions[6] pour traiter les demandes de délais de paiement des cotisants qui dérogent aux conditions traditionnelles[7] : réponse dans des délais rapides, possibilité de demande par anticipation (avant la date d'échéance des cotisations), remise automatique en 2009 des majorations de retard de 5 % (si respect du plan d'apurement). Par dérogation à l'article R. 243-21 CSS, l'employeur peut obtenir des délais en l'absence de versement de la part salariale s'il s'engage à la verser dans le mois suivant l'échéance.

De même, dans le cadre du plan de relance, annoncé le 4 décembre 2008 par le Président de la République, une circulaire dite « Woerth » du 27 août 2009 assouplit, jusqu'au 30 juin 2010, les règles d'octroi des délais de paiement par les Commission des Chefs de Services Financiers pour les entreprises affectées par la crise[8], qui bénéficieront d'une « *remise*

---

[1] Traduite par des dispositions inspirées du droit fiscal, notamment le rescrit social et la création du comité des abus de droit en matière de prélèvements de sécurité sociale. L'ACOSS a établi une charte du cotisant contrôlé. Sur la critique du dispositif du rescrit social voir P. COURSIER, 2010, article cité, p. 4 à 8 et sur le contrôle URSSAF voir P. COURSIER, B. PLATEL, *dir.*, 2011, ouvrage cité.

[2] La LFSS pour 2008 renforce les sanctions du travail dissimulé : redressement sur la base de 6 Smic mensuels si méconnaissance de la rémunération versée, remboursement des réductions et exonérations des cotisations.

[3] Notamment la Commission des chefs de services financiers, le CODEFI (comité départemental d'examen des problèmes de financement des entreprises).

[4] Réseau de référents ; informations à un million de destinataires ; espace internet, numéro de téléphone dédiés.

[5] Circulaire DSS/5C/2009/83 signée par le ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique.

[6] Une réunion nationale le 23 mars 2009, en présence du ministre du Budget, a rassemblé des présidents, vice-présidents, directeurs d'une Urssaf par région et permis de présenter les actions mises en œuvre et au ministre du Budget de rappeler les instructions aux Urssaf. Source : Communiqué de presse ACOSS, 23 mars 2009.

[7] Dette exigible et réelle, paiement des parts salariales, des frais de procédure, intégration des majorations de retard.

[8] Notamment pas de seuil minimum de saisine de la Commission des Chefs de Services Financiers (CCSF), durée des plans pouvant dépasser vingt-quatre mois, voire trente-six mois dans des cas exceptionnels.

gracieuse d'office » des majorations de retard « *dès lors que la totalité du principal de la dette aura été remboursée* ». Ces directives ont été prorogées jusqu'au 30 juin 2011 puis jusqu'à fin 2012[1]. Les instructions de recouvrement, éventuellement dérogatoires à la réglementation, émanent donc, crise oblige, du ministre des Comptes publics[2].

La branche obtenait traditionnellement de très bons résultats d'encaissements spontanés. Les « **restes à recouvrer** » des employeurs du privé se sont dégradés en 2009 suite à la crise (1 %) et rétablis en 2010 (0,8 %) sans revenir à leur niveau antérieur[3].

La branche recouvrement est donc le percepteur (et banquier) du social au rôle croissant et encadré qui reste efficace. La gouvernance de l'ACOSS, se voulant participative, est de plus en plus hiérarchique et restructure rapidement son réseau. La crise économique met en avant le rôle de donneur d'ordre du ministère du budget, ce qui interroge sur celui joué réellement par les partenaires sociaux (exception faite du MEDEF dont nous noterons qu'il est revenu rapidement dans les conseils d'administration de la branche et préside, après l'UPA - Union professionnelle artisanale - l'ACOSS depuis la fin 2011)[4].

§ 4 L'accompagnement des caisses nationales, nouveau rôle de l'UCANSS

Les personnels des caisses de sécurité sociale, de droit privé, sont pour leur très grande majorité[5] (et y compris dans les caisses nationales, établissements publics administratifs) régis par une convention collective nationale atypique négociée par l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, l'UCANSS (A). Nous examinerons en quoi sa nouvelle gouvernance de 2002 limite la place des partenaires sociaux au profit des directions des caisses nationales (B).

---

[1] Par circulaires ministérielles des 22 juillet 2010 et 23 janvier 2012 (dite « Pécresse »). Elles rappellent aux comptables publics « *que leur responsabilité personnelle et pécuniaire ne pourra être mise en jeu du fait des décisions prises par la CCSF sur ces bases dérogatoires* ».

[2] Dans le cadre d'une adaptation du réseau au contexte économique et de prise en compte des contraintes pesant sur les entreprises, l'ACOSS a diffusé à plusieurs reprises des consignes spécifiques s'appliquant soit à un secteur d'activité particulier affecté par la crise, soit à une zone géographique particulière touchée par des intempéries : exemples, tempête Xinthia (février 2010), agences de voyage (volcan islandais en 2010, Tunisie et Égypte, 2011).

[3] 0,73 % en 2008, 0,61 % en 2007. Sources DSS, 2011, doc cité, p. 39 (pourcentages hors contrôle).

[4] Le candidat du MEDEF revenu en 2005 à l'ACOSS avait été battu à la présidence du CA en octobre 2006 par le sortant UPA, Pierre BURBAN, « *dont le bilan était unanimement salué, avait été soutenu par la CGT, qui prenait la vice-présidence, et la CGPME s'était abstenue au grand dam du Medef* ». *Les Échos*, 25 juillet 2011, p. 3.

[5] Au 31/12/2011, l'effectif est de 162 233 agents dont 155 401 en contrat de travail à durée indéterminée. 98,9% (160 461) sont des personnels sous convention collective (1 730 non convention collective et 42 de la fonction publique). Le nombre d'agents en CDI sous convention collective (154 503) a diminué de 8,6 % par rapport à 2003 (169 120). UCANSS, *Le personnel des organismes de sécurité sociale, Situation au 31/12/2011*, avril 2012, 42 p., p. 5, 6.

A) *Un rôle d'employeur atypique*

Ce rôle d'employeur paritaire et national d'abord fédéral va ensuite émaner de la loi. Puis il va être mis à mal par plusieurs crises au sein du conseil d'administration.

1. D'une fédération de caisses de base à une « délégation » des caisses nationales

Les **conventions collectives nationales** (CCN) des organismes de sécurité sociale seront longtemps « *l'expression et le symbole de l'unité de l'institution* »[1]. Elles étaient signées d'une part par l'employeur émanant des caisses de base (la Fédération nationale des organismes de sécurité sociale, FNOSS avec plus tard l'Union nationale des caisses d'allocations familiales, UNCAF) et d'autre part, par les fédérations syndicales représentants des salariés. En 1946, lors de la négociation de la première convention, la Confédération générale du travail préside la FNOSS et est majoritaire dans la représentation salariée, d'où « *la confusion des acteurs et des rôles* ».

Leur particularité est que, suite au décret du 12 mai 1960, elles « *ne deviennent applicables qu'après avoir reçu l'agrément du ministre* »[2]. Il a pu en résulter des refus d'agrément alors que l'État n'était pas vraiment absent des négociations[3]. Notons que les Accords nationaux interprofessionnels (ANI) ne s'appliquent pas au régime général non adhérent au MEDEF.

Les accords locaux soumis à la même procédure d'agrément n'ont jamais été nombreux, la convention collective fonctionnant comme un quasi-statut[4].

Après la promulgation de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967, les caisses nationales, établissements publics administratifs, ne pouvant pas négocier de CCN ni recevoir délégation des caisses de base, la **loi de ratification** n° 68-698 du 31 juillet 1968 crée l'UCANSS, Union des caisses nationales de sécurité sociale[5]. Cet organisme national de droit privé soumis à la tutelle de l'État « *a, dès l'origine, le caractère d'une pièce rapportée dans un édifice d'abord pensé sans elle* »[6] et la FNOSS et l'UNCAF sont dissoutes. Cette loi prévoit que les Caisses nationales « *peuvent confier à une union des Caisses nationales des tâches communes sur*

---

[1] M. FONTAINE, 2007, ouvrage cité, p. 15. Mme Fontaine a été Directeur de l'UCANSS.

[2] Art. L123-1 CSS. La loi du 11 février 1950 avait supprimé l'agrément des conventions collectives. Il est prévu pour les CCN par les articles L. 123-1 (personnel), L. 123-2 (agents de direction), L. 123-2-1 (praticiens conseils) du code de la sécurité sociale.

[3] Les « *services de l'État* […] *suivent intensément les évolutions des propositions de l'employeur tout au long de la négociation*. » M. FONTAINE, 2007, ouvrage cité, p. 277.

[4] « *Pour l'employeur national, l'engagement des partenaires syndicaux est un facteur de renforcement de la synergie du réseau, les Directions ayant ainsi moins à composer avec les spécificités locales* ». *Idem* p. 40.

[5] Le CA adopte les statuts de l'UCANSS lors de sa première réunion le 6 novembre 1969. Il sera présidé par un représentant du CNPF, la vice-présidence revenant à FO depuis 1976 (jusqu'en 2012, vice-présidente CGC).

[6] « *Une fois les ordonnances promulguées … l'on découvre, en même temps que les nouvelles caisses nationales ne peuvent négocier et conclure des conventions collectives de droit privé* ». *Ibid.*, p. 80.

délégation de leur conseil respectif ». Mais cette disposition est juridiquement contestable en ce qui concerne la délégation de négociation de la convention collective[1].

L'employeur du personnel est à la sécurité sociale la caisse locale. L'UCANSS joue ce rôle au niveau national par l'actualisation de la convention collective dont elle était garante, « *le patronat, l'État et les organisations syndicales « réformistes » partageaient une forte volonté de centralisation du dialogue social au niveau national* »[2] et ce « **tripartisme** » a fonctionné de « *manière productive car la base était* politique *: pouvoir politique, pouvoirs syndicaux* »[3].

2. Les crises au sein du conseil d'administration

Une première crise survient en **1990** à la suite de l'intervention de l'État dans la politique conventionnelle. L'opposition ministérielle sur les rémunérations entraîne à l'UCANSS la démission du président et du groupe employeur en juin 1990, puis en septembre de la CFDT et de la CFE-CGC, empêchant le conseil d'administration de fonctionner, faute de quorum.

Après une mission de concertation confiée par le ministère à un IGAS, le MEDEF et les syndicats (sauf la CGT) signent un accord le 5 décembre 1990[4] (dans lequel ils « *renouvellent leur attachement au maintien d'une* [UCANSS] *et d'une CCN unique* ») puis un « relevé de conclusions » le lendemain, avec le ministre des Affaires sociales : le tripartisme reprend vie. À sa suite, la loi du 18 janvier 1991 prévoit une représentation paritaire des administrateurs salariés et employeurs et la présence au Conseil d'administration des présidents et vice-présidents (n'appartenant pas au même collège) des caisses nationales[5]. Le nouveau président installé en mars 1991 veut « *réaliser le passage d'un état d'administration du personnel à une gestion des ressources humaines permettant de faire face aux défis de demain* »[6]. Les années 1990 verront des textes conventionnels novateurs : classification des emplois, formation professionnelle, retraite complémentaire intégrée à l'AGIRC-ARRCO[7].

---

[1] « *Nous voici donc en présence d'un organisme né de l'impossibilité des caisses nationales de produire valablement du droit conventionnel et instauré délégataire, de la part de ces mêmes caisses nationales, précisément de ce pouvoir qu'elles ne détiennent pas !* ». *Ibid.*, p. 82.

[2] *Ibid.*, p. 85, « *Les organisations syndicales, mis à part certains responsables de la CFDT, ont toujours été assez unanimement partisanes d'une centralisation au niveau national du dialogue social* » (p. 88).

[3] *Ibid.*, p. 90.

[4] Il prévoit la composition du CA (neuf salariés, neuf employeurs, huit des caisses nationales) et de nouvelles instances : Comité consultatif des directeurs des caisses nationales, Commission sociale technique, Observatoire de l'évolution de l'emploi et des compétences. Source M. FONTAINE, 2007, ouvrage cité, annexe.

[5] Art. 29 loi n° 91-73 *portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales*, JO 20/01, p. 1053. Antérieurement le CA représentant les caisses nationales comprenait 3/5 de salariés et 2/5 d'employeurs.

[6] Source : UCANSS, *La décennie 90, 40 ans*, n° 3, janvier 2011, 24 p., p. 5, 6.

[7] Protocole d'accord du 14 mai 1992 sur la classification des emplois (fonction du contenu des activités) toujours en vigueur ; Accord de branche du 24 juin 1993 sur la formation professionnelle ; Protocole d'accord du 24 décembre 1993 sur les régimes de retraites complémentaires et de prévoyance, supprimant le régime résultant de la convention collective nationale de Prévoyance du 12 décembre 1947. Source, *Idem*, p. 7, 9.

L'échec de la négociation sur la réduction du temps du travail en **2000** entraîne une nouvelle crise du paritarisme, le départ du MEDEF, de la CGPME du conseil d'administration et l'absence de l'UPA bloquant son fonctionnement[1].

Cette négociation sera donc menée par les caisses de base, « *première historique* » dont l'importance est à relativiser. En effet, « *la préoccupation immédiate est de cadrer l'apparente liberté des échelons locaux* » par une « *lettre de cadrage* », idée du ministre, adressée aux caisses par les caisses nationales[2].

Cet épisode a en germe les « ingrédients » de l'évolution du rôle de l'UCANSS et des caisses nationales par rapport à la GRH des caisses de base[3].

B) *La nouvelle gouvernance de l'UCANSS*

Cette gouvernance va donner un rôle majeur aux directions des caisses nationales qui vont commanditer à l'UCANSS une politique de gestion des ressources humaines conforme à leurs attentes.

1. Une gouvernance préfiguratrice de celle de la CNAM

Le dysfonctionnement du conseil d'administration va entraîner sa disparition. Une mission est encore confiée à un inspecteur général des affaires sociales, M. Michel Laroque, qui propose quatre scénarios, dont un sera retenu. La réforme intervient par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002[4]. Par son article 75, l'UCANSS « *exerce pour le compte* » des caisses nationales « *des tâches qui leur sont communes* » (art. L. 200-2 CSS).

Cet article lui attribue les « *tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines du régime général* » et la négociation et conclusion des conventions collectives nationales sans délégation, comme antérieurement, des Conseils d'administration nationaux. Cette attribution légale légitime l'Union et met fin à « *la lutte de pouvoir* » que se livraient, « *avec une*

---

[1] Négociation aboutissant à un projet en juin 2000 qui « *échoue sur la proposition provocatrice de la part du Medef d'inclure dans l'accord, une clause de réduction de l'avancement à l'ancienneté* ». Le Conseil d'administration du 20 octobre 2000 met en minorité le président sur le projet, les représentants du MEDEF et de la CGPME (Confédération générale des petites et moyennes entreprises) démissionnent ensuite (UPA : Union professionnelle artisanale). M. FONTAINE, 2007, ouvrage cité, p. 95.

[2] « *Le ministère, les fédérations syndicales, les confédérations consultées pour la circonstance par le ministre, les directions des caisses nationales, tous ces acteurs qui s'étaient entendu par le passé pour éviter la négociation locale, s'accordent pour donner le feu vert à l'ouverture de plus de 600 négociations* ». *Idem*, p. 96.

[3] légitimité des caisses nationales à donner des directives aux caisses locales pour gérer les rapports collectifs de travail ; injonctions aux directeurs alors que les conseils d'administration sont seuls compétents pour négocier ; UCANSS support technique ; validation préalable des solutions retenues avec les pouvoirs publics ; contrôle étroit des accords locaux aux contenus uniformisés ; complémentarité des directives des caisses nationales et des contrôles de la tutelle pour délivrer l'agrément traduisant leur coopération. *Ibid.*, p. 97 s.

[4] LFSS n° 2001-1246 du 26 déc. 2001 et décret du 6 mars 2002. La loi modifie l'article L. 216-3 CSS permettant aux organismes nationaux de se grouper en unions ou fédérations.

intensité croissante depuis 1967, l'Ucanss et les caisses nationales, à propos de la gestion des ressources humaines »[1].

Les caisses nationales pourront lui confier d'autres missions mais, nouveauté, l'État pourra également le faire dans les mêmes domaines[2].

La nouvelle gouvernance de l'UCANSS distingue :

- un « **conseil d'orientation** » associant, comme dans l'ancien conseil d'administration, partenaires sociaux et présidences des caisses nationales[3]. Il définit les orientations générales de la gestion des ressources humaines du régime général, donne son avis (depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008) sur les orientations de la convention d'objectifs et de gestion, arrête le programme de la négociation collective[4], nomme les cadres dirigeants, approuve le budget mais sur proposition du « comité exécutif » (dit « Comex ») ;

- le « **Comex** », composé des quatre directeurs des caisses nationales (et de quatre directeurs locaux, un par branche), donne mandat au directeur pour négocier et conclure les accords collectifs nationaux[5] qui deviennent exécutoires sauf opposition du conseil d'orientation mais à la majorité des trois-quarts (et après agrément ministériel).

C'est donc ce Comex – de fait les directions des caisses nationales – qui détient donc l'essentiel du pouvoir de la négociation dévolu antérieurement au CA. Il va en résulter un renouveau conventionnel, accepté par les fédérations syndicales, notamment par trois protocoles d'accord du 30 novembre 2004 (dont l'un modernisant la classification de 1974)[6] qui « *ont, dès l'ouverture des négociations, été placés dans une série de contraintes financières* » (déclinées par caisses nationales et conformes aux différentes COG)[7].

D'autre part, un protocole d'accord du 3 décembre 2002 met en place une « **instance nationale de concertation** » (INC) réunissant caisses nationales et fédérations signataires de

---

[1] M. FONTAINE, 2007, ouvrage cité, p. 75.

[2] *missions sur les questions relatives aux conditions de travail du personnel, ou sur tout sujet de fonctionnement des organismes d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières*. Art. L. 224-5 CSS.

[3] Vingt-quatre membres : huit représentants des salariés (CGT, CGT-FO, CFDT : deux, CFTC, CGC : un), huit employeurs et les huit présidents et vice-présidents des caisses nationales. Jusqu'en 2012, seuls siègent deux représentants de l'UPA, dont un présidait Conseil d'orientation, l'absence de désignation du MEDEF et de la CGPME n'a pas nui à son fonctionnement. Ce n'est qu'en 2012 que ces organisations le rejoignent (arrêté du 15 mars 2012, JO du 18 mars, p. 4944).

[4] « *… en suivant des pistes largement inspirées … par la CFDT et la CGT, qui pendant la mise en place des 35 heures ont noué des relations de partenariat étroites avec les pouvoirs publics* ». M. FONTAINE, 2007, ouvrage cité, p. 211.

[5] « *… ce sont donc les caisse nationales qui, de par la loi, exercent désormais les prérogatives de l'employeur national sous le timbre de l'Ucanss. Dans ce contexte une partie importante des pouvoirs de l'employeur ne sont plus en les mains des politiques, mais entre celles des gestionnaires nommés par l'État*. » *Ibid.*, p. 101.

[6] Réformant le classement des emplois en fonction du contenu des activités et des connaissances ; la rémunération réduit la part de l'ancienneté, introduit des points de compétence et une prime de résultats.

[7] *Ibid.*, p. 279. « *Fait assez rare, une lettre officielle de cadrage des trois ministres est intervenue pendant la négociation* ».

la convention collective avec un objectif d'améliorer le dialogue social. Lieu d'information, de consultation des partenaires sociaux sur les questions ayant un impact sur l'organisation du travail, l'emploi, les métiers et les compétences, par son biais, les caisses nationales deviennent des interlocuteurs directs des fédérations syndicales.

2. L'UCANSS, « fédération d'employeurs »

Les objectifs de l'UCANSS, qui se qualifie aujourd'hui de « *fédération d'employeurs* », vont être contractualisés avec l'État et les caisses nationales. Ce qualificatif de « fédération » n'est-il pas étonnant alors que « l'Union » est devenue celle des caisses nationales et est beaucoup moins une « fédération » émanant des véritables employeurs au sens juridique, les caisses de base ?

L'article 100 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 étend les **conventions d'objectifs et de gestion** à l'UCANSS (signée côté union par le président du conseil d'orientation, du Comex et le directeur)[1]. Il introduit aussi avec les caisses nationales « *une convention précisant leurs objectifs et leurs engagements réciproques pour la réalisation des missions de l'union* ». Elle est signée par les directeurs des caisses nationales et le président du Comex et le directeur de l'UCANSS, élément significatif d'un pouvoir exécutif partagé entre ces deux derniers.

Par ailleurs, l'UCANSS « *évalue, coordonne et participe à la mise en œuvre des politiques de formation du personnel* » (art. L. 224-5 CSS), notamment en supervisant l'activité des centres régionaux de formation professionnelle (**CRFP**) du régime général. La convention d'objectifs et de gestion considère « *nécessaire que le positionnement de tête de réseau des CRFP soit attribué à l'Ucanss avec l'ensemble des outils de pilotage que cela suppose* ». Le PLFSS pour 2011 le prévoyait par la conclusion de contrats pluriannuels de gestion, l'autorisation de leurs opérations immobilières, l'avis du directeur de l'UCANSS sur la nomination de leurs cadres dirigeants par les conseils d'administration[2], mais cette disposition a été considérée comme un cavalier social par le Conseil constitutionnel.

Le rôle d'employeur national de l'UCANSS est devenu au service des caisses nationales et de l'État, lui aussi commanditaire[3] tout en maintenant sa tutelle sur les textes conventionnels[1].

---

[1] Signée le 1er juillet 2009, la COG 2009-2012 définit cinq axes notamment « *exercer pleinement notre mission de soutien à la fédération d'employeurs dans la définition d'une politique ressources humaines ambitieuse et garante de l'esprit fondateur de la Sécurité sociale* » ; « *rechercher la valeur ajoutée de l'interbranche* » ; « *développer une offre de service adaptée aux attentes et besoins des branches et des organismes locaux* ».

[2] Article 59 bis du PLFSS pour 2011 introduit par l'Assemblée nationale.

[3] Sur les questions relatives aux conditions de travail du personnel des organismes ou sur tout sujet de fonctionnement d'intérêt commun (notamment opérations immobilières).

Le souhait de l'État de faire de l'UCANSS son « *bras armé* »[2] va se manifester lors des PLFSS pour 2010 et 2011 qui envisageaient de lui confier, par mesure d'économie, objectif affiché, la gestion du « **Fonds de prospective et de performance de la sécurité sociale** » inter-régimes. Ce fonds résultera de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012[3].

En matière de gestion des ressources humaines, les caisses nationales tendent aussi à se substituer en partie à l'UCANSS, les caisses locales étant sous leur dépendance y compris dans leurs pratiques comme employeurs[4] et les négociations décentralisées n'ont pas été renouvelées[5] alors que le dialogue social accompagne faiblement les évolutions[6].

La gouvernance de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale est passée d'un tripartisme (État, syndicats salariés, employeurs) à un bipartisme (État, directions des caisses nationales nommées par l'État).

***

Au terme de ce chapitre, il nous paraît que la gouvernance des caisses nationales donne aux conseils d'administration et à leurs présidents, appartenant à des majorités de gestion constituées autour du patronat (et d'un ou plusieurs syndicats de salariés), un pouvoir surtout consultatif contrastant avec celui des directeurs nommés en conseil des ministres. Ce sont ces exécutifs qui encadrent leur réseau des caisses par la contractualisation depuis le plan Juppé (les contractants n'étant pas sur un pied d'égalité) et par d'autres outils qui contribuent à une gestion hiérarchique (notamment budgets, informatique, mutualisations, gestion du risque).

Au sein des organismes de base, le pouvoir a été déséquilibré au détriment des conseils d'administration désignés. Si les exécutifs paraissent en bénéficier, ce serait oublier leur dépendance réelle des directions nationales, leur véritable employeur qui souhaitent gérer la ressource dirigeante, avec l'appui du ministère et le concours de l'UCANSS, Union qu'elles dirigent de fait et qui est devenue à leur service.

---

[1] « *C'est le renforcement de la centralisation au profit des caisses nationales qui l'a emporté pour ce qui concerne l'Ucanss, au détriment des partenaires sociaux, mais ce renforcement ne s'est pas accompagné pour autant d'un allègement de la tutelle de l'État* ». M. FONTAINE, 2007, ouvrage cité, p. 69.

[2] « *Le pouvoir de l'État de passer des commandes, transformant ainsi l'Ucanss en* « bras armé » *de l'administration centrale, ne peut que contribuer à entretenir l'idée d'un employeur national étroitement soumis à la tutelle de l'État* ». *Idem*, p. 75.

[3] cf. supra « La convention-cadre de performance, « super » COG ? », p. 59.

[4] « *Il est à parier que le renforcement de la centralisation, qui jusqu'ici ne s'appliquait qu'aux négociations mais qui va s'étendre aux pratiques, encouragera un plus grand désengagement des décideurs locaux* ». M. FONTAINE, 2007, ouvrage cité, p. 372.

[5] « *le système de rémunération fonctionne, au plan national comme un système de cadrage de la masse salariale, et au plan local, comme l'application d'un statut auquel il ne peut être dérogé qu'à la marge*. » *Idem*, p. 313.

[6] Martine FONTAINE dans l'ouvrage cité (p. 347 à 359), analyse la maîtrise de la GRH par le contrôle des dirigeants, un dialogue social n'évoquant pas la finalité de l'entreprise, une négociation pour produire du droit conventionnel et une gestion « *obnubilée par une approche trop étroite des coûts de gestion et de productivité* ».

Les branches prestataires et de recouvrement, si elles obéissent à des logiques spécifiques sont en fait par les COG soumises aux mêmes attentes de l'État et de la RGPP. Leur tentative de réflexion sur le devenir de la protection sociale dans leur domaine n'a pas abouti[1].

Finalement les caisses nationales et leur réseau ne sont-t-elles pas mises à contribution pour leur savoir-faire technique incontestable pour verser des prestations et encaisser des cotisations pour la sécurité sociale mais aussi, à moindre frais, pour le compte de tiers ? Elles ont participé également - et notamment la branche recouvrement - à faire de la Sécurité sociale un des amortisseurs de la crise économique et à la légitimer à nouveau, mais pour combien de temps ?

Mais se pose la question des valeurs de solidarité d'origine qui paraissent délaissées au profit de celles tournées vers un management qui est l'affaire de techniciens et vers l'efficacité de court terme.

Dans le chapitre suivant, nous allons examiner si ces constats sont applicables à l'Assurance maladie dont les réformes ont souvent été préfiguratrices pour la gouvernance des autres branches.

[1] Comme celle de la CNAF sur les politiques familiales, les propositions de l'UNAF étant davantage retenues. Et les branches continuent d'aider les autres régimes et de participer à des financements incombant à l'État.

Chapitre 2.

L'ASSURANCE MALADIE AUX RÉFORMES PRÉFIGURATRICES

L'Assurance maladie du régime général couvre en 2010, 87 % de la population, ce qui lui donne un rôle majeur dans l'équilibre financier du régime général[1]. Le « déficit de la Sécurité sociale », expression devenu courante, a entraîné des réformes successives de sa gestion. L'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967[2] crée les caisses nationales et notamment la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS ou CNAM) pour maintenir l'équilibre financier des risques, occasion manquée par les partenaires sociaux.

La réforme de 2004, mettant en avant le concept de nouvelle « gouvernance » permettra-t-elle un équilibre des pouvoirs (faibles pour l'assurance maladie depuis l'origine contrairement aux caisses allemandes)[3] ou n'avait-elle pas pour objectif réel le retour du MEDEF au sein des conseils d'administration ? Comment cette réforme a-t-elle été l'acceptée ? Nous examinerons ces points dans une section 1.

La loi du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie* veut clarifier la répartition des pouvoirs entre l'État et l'Assurance maladie et assurer l'unicité de ses positions. Aussi, elle crée une Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) à laquelle l'État confie certaines de ses attributions. Son Directeur général est chargée de négocier les conventions avec les professions de santé. La loi avait aussi pour but de renouer le dialogue avec les médecins. Y-est-elle parvenue et quelles sont leurs relations avec l'Assurance maladie (et éventuellement avec l'État) ? Ces relations seront examinées par la section 2.

---

[1] Soit près de 57 millions de bénéficiaires et 86 % de l'ensemble des dépenses maladie : 142,1 milliards d'euros de prestations en 2010 (déficit de 11,6 milliards) dont 46 % en soins de ville, 45 % pour les établissements de santé et 9 % pour le secteur médico-social. « *Avec 223 Md€ en 2009, la dépense totale de santé s'élève à 11,8 % du PIB en France, loin derrière les États-Unis (17,4 %) mais devant l'Allemagne (11,6 %), la Suède (10,0 %) et le Royaume-Uni (9,8 %). Le relèvement général du poids des dépenses de santé en pourcentage du PIB en 2009, dans l'ensemble des pays étudiés, est largement imputable à la crise économique* ».
Source : DSS, *Les chiffres clés de la sécurité sociale 2010*, éd. 2011, p. 11-14. Citation p. 14.

[2] *relative à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale*, JO du 22 août 1967, p. 8403.

[3] « *Assurée d'une certaine autonomie par rapport à l'État fédéral, axée avec ses gestionnaires sur l'idée d'auto-administration concertée, l'assurance maladie en Allemagne est un acteur politique et financier à part entière. En France, au contraire, la tradition centralisée de l'État a engendré une assurance maladie faible, dotée de responsabilités relatives et de compétences partielles* ».
A. CATRICE-LOREY, M. STEFFEN, 2006, article cité, p. 175.

SECTION 1. VERS UNE NOUVELLE GOUVERNANCE

Plus que dans les autres branches, les pouvoirs dévolus au Conseil d'administration de la CNAM en 1967 sont conséquents mais ne seront ou ne pourront être utilisés (§ 1). Aussi la « nouvelle » gouvernance de 2004 opère une centralisation des pouvoirs au détriment des conseils d'administration, sans susciter des réactions des partenaires sociaux (§ 2).

§ 1 Des Conseils d'administration remis en cause

Ce Conseil d'administration (à la composition paritaire similaire à ceux des caisses de base), avait des attributions de maintien de l'équilibre financier plus importantes que ceux des autres caisses nationales (A). La loi du 13 août 2004 va, après concertation, changer les règles du jeu (B).

A) *L'échec de la gouvernance de 1967*

La réforme de 1967 avait prévu, sans succès, une maîtrise des dépenses à tous les échelons. Des propositions novatrices de la CNAM en 1999 ne seront pas suivies par le Gouvernement.

1. Le maintien de l'équilibre financier, un pouvoir non utilisé

Lors de la mise en place de la CNAM en 1967, le déséquilibre financier du régime général est dû à l'assurance maladie. L'**ordonnance 67-706 du 21 août 1967** lui confie des moyens pour y faire face au plan national et local. L'article 17 al. 2 prévoit que « *si les ressources ne permettent pas d'assurer la couverture des charges de la gestion, l'équilibre financier de la Caisse nationale doit être maintenu ou rétabli par un prélèvement sur le fonds de réserve, ou, à défaut soit par une modification du taux des prestations, soit par une augmentation des cotisations, soit par une combinaison de ces mesures dans des conditions et limites fixées par décret* ». L'idée sous-jacente - opposée au concept de solidarité nationale de 1945 - est que chaque groupe social doit décider de son niveau de couverture en assurance maladie[1].

Le Conseil d'administration de la CNAM détient un **pouvoir sous contrôle** : l'article 18 prévoit qu'il prend « *les décisions nécessaires au maintien ou au rétablissement de l'équilibre financier* » mais s'il peut diminuer le remboursement des prestations, ses décisions d'augmentation des cotisations ne sont exécutoires qu'après approbation par décret. En

[1] « *Une idée nouvelle se dessinait : chaque groupe doit décider, par l'intermédiaire de ses représentants, de l'importance de la couverture dont il souhaite bénéficier en matière d'assurance maladie. Cette idée, qui sous-tend la loi de 1966 pour les non-salariés, sera ensuite étendue au régime général par les ordonnances de 1967 (mais y restera théorique)* ». J.-J. DUPEYROUX, R. RUELLAN, 1998, ouvrage cité, p. 281.

l'absence de décision, après mise en demeure infructueuse, le Gouvernement rétablit l'équilibre financier.

L'ordonnance prévoyait que la CNAM attribuait aux CPAM des dotations annuelles limitatives pour les prestations[1] et leur prescrivait les mesures d'équilibre. Il s'agissait donc d'un processus quasiment budgétaire - étonnant s'agissant de prestations - donnant au Conseil d'administration une réelle responsabilité ou une coresponsabilité avec le gouvernement. Mais il ne voudra ou pourra, mettre en œuvre ces mesures (difficulté, toujours actuelle, pour les syndicalistes de décider des mesures impopulaires) : « *en accord avec la majorité de la CNAMTS c'est le gouvernement qui prendra la responsabilité des mesures de redressement financier sans mettre en jeu les mécanismes de l'article 18, notamment pour ne pas exacerber les tensions entre syndicats de salariés* »[2].

Ces compétences financières seront retirées à la CNAM par une loi du 30 juillet 1987.

2. Le « Plan Stratégique », une occasion manquée

Toutefois la CNAM proposera des mesures de réduction des dépenses maladie au ministère. Son Conseil d'administration vote le 13 novembre 1998, les « *orientations stratégiques de l'Assurance maladie* », puis le 18 mars 1999, le « *Plan stratégique* », vingt-deux mesures émanant du Directeur, Gilles Johanet (de ce fait, appelé « Plan Johanet ») et proposées aux autres régimes, mutuelles, médecins, syndicats et pouvoirs publics.

Le Conseil d'administration adopte le 12 juillet 1999 ce plan qui veut « *refonder le système de soins* »[3]. L'objectif pour l'Assurance maladie est de passer d'un rôle de « ***payeur aveugle*** » **à** celui d'« ***acheteur avisé*** » par « *la généralisation d'une démarche qualité s'inscrivant dans une politique de santé publique et reposant sur une articulation optimale des champs d'action et de responsabilité des différents acteurs : État, assurance maladie, professionnels de santé et assurés* ».

Les trente-cinq propositions finales concernent l'ensemble du champ de la santé. Elles veulent mesurer la qualité de l'offre de soins, l'adapter au plan quantitatif et qualitatif, définir le périmètre du panier de soins et responsabiliser les acteurs.

---

[1] Les excédents de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) étant affectés à son compte d'action sanitaire et sociale et au fonds de réserve de la CNAM, la CPAM les prélevant si elle était en déficit. À défaut d'excédent de la CPAM, la CNAM devait pouvoir lui attribuer une avance ou subvention, la mettre en demeure de prendre des mesures de redressement et, en cas de carence, se substituer à son Conseil d'administration.

[2] Les ordonnances ayant créé une coupure profonde entre eux. D. COUDREAU, 2004, article cité, p. 43.

[3] 26 voix pour, CGT et FO contre. Le MEDEF conditionnait son maintien au Conseil d'administration de la CNAM à l'application rapide du plan intitulé : *Des soins de qualité pour tous. Refonder le système de soins. La qualité assurée. Une offre de soins adaptée. Des prestations de santé définies. Des acteurs responsables.* CNAMTS, 1999, document cité.

Il s'agit avant tout d'une maîtrise de l'offre, celle de la demande étant fonction du comportement de l'assuré par un système de primes ou pénalités[1]. Pour assurer la qualité des soins, le plan prévoit la sélectivité du conventionnement des médecins[2].

Pour les hôpitaux il veut auditer leur fonctionnement, mettre en place une même tarification dans les secteurs hospitaliers public et privé sur la base de coûts à la pathologie[3].

Ce **plan complet et structuré** veut servir à la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, de la convention d'objectifs et de gestion 2000-2002 et du projet de branche de l'Assurance maladie. Sans remettre formellement en cause les compétences de l'État, chargé de définir les besoins de santé et la politique de santé publique, il demande une clarification du partage des pouvoirs[4], fait une place aux régimes complémentaires et veut éviter une médecine à deux vitesses. Il présente un calendrier des propositions, leur traduction législative et leur chiffrage qui devraient permettre d'économiser 9 milliards de francs en 2000, 62 à partir de 2003, dont 30 pour les dépenses hospitalières. Seuls ces chiffres sont mis en avant par ses détracteurs, notamment les hospitaliers publics, alors que le plan proposait une réforme en profondeur du système de santé.

Redonnant un rôle au Conseil d'administration de la CNAM, soutenu par les caisses locales, ayant l'appui des régimes légaux (agricole, indépendants) et complémentaires, il est transmis au gouvernement. Il restera sans suite signe de l'opposition entre la ministre et le directeur de la CNAM (ayant empiété sur les compétences de l'État en matière hospitalière) et son refus par la ministre sera l'une des causes du départ du MEDEF du CA de la CNAM.

À la suite de ce projet, l'opposition avec la ministre voit la « victoire » de celle-ci : la CNAM perdra la tarification des cliniques au profit des Agences régionales de l'hospitalisation et la LFSS pour 2000 limite sa compétence à un objectif de dépenses délégué (ODD) des soins de ville, suivi tous les quatre mois par des « rapports d'équilibre », système qui n'a pas fonctionné.

Certaines des propositions du « plan Johanet » seront reprises dans la loi de 2004, mais plus de dix ans après, nombre des mesures préconisées n'ont pas vu le jour.

---

[1] Remboursement réduit de 10 % si l'assuré ne présente pas le carnet de santé, augmenté de 10 % pour les actes dans le cadre d'une option de continuité des soins ; prise en charge à 100 % d'un bilan dentaire tous les 2 ans.

[2] Conventionnements sélectifs sur la base d'une certification tous les 7 ans. Limitations des remplacements des départs des médecins dans les zones de surdensité médicale et de la prise en charge de leurs cotisations sociales.

[3] Mesures d'encadrement pour la biologie, l'activité libérale à l'hôpital, les cures thermales et les transports sanitaires ; de développement des génériques, de la chirurgie ambulatoire, de prise en charge des soins palliatifs, mise en place par l'assurance maladie d'une plate-forme d'information administrative et médicale.

[4] « *Il est symptomatique* […] *que l'Assurance maladie soit appelée de façon pressante à maîtriser l'évolution des dépenses de soins de ville, mais n'ait pas à sa main les outils élémentaires de maîtrise tels que la tarification des actes et des produits remboursés, ni même la possibilité de ne plus prendre en charge des prestations inutiles pour la santé* ». CNAMTS, 1999, doc cité, p. 10. En gras dans le texte.

B) ***La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie***

En 2002, le contexte est difficile : relations CNAM/État tendues, MEDEF ayant quitté les CA du régime général, médecins hostiles à la suite du Plan Juppé, branche maladie déficitaire. Les travaux préparatoires de la « loi sur l'assurance maladie » à l'initiative du Gouvernement et du Parlement vont permettre le vote d'un texte consensuel.

1. Contexte de la réflexion : le temps des « lumières », les rapports d'experts

Dans sa Déclaration de politique générale devant l'Assemblée nationale, le 3 juillet 2002, le Premier Ministre, M. Raffarin indique la mise en place d'une « *nouvelle gouvernance du système de santé et d'assurance maladie* »[1]. Pour le ministre de la Santé, le Professeur Mattei, **deux axes** sont **prioritaires** : rétablir la confiance avec les professionnels de santé, « *désenchantés et en proie à une crise matérielle et morale* », et renouveler la gouvernance dont les « *outils de la régulation ont perdu, les uns après les autres, une large partie de leur crédibilité* »[2]. Pour mener la réforme dans la « *concertation* »[3], il constitue notamment trois groupes de travail au sein de la Commission des comptes de la Sécurité sociale.

Celui présidé par Mme Ruellan[4] est composé principalement de représentants des organisations syndicales des salariés et employeurs, des professions de santé et des Caisses nationales. Il doit « *établir un état des lieux partagé des relations entre l'État et l'assurance maladie, de la nature des rôles des uns et des autres et des problèmes posés* »[5].

Le **rapport Ruellan** du 8 décembre 2002 émet une sévère critique du système. La majorité des membres du groupe de travail le considère comme ni organisé ni géré, reproche à l'État de ne pas faire ce qui est de sa responsabilité mais d'interférer dans les compétences déléguées aux caisses et de ne pas être « *un partenaire respectueux des règles du jeu* »[6]. Les partenaires sociaux estiment que les rôles État/Caisses nationales doivent être délimités : « *l'État doit être stratège, régulateur, arbitre, garant, mais pas gestionnaire. Les gestionnaires naturels sont les partenaires sociaux. Cela signifie, notamment, que l'État ne doit pas piloter les caisses*

---

[1] J.-M. DUBERNARD, 2004, rapport cité, p. 11.
[2] *in* A. VASSELLE, 2003, rapport cité, p. 12.
[3] *Ibidem* p. 17. Pour cela il commande 34 rapports sur la santé publique, l'hospitalisation, les professions de santé et l'assurance maladie, reçoit en deux mois 57 délégations et met en place huit groupes de travail étant, en avril 2004, en voie d'achever leurs travaux. Source : *Liaisons Sociales*, n° 14113 du 08 avril 2004, p. 4.
[4] Pour les autres groupes de travail, le rapport « Coulomb » traite de l'ONDAM, le rapport « Chadelat » préconise une Couverture Maladie Généralisée A. COULOMB, 2003 ; J-F CHADELAT, 2003, rapports cités
[5] R. RUELLAN, 2002, rapport cité. Mme Rolande RUELLAN, directeur de la CNAV de 1990 à1994 puis Directeur de la Sécurité sociale jusqu'en 1996 sera ensuite nommée à la Cour des comptes. Elle y présidera la sixième chambre en charge de la santé, sécurité sociale et du rapport annuel sur l'application des LFSS.
[6] Mme Ruellan a eu l'impression que les médecins « *s'appuient toujours sur les principes de 1927* » de la charte de la médecine libérale et que « *les syndicats se situent en 1945* », *in* VASSELLE, 2003, rapport cité, p. 119.

nationales »[1]. Est demandée une « délégation de gestion » à la CNAM, notamment pour les relations conventionnelles avec les médecins.

La **Mutualité française** s'invite dans le débat et lance, le 15 mai 2003, une campagne de presse intitulée : « *Qui veut sauver la Sécurité sociale ? NOUS* ». Elle adopte et présente au Président de la République et au ministre de la Santé, lors de son 37e Congrès à Toulouse, en juin, « *25 mesures pour rénover le système de santé* » tendant à une nouvelle gouvernance dont la plupart seront reprises dans le projet de loi[2].

Le rapport du **Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie**, adopté à l'unanimité le 23 janvier 2004, distingue en matière de gouvernance, les fonctions stratégiques de l'État (cadrage des fonds collectifs, définition règles du système d'assurance, organisation du système de soins) de celles de fonctionnement du système et de gestion du risque de l'Assurance maladie.

Il lui apparaît, en conclusion, « *que plusieurs dysfonctionnements institutionnels retentissent sérieusement sur le fonctionnement du système de soins et de prise en charge* »[3] et il conviendra de donner une délégation globale de compétence à chaque acteur avec une pleine responsabilité l'obligeant à rendre des comptes sur les résultats attendus.

2. Le rôle des « Politiques »

Le nouveau ministre de la Santé, M. Philippe Douste-Blazy[4] (ayant un secrétaire d'État à l'assurance maladie, M. Xavier Bertrand), dévoile dès le mois de mai 2004[5] les grandes lignes de la réforme qui doit beaucoup à la Direction de la Sécurité sociale. Il présente le projet de loi sur l'assurance maladie le 16 juin au Conseil des ministres.

L'intervention du Parlement va être marquée par des rapports préalables des deux Chambres étudiant les problématiques en France et à l'étranger.

Dans les années 2000, de nombreux États, réforment leur système généralement par un encadrement plus fort des pratiques de médecine de ville et une décentralisation de la gouvernance. À l'Assemblée, le **Rapport Landrain** du 15 juin 2004 conclut pour le système

---

[1] R. RUELLAN, 2002, rapport cité, p. 8.

[2] Créer une HAS indépendante, une UNCAM, une Instance des mutuelles (et un partenariat entre ces deux instances), une des professionnels de santé, un établissement public des données de santé. Elle préconise la coordination des soins, le dossier médical informatisé, le renforcement du rôle du généraliste. Mutualité Française, 2003, document cité. Notons que l'Assurance maladie n'a fait aucune proposition (le pouvait-elle ?).

[3] HCAAM, 2004, rapport cité, p. 29.

[4] Il succède au Pr Mattei accusé d'avoir mal géré la crise de la canicule de l'été 2003 et remercié fin mars 2004.

[5] Une « *Note d'orientation sur la réforme de l'assurance maladie* » (mai 2004, 10 p., non référencée) qualifie les conseils d'administration de « *conseils d'orientation* » et commence par : « ***Une nouvelle gouvernance pour l'assurance maladie**. L'objectif du Gouvernement est de mettre en place un nouveau partenariat entre les acteurs du monde de la santé* ***pour assurer un pilotage responsable*** ».

français à « *un nécessaire* ***aggiornamento****, qui gagnerait à s'inspirer des enseignements étrangers* »[1]. Le Sénat commande une étude pour laquelle notre système a tendanciellement la croissance de dépenses la plus élevée[2]. Mais au final, les réformes structurelles étrangères ne seront pas prises en compte, du fait des présupposés politiques pour retrouver la confiance des médecins[3].

M. Jean-Louis Debré, président de l'Assemblée nationale, souhaite qu'elle contribue à la réflexion avant l'examen du projet de loi. Il est président et rapporteur[4] d'une « **Mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie** ». Pour le rapport du 26 mai 2004, « *l'assurance maladie est un patient aujourd'hui affaibli* » et « *la thérapeutique passe par des soins intensifs pour le financement et une chirurgie réparatrice pour l'organisation* »[5] devant concourir à une progression de la qualité du système de soins[6].

En conclusion, p. 164, la mission unanime souhaite « *une réforme d'envergure. Il y va de la sauvegarde d'un pan essentiel de notre pacte social, hérité de la Libération* ».

3. L'acceptation de la nouvelle gouvernance

Le projet de loi est très éloigné des souhaits des partenaires sociaux exprimés devant la commission Ruellan, mais de fait, ils vont accepter le nouveau rôle attribué au nouveau Conseil, voulant avant tout, voir le retour du MEDEF à la CNAM[7]. Lors de son examen par le Conseil d'administration, le 8 juin 2004, si les dispositions de maîtrise médicalisée ou de financement ont fait l'objet d'échanges denses, celles concernant la nouvelle gouvernance ne remettent pas réellement en cause le projet.

Seules seront discutées les modalités de désignation du Directeur général : sans contester sa nomination en Conseil des ministres, le CA unanime voudrait avoir un rôle de proposition et d'acceptation du Directeur pour qu'il ait une double légitimité venant de l'État et du

---

[1] E. LANDRAIN, 2004, rapport cité, p. 96.

[2] Annexée au rapport A. VASSELLE, 2004, rapport cité.

[3] « *La conception de la réforme de 2004 a été orientée par un prérequis politique : effacer les effets de la réforme mise en œuvre par les ordonnances de 1996, réconcilier les médecins libéraux avec les pouvoirs publics et l'assurance maladie, remettre sur les rails la vie conventionnelle* ». Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, septembre 2007, rapport cité, p. 232.

[4] En général fonctions partagées entre majorité et opposition pour ces missions et les commissions d'enquête. La Mission était composée de 30 députés dont plusieurs spécialistes de la santé ou de la protection sociale.

[5] J.-L. DEBRÉ, 2004, rapport cité, p 155 et 157. Déficit ne pouvant être jugulé par le seul retour de la croissance, plans de redressement et outils de maîtrise en place inefficaces. Il écarte « *l'étatisation ou la privatisation. Toutefois, certains membres se sont interrogés sur la capacité et la légitimité des partenaires sociaux à gérer le système.* » (p. 158).

[6] Sont préconisés unanimement le dossier médical partagé, l'utilisation des génériques, l'implication des professionnels dans la réforme (généralisation d'un médecin « pivot ») et la responsabilisation des patients.

[7] Mme Ruellan a « *demandé à leurs représentants, au cours de conversations en tête-à-tête, ce qui se passerait, selon eux, si le MEDEF ne revenait pas. La réponse fut unanime : ce serait une catastrophe qui se traduirait par la mainmise de l'État sur le système.*» A. VASSELLE, 2003, p. 119.

Conseil. L'avis du conseil d'administration sera largement majoritaire et favorable dans ses grandes lignes au projet de loi[1].

Ce projet est examiné à l'Assemblée par une Commission spéciale à la composition d'origine médicale notable[2]. Les deux chambres l'adopteront le 30 juillet 2004. La loi n° 2004-810 *relative à l'assurance maladie* est publiée le 13 août. Son « service après vote » (expression du secrétaire d'État, M. Xavier Bertrand), traduit la volonté d'une mise en place rapide, la publication de la plupart de près de 70 décrets et arrêtés étant réalisée fin 2004[3].

La loi réforme la gouvernance et le système de soins et son financement en introduisant la **maîtrise médicalisée de la demande** par le parcours des soins[4]. Prenant le contre-pied du Plan Juppé, la réforme est basée sur une maîtrise « médicalisée » des dépenses (et non comptable) aboutissant à un encadrement de la demande des patients (et non plus de l'offre des professionnels). Politiquement il convenait de renouer le dialogue avec les médecins, le changement de comportement incombant aux assurés.

Le volet financier (retour à l'équilibre en 2007 par un gain évalué à 15 milliards d'euros, objectif non atteint), est un classique plan de redressement[5] et la nouvelle gouvernance n'aura pas suffi à ce rééquilibrage des comptes en dépit de la concentration du pouvoir de décision à la CNAM.

§ 2 La nouvelle gouvernance : une gestion par les techniciens

Au plans national et local le rôle des Conseil d'administration, devenu Conseil, s'est réduit (A), au bénéfice des exécutifs (B). La réforme ne concerne pas la branche des accidents du travail qui conserve une gouvernance laissant plus de place aux partenaires sociaux (C).

A) *Des Conseils amoindris mais acceptés*

Après leur mise en place, nous examinerons leur composition et leurs attributions.

---

[1] Douze voix pour (CFDT, Mutualité, UPA, trois personnalités qualifiées), trois voix contre (CGT) et trois abstentions (CFTC, une personnalité qualifiée) ; FO et la CFE-CGC (cinq voix) n'ont pas pris part au vote.

[2] Composée de cinquante-huit membres. Ses six responsables (trois UMP, un UDF, un socialiste, un communiste), exerçaient tous avant une profession médicale. Le projet sera examiné par l'Assemblée nationale durant quarante-deux séances. Le Conseil constitutionnel déclarera le 12 août conformes les quatorze articles déférés, dont aucun sur la gouvernance, signe d'un consensus politique sur ce sujet.

[3] À noter une forte action d'information sur la loi notamment ses incidences pour le grand public (médecin traitant…) assurée par le Ministère (avec un site internet sur la réforme), la CNAM et la Mutualité française.

[4] Instauration du médecin traitant, du parcours de soins coordonné, du dossier médical personnel du patient.

[5] À côté du volet réduisant les dépenses (participation de 1€ sur les consultations médicales, augmentation du forfait hospitalier), les nouvelles recettes sont limitées (assiette de la CSG et CRDS élargie pour les revenus d'activité et taux augmenté sur les autres ; contribution additionnelle à la C3S de 0,03 %).

1. Les faux semblants de la nouvelle gouvernance du Conseil de la CNAM

Remplaçant le Conseil d'administration, le « Conseil » issu de la loi du 13 août 2004 est installé le 28 octobre 2004. À cette occasion, le ministre expose ses nouvelles attributions et notamment son association aux politiques de l'État[1] et à la préparation de la LFSS : il transmettra avant le 30 juin au ministre et au Parlement « *des propositions relatives à l'évolution de ses charges et de ses produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie* » (art. 39 de la loi). S'il s'agit de responsabiliser les Caisses nationales (les avis de leurs Conseils d'administration sur les PLFSS étaient le plus souvent négatifs), ces nouvelles attributions permettent à la CNAM de proposer des limitations des dépenses et des ressources nouvelles pouvant être reprises par les PLFSS[2].

Mais le Conseil perd la politique conventionnelle avec les professions de santé et en partie sa légitimité politique. Il a désormais un rôle d'orientations sur proposition du Directeur général (qui lui « *rend compte périodiquement* » de leur mise en œuvre)[3], peut diligenter des contrôles nécessaires à l'exercice de ses missions et le président signe avec le Directeur la convention d'objectifs et de gestion.

Le Conseil va maintenir les faux semblants pour les premières désignations.

Le 28 octobre 2004, le nouveau président (seul candidat, CFDT), sera élu par une très large majorité, significative du consensus autour de la nouvelle gouvernance[4]. Le Conseil comprend à côté de treize représentants des assurés sociaux et de treize employeurs[5], trois de la Mutualité (FNMF) et six d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie.

La désignation de ses douze représentants au Conseil de l'UNCAM est significative du rôle exclusif voulu par les partenaires sociaux dans la gestion et de leur méfiance à l'égard de la société civile : les candidats de la FNMF, de l'UNSA et du CISS (au rôle actif)[6] ne seront pas élus[7].

---

[1] du médicament au sein du comité économique des produits de santé et au sein du conseil de l'hospitalisation

[2] Par exemple, pour atteindre l'objectif de 2,8 % d'augmentation de l'ONDAM en 2012, 2,2 milliards euros d'économies sont nécessaires et 26 mesures sont proposées dans tous les secteurs par la CNAM (notamment prix des génériques, tarifs hospitaliers, coût de certaines prothèses). CNAMTS, 2011, doc cité, p. 71 à 73.

[3] Et de la gestion de la caisse nationale et du réseau après la clôture de chaque exercice. Art. L. 221-3-1 CSS.

[4] M. RÉGEREAU 31 voix, 4 blancs. Pour la vice-présidence, G. SARKOZY (MEDEF) 21 voix, M. BELLET (UPA) 8 voix.

[5] CGT, CFDT, CGT-FO, 3 chacune ; CFTC, CFE-CGC, 2 chacune ; MEDEF : 7 ; CGPME et UPA : 3 chacune.

[6] FNMF : Fédération Nationale de la Mutualité Française ; UNSA : Union Nationale des Syndicats Autonomes ; CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé.
« *Le Collectif Interassociatif sur la Santé (le Ciss) comble avantageusement le vide laissé par des syndicats de salariés anéantis et des employeurs complètement éteints* ». *La Lettre de Galilée*, n° 152, 11 janvier 2011.

[7] À côté du président siégeant de droit sont élus un représentant de chaque syndicat des salariés (cinq), cinq MEDEF-CGPME, un UPA.

Signalons que l'arrêté de nomination du Conseil de la CNAM a été annulé en 2009 suite à celle d'un représentant de l'UNSA[1]. Mais cette annulation sera sans conséquence.

Lorsqu'il se prononce sur la proposition du ministre de nomination du Directeur général, le Conseil ne peut que s'y opposer à la majorité des deux-tiers. Le 8 novembre 2004, « *le Conseil donne son accord*[2] *à la proposition de nomination* » du directeur et fait de son absence d'opposition une approbation.

Plus récemment, il n'a pas accepté immédiatement la dernière convention d'objectifs et de gestion, en désaccord sur le nombre de postes supprimés dans la branche ; mais suite aux « *avancées par rapport à la version initiale et considérant les risques inhérents à la mise en place des budgets annuels en cas de non signature de la COG* », il acceptera le texte[3].

Si le Conseil peut s'opposer, c'est à la marge.

2. Les « Conseils » des caisses : composition voisine de celle des CA, rôle moindre

Comme pour la CNAM, la loi de 2004 modifie l'appellation, la composition et surtout les attributions des anciens conseils d'administration qui deviennent des « Conseils » pour les CPAM, UGECAM[4] (et les Unions régionales des caisses d'Assurance maladie - URCAM -, organismes inter-régimes) et voient le retour du patronat en leur sein.

Pour les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), les Conseils ont une composition voisine de celle des anciens conseils d'administration : vingt-trois « conseillers » remplacent les vingt-deux administrateurs, soit comme antérieurement : huit représentants les assurés sociaux, huit les employeurs, deux la Mutualité (FNMF). S'ajoutent cinq représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie désignés par la tutelle, en cohérence avec celles siégeant à CNAM, en remplacement des quatre personnalités qualifiées.

Leurs nouvelles attributions sont calquées sur celles du Conseil de la CNAM : si l'ancien article L. 211-2 CSS stipulait que la caisse est « *administrée* » par un CA, le nouveau texte la « **dote** » d'un conseil et d'un directeur, mettant les deux sur le même plan.

Même si, principe général, le Conseil, comme le CA, « *règle par ses délibérations les affaires de l'organisme* », il n'a désormais plus qu'une compétence d'orientation encadrée par

---

[1] La nomination du représentant de l'UNSA étant contestée par la FFSA, le Tribunal administratif de Paris a, le 10 mars 2009, annulé l'arrêté nommant le conseil considérant qu'un salarié étant désigné au titre des sièges réservés aux institutions ne bénéficiant pas d'une représentation à un autre titre, le ministre a commis une erreur de droit. À sa suite, le ministère par un nouvel arrêté reconduisait les désignations antérieures sans l'UNSA. L'art. 116 II de la loi HPST modifiant les articles L. 211-2 et L. 221 CSS prévoit une personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes, permettant le retour de l'UNSA aux conseils de la CNAM et des CPAM.

[2] Termes soulignés dans le PV l du Conseil de la CNAM. 32 voix pour, abstention de la CGT.

[3] Le 14 octobre 2010 après un refus le 29 juillet. Source *Annuaire sécu* 1/08/2010 et 17/10/2010.

[4] Unions pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie créées par le plan Juppé.

les propositions du directeur pour le CPG (que le président ne signe plus), le service rendu aux assurés, les axes de politique de communication ou de gestion du risque. Il a un **pouvoir d'opposition** plus que d'acceptation : « *en cas d'opposition motivée du conseil à ces propositions, le directeur lui soumet dans le délai de quinze jours une nouvelle proposition tenant compte de cet avis* » (art. R. 211-1-2 CSS). Il n'approuve plus les budgets, pouvoir traditionnels des conseils d'administration, mais peut s'y opposer à la majorité qualifiée des deux tiers et refuser avec cette même majorité la nomination des cadres dirigeants.

Comme au plan national, ces dispositifs interrogent sur l'existence de contre-pouvoirs et sur leur intérêt notamment quand ils privent les conseils de responsabilité dans des domaines où leur gestion n'était contestée : sont ainsi supprimées deux commissions importantes du conseil d'administration, celle des marchés et de contrôle des comptes.

D'où, le sentiment de dépossession de certains Présidents en dépit d'attributions spécifiques (délibération sur la politique d'action sanitaire et sociale, mais dans le cadre des orientations nationales) ou nouvelles (mise en place d'une Commission des usagers).

B) *Les directeurs aux pouvoirs accrus*

Par rapport aux caisses de base, le pouvoir des caisses nationales n'a cessé de croître depuis 1967, celui du Directeur général de la CNAM va être renforcé par la loi de 2004. Il semble en être de même pour les directeurs locaux bénéficiaires de nouveaux pouvoirs. Qu'en est-il réellement ?

1. Un Directeur général à durée déterminée à la tête de son « réseau »

Suite au vote du Parlement, il ne peut être mis fin, par le Gouvernement, au mandat du Directeur général qu'avec l'accord explicite du Conseil à la majorité qualifiée (des 2/3)[1], ce qui conforte ses pouvoirs et lui assure la durée pour conduire son action ; en cas d'opposition avec le ministre il peut s'appuyer sur le Conseil notamment en cas d'alternance politique[2]. Les directeurs des autres caisses nationales peuvent être remerciés à chaque Conseil des ministres.

À la différence des autres branches, le Directeur général dispose d'une **compétence générale de principe** pour diriger la CNAM et « *a autorité sur le réseau des caisses locales.*

---

[1] Le projet de loi, peu précis, laissait le pouvoir de destitution au gouvernement (après « avis » du Conseil). Suite à un amendement de l'Assemblée nationale le donnant au seul Conseil, le secrétaire d'État fait adopter le texte mettant fin aux fonctions qu'après avis favorable du Conseil à la majorité des 2/3, impliquant celui du MEDEF.

[2] « *Seule …une alternance, pourrait lui donner l'occasion de franchir le Rubicon. La majorité qualifiée du conseil et le directeur général pourraient s'unir pour s'opposer au nouveau pouvoir* », le DG étant souvent qualifié de « proconsul » lors des débats. G. BAPT, Assemblée Nationale, 1re Séance 16 juil. 2004, J.O. p. 6671.

Il est responsable de leur bon fonctionnement » (art. L. 221-3-1 CSS). Outre les pouvoirs traditionnels sur les caisses, il est chargé par le même article de « *prendre les mesures nécessaires à l'organisation et au pilotage du réseau des caisses du régime général* ». Il partage avec l'État des pouvoirs de « tutelle » *a priori* sur les décisions de conseils ou de directeurs allant à l'encontre des COG ou des contrats pluriannuels de gestion (CPG) et peut seul définir ou de redéfinir les circonscriptions des caisses (pouvoir traditionnel de l'État) et confier à certaines des missions communes. Il signe seul avec le directeur local le CPG.

C'est le Directeur général, et non le Conseil, qui est le **gardien de l'ONDAM** (objectif national des dépenses de l'assurance maladie) et « *prend les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement* », ce qui lui donne un rôle majeur dans la maîtrise des dépenses maladie[1]. Dans ce cadre, il prend « *toutes mesures d'organisation et de coordination internes au régime, notamment de collecte, de vérification et de sécurité des informations relatives à leur bénéficiaires et aux prestations qui leur sont servies* » (article L. 161-28 CSS). Il est responsable de la réalisation des objectifs définis dans la COG et de la **politique de gestion du risque**[2] dont il assure la coordination et l'homogénéité sur l'ensemble du territoire, avec une compétence générale et de principe. Dans la COG 2010-2013, l'État et la CNAM accentuent cette gestion du risque, « *cœur de l'action de l'Assurance maladie* »[3] avec comme « *défis* » à relever l'équilibre financier[4] et l'accès aux soins des assurés (dépassements d'honoraires, offre de soins territoriale).

Suite à la loi du 13 août 2004, le Directeur général a nommé parmi les directeurs locaux, des **directeurs « coordonnateurs régionaux »** de la gestion du risque du régime général. Leur rôle est renforcé par la COG 2010-2013, confortant leur mission de représentant du directeur général à la tête d'une structure disposant désormais de moyens spécifiques. « *L'Assurance Maladie fait évoluer cette mission pour en faire une véritable direction régionale de la coordination de la gestion du risque et la lutte contre la fraude, reposant sur un pilote, le directeur coordonnateur de la gestion du risque, qui s'appuiera sur un groupe de pilotage représentatif des compétences du réseau (DRSM, CARSAT et CPAM)* ». Il « *assurera*

---

[1] Par exemple, le 12 juillet 2007, dans le cadre de l'élaboration du PLFSS, il soumet au Conseil des propositions de franchises financières. Le 19 le Conseil a « *pris acte* » de la dernière version et pour lui l'opportunité et les modalités de mise en place relèvent de la responsabilité du Gouvernement. D'après *Annuaire sécu*, 22/07/2007.

[2] Qui « *semble profondément liée à la volonté des organismes d'assurance-maladie de définir un périmètre de compétences propres* […]. *Ainsi, à défaut de définition, la gestion du risque est devenue l'ensemble des actions que la CNAMTS a progressivement fait entrer dans le champ de la notion* ». En lui confiant « *des pouvoirs élargis de régulation des dépenses, la loi d'août 2004 a conforté ce positionnement* ». IGAS, 2009, rapport cité, p. 169.

[3] COG État/CNAM 2010-2013, préambule p. 8.

[4] Pour contribuer « ***aux efforts de l'État et de ses opérateurs*** *en vue du redressement des comptes publics* ». *Id.*

le pilotage et la coordination du réseau pour la contractualisation avec le DG ARS » (seule disposition de la COG initialement non validée par le ministère de la santé)[1].

La loi du 13 août 2004 a donc conféré au Directeur général un pouvoir d'organisation du réseau et de tutelle hiérarchique sur les dirigeants pour la totalité de leur gestion.

2. Les Directeurs du réseau au rôle croissant

Depuis la loi de 2004, le Directeur d'une caisse locale a une compétence de principe, similaire dans les textes à celle du Directeur général (art. L. 211-2-2 CSS). Il dirige la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), est responsable de son bon fonctionnement, « *prend toutes décisions nécessaires* », négocie et signe le contrat pluriannuel de gestion. Le Directeur général de la CNAM étant responsable du bon fonctionnement des caisses, existe donc une certaine **coresponsabilité** dans la gestion de la caisse locale entre le directeur général et local, lequel exerce ses attributions et « *dirige la caisse primaire dans le respect d*es *orientations définies par la caisse nationale* » (Art. R. 211-1-2 CSS). Le directeur rend compte au Conseil notamment par un rapport annuel d'activité transmis au président mais aussi au directeur général et à la tutelle ministérielle. Son rôle s'accroît au détriment du Conseil, il désigne la commission des marchés (composée de ses collaborateurs) et le conciliateur.

La loi du 13 août 2004 fait de la **conciliation** une obligation légale : les réclamations des usagers d'un organisme maladie « *sont reçues par une personne désignée par le directeur* » pour « *exercer la fonction de conciliateur* » pour son compte (après avis du Conseil)[2].

Vont s'ajouter pour le conciliateur les litiges entre assurés et professionnels de santé. La convention avec les médecins de 2005 prévoit qu'un patient peut le saisir s'il ne parvient pas à avoir de médecin traitant ou n'obtient pas de rendez-vous rapide auprès d'un médecin « correspondant ». Les bénéficiaires de la CMU complémentaire se heurtant à des refus de soins des praticiens, une circulaire du directeur général de la CNAM du 30 juin 2008 confie ces réclamations aux conciliateurs.

Devant le peu d'efficacité de cette procédure, la loi HPST du 21 juillet 2009 (à défaut de la reconnaissance du « *testing* ») la complète par une autre procédure de conciliation associant les professionnels et pouvant déboucher sur une pénalité financière[1].

---

[1] Le projet de rédaction initiale prévoyait que « *Les coordonnateurs régionaux devront, parallèlement, veiller à l'information rapprochée des conseillers de l'assurance maladie membres du conseil de surveillance de l'ARS et des directeurs d'organismes d'assurance maladie membres des conseils de surveillance des établissements de santé, et des Présidents et des Conseils des organismes du régime général de la Région* ». La rédaction définitive prévoit qu'ils *« assureront selon des modalités adaptées une bonne information de l'ensemble du réseau du régime général et notamment des membres des conseils concernés* ». COG État-CNAM 2010-2013, p. 35.

[2] Art. 58 al. VII (art. L. 162-15-4 CSS). Il ne peut intervenir en cas de procédure engagée devant une juridiction.

3. Les directeurs, juges des pénalités financières

La **loi du 13 août 2004** a en effet instauré ces sanctions à l'encontre des assurés, professionnels ou établissements de santé et employeurs en cas d'inobservation du code de sécurité sociale pour des remboursements ou prises en charge indus (ou leur demande). Après notification des faits, le directeur peut classer l'affaire, notifier un avertissement ou saisir pour avis (sauf en cas de fraude) une « commission des pénalités financières » du Conseil qui peut proposer une pénalité, son montant et adresse son avis au directeur et à l'intéressé. La pénalité peut être contestée devant le tribunal administratif (TA), compétence administrative (émanant du rapporteur de la commission spéciale) étonnante par rapport au contentieux de la sécurité sociale[2].

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009, l'article L. 162-1-14 est réécrit pour « *mettre en place un dispositif efficace, souple en gestion, dissuasif notamment grâce à un montant des pénalités adapté au grief (abus, fautes ou fraudes) et à l'acteur de santé concerné* »[3] (avec des peines plancher différentes en cas de fraudes).

Leur domaine s'est considérablement élargi quant aux personnes[4] et faits[5] concernés et les directeurs sont incités à leur recours systématique en cas de fraude par la convention d'objectifs et de gestion qui prévoit également un fichier national et des indicateurs[6].

Ces sanctions ont été étendues aux **prestations familiales et vieillesse** par la LFSS pour 2006 (art. L.114-17 CSS) et sont prononcées par le directeur, après avis d'une commission du CA qui apprécie la responsabilité du bénéficiaire. L'article 87 de la LFSS pour 2010 modifie la procédure : le directeur notifie directement la pénalité, la commission des pénalités devient une instance de recours gracieux qui apprécie la responsabilité, évalue le montant de la pénalité et adresse simultanément son avis à l'intéressé et au directeur pour décision.

---

[1] L'article 54 de la loi HPST prévoit la saisine (valant dépôt de plainte) par la victime d'un refus de soins du directeur de la caisse ou du président du conseil de l'ordre. Une conciliation est menée par une commission (conseil de l'ordre et organisme) et en cas d'échec, le président du conseil de l'ordre saisit la juridiction ordinale. En cas de carence du conseil de l'ordre, le directeur peut prononcer à l'encontre du professionnel une pénalité.

[2] D'autant que ces pénalités seront recouvrées par mise en demeure puis par contrainte comme les cotisations. L'exposé des motifs du projet de loi donnait la compétence au tribunal des affaires de sécurité sociale, celle du TA semble résulter d'un choix par rapport au monde médical (conventions de la compétence administrative).

[3] Exposé des motifs de l'article 77 du PLFSS qui note l'inefficacité de la procédure mis en place en 2004.

[4] Bénéficiaires de régimes maladie (et non plus assurés), de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ou de l'aide médicale de l'État ; tout dispensateur de soins ou de prestation de service ou des produits.

[5] Notamment pour les bénéficiaires : inobservation des codes sociaux ; non déclaration de changement de situation ; réponse absente, fausse, incomplète, trop tardive pour un justificatif. Pour les médecins : récidive après deux mises sous accord préalable ou non atteinte d'objectif de réduction des prescriptions ; abus constatés par le contrôle médical. Pour les employeurs : non déclaration d'AT ou non remise de la feuille AT à la victime.

[6] Accroître le nombre de pénalités notifiées de 900 en 2010 à 2400 en 2013. La CNAM veillera à ce que chaque fraude détectée ait une suite répressive (notamment pleine utilisation des pénalités), diffusera une doctrine de traitement des contentieux en fonction des griefs pour en harmoniser la pratique et mettra en place un fichier national des dépôts de plaintes pénales, ordinales et des pénalités. D'après COG État CNAM 2010-2013, p. 66.

Paradoxalement les procédures, le régime des peines (peines planchers en maladie) et le rôle de la commission sont différents selon les branches, mais ces nouveaux pouvoirs des directeurs (se substituant au juge pénal ?) reflètent le durcissement des sanctions depuis 2004. La LFSS pour 2012 harmonise pour les branches famille et vieillesse le doublement de la pénalité en cas de récidive comme en assurance maladie (et permet le recouvrement sur les prestations à venir comme en matière d'indu). Prenant en compte la complexité de la procédure, elle transfère le contentieux des TA aux tribunaux des affaires de sécurité sociale[1].

Si nous pouvons nous interroger sur la conciliation de l'Assurance maladie (bilan mitigé, exercée par un agent de l'organisme dépendant du directeur, ayant un rôle pédagogique et non de trancher les litiges), retenons que pénalités et conciliation sont significatives de l'accroissement des pouvoirs des directeurs au détriment des conseils (et des CA).

Si ces pouvoirs semblent sans partage, ils sont devenus contrôlés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 et les pénalités prononcées « *sont notifiées après avis conforme du directeur de l'UNCAM ou de son représentant* »[2].

4. Quel accroissement de pouvoirs pour les directeurs ?

Si leurs pouvoirs augmentent corrélativement à la diminution de ceux des Conseils, ce serait oublier ceux du Directeur général. Quelle est leur appréciation de leur nouveau rôle ?

En février 2006, suite à un questionnaire diffusé par l'EN3S[3], sur le nouveau mode de gouvernance de la branche, les directeurs des caisses maladie ont répondu que leur fonction a changé et leur légitimité, avant tout assise sur la technique, ne provient plus de leur Conseil au rôle devenu très marginal. Ils se considèrent, à 57 %, comme des **techniciens** et pensent être perçus par leurs partenaires externes comme des dirigeants d'organismes parapublics (91%) et non comme des agents de l'État (38%), encore moins d'organismes paritaires (26%) !

Les réponses sont partagées sur l'accroissement (49 %) ou non (51 %) de leurs pouvoirs suite à la réforme de 2004. Elle modifie la gouvernance dans les relations entre caisses locales et nationale (57 %), se traduit par une évolution de l'exercice de décision au profit des agents

---

[1] La prescription sera de deux ans pour son recouvrement mais de 5 ans pour les faits. PLFSS pour 2012, p. 98.

[2] De même par l'art. 57 de la convention nationale entre les pharmaciens d'officine et l'assurance maladie du 12 avril 2012, si le directeur d'une caisse souhaite que soit prononcée une décision de déconventionnement ferme d'au moins 15 jours ou d'au moins 3 mois avec sursis, il saisit la Commission paritaire nationale qui émet un avis transmis au directeur de l'UNCAM pour décision. Arrêté du 4 mai 2012 approuvant la convention, JO du 6.

[3] En association avec le Laboratoire de recherche sur la gouvernance publique (Largotec) de l'Université Paris XII. Plus de 60 % des directeurs de CPAM y ont répondu (et représentent la 3/4 des réponses). Leur rôle est de diriger pour 45 %, de manager des équipes pour 21 % et de décider pour 16 %. Ils tirent leur légitimité de leur compétence professionnelle pour 63,8 %, de la tutelle exercée par le directeur général de la CNAM pour 29,5 %, d'une délégation accordée par le conseil de la caisse locale pour 6,6 %.
/adminsite/objetspartages/liste_fichiergw.jsp?OBJET=DOCUMENT&CODE=1171888875388&LANGUE=0

de direction (dont le Directeur général) par rapport aux partenaires sociaux (pour 83 %) et de la CNAM par rapport aux caisses locales ainsi que par une prise en charge de la gestion de l'assurance maladie par le Directeur général (pour 99 %).

Dans une nouvelle enquête de 2007, six directeurs de CPAM sur dix estiment que « *le directeur est un agent dont le souci principal est de mettre en œuvre les politiques et les objectifs définis par la caisse nationale* », 38,46 % qu'il « *est un manager dont l'objectif est d'assurer le bon fonctionnement de son établissement, quitte à s'écarter des règles nationales* » et près de 85 % qu'ils disposent « *des moyens de conduire la modernisation de la caisse* ». Plus de la moitié se considère comme appartenant au service public, près des trois-quarts souhaiteraient disposer de plus d'autonomie (pour s'adapter aux particularismes locaux et rendre les caisses plus efficaces). Pour 55% les relations caisses locales-nationale « *sont comparables à celle qu'une filiale entretient avec sa maison mère dans le secteur privé* ». Le rôle du Directeur général apparaît important et nécessaire pour la gestion du risque[1].

En branche maladie, le directeur « patron » dans sa caisse, l'est sous l'autorité d'un « patron national » non contesté, le Directeur général de la Caisse nationale. Qu'en est-il dans l'autre branche gérée par la CNAM ?

C) *Les particularités de la branche Accidents du travail/Maladies professionnelles*

Cette branche couvrant les risques professionnels, associe depuis longtemps les partenaires sociaux au sein de structures paritaires originales au plan régional et national. Ils ont élaboré des projets de réforme dont certains ont été suivis d'effet.

1. Une répartition des compétences plus favorable aux partenaires sociaux

La loi du 30 octobre 1946 rénove partiellement les risques professionnels : elle reprend le compromis de 1898[2], étend leur couverture à leur prévention et aux accidents du trajet, sa gestion est confiée à la Sécurité sociale. Sont créés, par branches professionnelles, auprès des Conseils d'administration (national et régionaux) des Comités techniques nationaux (CTN) et régionaux (CTR) paritaires chargés de les assister en matière de prévention.

Les risques professionnels vont être de la compétence de la CNAM en 1967.

---

[1] 83 % des directeurs de caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) considèrent dans l'enquête de 2007 que la mise en œuvre de la gestion des risques comme une transformation importante de l'assurance maladie.

[2] Depuis la loi du 9 avril 1898, l'accident survenu au temps et sur le lieu du travail sera présumé d'origine professionnelle et indemnisé par une réparation forfaitaire qui, en 1919, s'étend aux maladies professionnelles inscrites sur des « tableaux ». Jusqu'en 1946, les compagnies d'assurances privées assuraient le risque.

La **loi du 25 juillet 1994** crée la branche AT/MP dont la gestion est déléguée à une Commission des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles (**CAT/MP**). Elle est paritaire[1], premier accroc à la loi de 1983, le Conseil d'administration comportant, à l'époque, une majorité de salariés.

Elle établit les éléments de calcul des cotisations selon les catégories de risque et a pour rôle de « *définir et de mettre en œuvre les mesures de prévention* » et « *de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre* » de la branche (dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale), l'État se substituant à elle cas de défaillance. Cette branche est donc la seule à avoir une certaine maîtrise de ses recettes.

La réparation est assurée par les CPAM par des prestations plus favorables qu'en assurance maladie[2], même si son principe de réparation forfaitaire moins favorable que la réparation intégrale a été critiqué et que la non-déclaration de certains accidents, a entraîné une contribution de la branche AT/MP à la branche maladie. Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) sont chargées de la prévention et d'une tarification assurantielle qui se veut incitative, fonction du risque de l'établissement, mais complexe[3].

Dans cette branche assurantielle financée par les employeurs, les partenaires sociaux ont toujours eu un rôle plus important qu'en assurance maladie. L'article 54 de la loi du 13 août 2004 les invitait à faire, dans le délai d'un an, des propositions de gouvernance de la branche AT/MP (et le cas échéant en matière de prévention, réparation et tarification).

Ce sera l'objet de plusieurs accords paritaires.

2. Les protocoles d'accord de 2006 et 2007 aux résultats limités

Est conclu un « *protocole d'accord du 28 février 2006 sur la gouvernance de la branche* », entre les employeurs et FO, la CFDT et la CFTC, significatif de leur volonté de lui donner plus d'autonomie et de renforcer les pouvoirs de la CAT/MP. Pour ce texte, elle « *doit être gouvernée dans le respect du strict paritarisme* » (écartant ainsi, les représentants des usagers, ce qui était l'enjeu de la négociation)[4] et être présidée par un employeur (ce qui a toujours été le cas).

---

[1] En 2012, 5 employeurs (3 MEDEF, un CGPME, un UPA) et 5 salariés (un par syndicat représentatif) parmi les administrateurs de la CNAM ou des Comités techniques. Présidence MEDEF, 1er Vice-présidence FO, 2ème CGT

[2] Couverture à 100% des prestations en nature avec tiers payant. En 2010, 7,9 M€ de prestations (déficit 0,7). Structure des dépenses : incapacité permanente 34 %, autres charges 25 % (dont 43 % pour les transferts), indemnités journalières, 21 %, fonds amiante 10 %, incapacité temporaire hors IJ 10 %. Source DSS, 2011, p. 15

[3] Taux annuel fonction des dépenses AT/MP de l'établissement (suivant sa taille, 3 types de tarification : individuelle, collective et mixte) : au taux « brut » sont rajoutés le taux trajet M1, les frais de gestion M2, les compensations et fonds amiante M3 et suite à la loi du 9 nov. 2010 la retraite pour pénibilité M4.

[4] La création d'une caisse autonome est aussi écartée. *Liaisons Sociales* du 26/04/2007.

Le texte veut **conforter le rôle de la CAT/MP** : elle « *détermine, élabore, et vote* » les conventions et en particulier la COG, « *règle par ses délibérations les affaires de la branche AT/MP et définit les orientations que le directeur des risques professionnels devra mettre en œuvre. Elle participe à l'élaboration des textes relatifs à la réparation et à la tarification ainsi qu'au volet Sécurité sociale de la prévention des risques professionnels* ».

Le protocole prévoit que la commission désigne le responsable de la Direction des risques professionnels (DRP) de la CNAM, chargé d'animer le réseau « *dans le cadre des lignes directrices* » définies par la CAT/MP, à qui il rendrait compte. En région, une commission AT/MP « *strictement paritaire* » coordonnerait les CTR. Est prévue une convention avec la CNAM, élaborée par la CAT/MP, pour « *clarifier les missions et les objectifs respectifs* » de la DRP et l'appréciation par les partenaires sociaux de la validité « *au regard de critères clairs et objectifs* » des transferts financiers vers la branche maladie.

Ces demandes, nécessitant des mesures législatives et réglementaires, resteront sans suite, les attributions de la CAT/MP n'ont pas changé. Seule est rendue obligatoire par la loi HPST du 21 juillet 2009, la création d'une commission AT/MP paritaire et consultative auprès des Conseils d'administration des nouvelles CARSAT.

Si la demande d'élaboration de la COG par la CAT-MP est restée lettre-morte, dans les faits elle y a participé pour la convention 2009-2012 : des « orientations », s'inspirant des accords de 2006 et 2007, adoptées à l'unanimité le 10 juillet 2008, ont constitué la base de la négociation avec l'État de son contenu et la convention est signée fin 2008. A été élaboré fin 2008 un programme national d'actions coordonnées (PNAC), fixant, pour la première fois, des objectifs quantifiés de réduction du risque et de la sinistralité, marquant une volonté de pilotage du réseau des services de prévention régionaux, traditionnellement autonomes.

Le ***protocole d'accord du 12 mars 2007*** *sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels*[1] écarte la réparation intégrale demandée par les syndicats. Il propose une allocation de réinsertion pour les victimes et une réparation personnalisée et améliorée avec, en contrepartie, une demande de sécurisation juridique des employeurs, dispositifs ne bouleversant pas le système. À sa suite, l'allocation temporaire de réinsertion professionnelle[2] et l'indemnité temporaire d'inaptitude[3] sont créées dès la LFSS pour 2008[1].

---

[1] Signé par les employeurs et FO, CFDT, CFTC. Source : *Liaisons Sociales*, n° 110/2007 du 26 avril 2007.

[2] Art. 100, loi n° 2007-1786 du 19 déc. 2007, JO du 21 déc. : maintien des IJ lorsque la victime demande à accéder durant son arrêt de travail aux actions de formation professionnelle ou d'évaluation, d'accompagnement.

[3] Rétablissement des indemnités journalières entre la date de reconnaissance de l'inaptitude et la date de mise en œuvre de la décision de l'employeur lorsque la victime ne perçoit aucune rémunération liée à son activité salariée.

Ce protocole veut aussi rendre la tarification plus incitative et éviter les contentieux en simplifiant l'imputation des dépenses. La Commission des AT/MP a adopté le 22 octobre 2009 un projet qui sera repris par un décret du 5 juillet 2010[2]. D'autre part, pour rénover les incitations financières, la CAT/MP prévoit une attribution simplifiée, la modernisation du système des ristournes, des règles d'injonctions et de majorations de cotisations[3], dispositions reprises dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

L'État entérine donc les **demandes techniques** de la CAT/MP mais non celles concernant la gouvernance de la branche. Celle-ci néanmoins demeure spécifique dans un domaine assurantiel géré par les partenaires sociaux (avec un consensus pour proposer des réformes législatives ou réglementaire) mais, de fait, le rôle important est joué par le patronat et le MEDEF qui préside la Commission. Les dernières réformes, importantes quant au rôle de propositions de la CAT/MP, paraissent marginales par leurs effets : tarification toujours peu lisible (et plus à la main des grandes entreprises), réparation plus protectrice, mais à minima. Le pilotage des CARSAT par la Direction des risques professionnels est croissant et pourrait s'accentuer suite au refus de certification des comptes 2010 et 2011 de la branche[4].

SECTION 2. ASSURANCE MALADIE ET PROFESSIONS DE SANTÉ

La réforme du 13 août 2004 « *s'efforce de créer des ponts* »[5] et d'associer tous les acteurs. Sont ainsi créées trois « unions nationales » pour les organismes de l'assurance maladie obligatoire, complémentaire et les professionnels de santé dont une « *union nationale des caisses d'assurance maladie* [UNCAM] *formée des caisses des trois principaux régimes* » (§ 1).

Elle « *aura un rôle central dans le pilotage de l'assurance maladie : conclure, dans le cadre d'un vrai partenariat, les conventions fixant notamment les modalités d'exercice des*

---

[1] Décret n° 2010-244 du 9 mars 2010 relatif à l'indemnisation du salarié déclaré inapte suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. JO 11 mars. Il s'applique au 01/07/2010 (versement 1 mois maximum).

[2] Décret n° 2010-753 fixant les règles de tarification, JO 7 juil. Tarification collective pour les entreprises de moins de 20 salariés (au lieu de 10), individuelle à partir de 150 (au lieu de 200) ; imputation au compte en une seule fois sur la base de coûts moyens des sinistres fixés par la CAT/MP ; une entreprise peut demander le calcul d'un seul taux de cotisation pour tous ses établissements ayant la même activité professionnelle.

[3] Cotisation supplémentaire en cas de risque exceptionnel ou répété avec infraction aux règles de santé et sécurité au travail. En cas de danger grave et imminent dans l'entreprise, procédure de référé auprès du TASS.

[4] Pour 2010 incohérence des informations de tarification transmises aux URSSAF. Pour 2011, passif non provisionné pour des litiges sur l'application de la législation AT-MP pendants à la clôture de l'exercice et contrôle interne insuffisant.

[5] « *libéraux, hospitaliers, différents régimes d'assurance maladie, de base et complémentaires*. *Et donc cette idée de décloisonnement et de pilotage global est très forte dans la gouvernance* ». D. LIBAULT, 2005, p. 29.

professions médicales et paramédicales »[1]. Ces relations de l'Assurance maladie avec les médecins libéraux seront examinées dans un § 2.

§ 1 L'UNCAM, une autonomie relative

Dans le cadre d'une séparation des responsabilités, la loi de 2004 *relative à l'assurance maladie* va donner une « *délégation de gestion renforcée* » à l'UNCAM (A). Elle sera par la suite plus encadrée par l'État (B).

A) *Les pouvoirs issus de la loi du 13 août 2004*

La gouvernance de l'UNCAM se rapproche de celle de la CNAM et confie des pouvoirs majeurs à son Directeur général.

1. Un nouvel établissement public compétent en matière des dépenses

L'UNCAM est une « union » de **trois Caisses** de nature juridique différente : organismes privés pour la CCMSA et le RSI, établissement public pour la CNAM dont l'Union est très proche : même qualification juridique, « dotée » des président et directeur de la CNAM qui l'héberge, soumise au contrôle de l'État, représenté à son Conseil par des commissaires du Gouvernement mais elle a en plus un « collège des directeurs ».

Lors de l'installation du Conseil, le ministre de la Santé, indique « l'esprit » dans lequel il a construit cet « *acteur central* » du système : « *assurer une meilleure articulation* » des régimes[2], « *permettre à l'assurance maladie d'assumer de nouvelles compétences* » pour passer d'un « *État gérant, omniprésent, à un État garant* » de l'accès aux soins et la santé publique, assurer le partenariat avec les professionnels de santé et l'UNOCAM[3]. Le président soulignait les pouvoirs nouveaux de l'Union ayant désormais « *en charge la définition de ce que la collectivité va décider de prendre en charge et du niveau de cette prise en charge* ».

L'État fixait traditionnellement les dépenses. La loi de 2004 **transfère à l'UNCAM**, dans le respect des objectifs de la politique de santé publique et des lois de financement de la sécurité sociale, les décisions des ministres[4] pour :

- les conditions d'inscription sur la liste de remboursement des actes ou prestations (article L. 162-1-7 CSS) et leur inscription et radiation après avis de la HAS et de l'UNOCAM ;

---

[1] Exposé des motifs du Projet de loi relatif à l'assurance maladie, n°1675, Assemblée nationale, p. 5.
[2] Procès-verbal du Conseil du 09.11.2004, p. 7. Le ministre dit avoir été « *tout au long de la préparation de la réforme et lors du débat parlementaire, très attentif* » à l'identité des régimes et la présidente que la MSA a présenté des amendements pour que la réforme prenne en compte tous les gestionnaires de l'assurance maladie.
[3] Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, examinée p. 343 et s.
[4] Les ministres auront désormais seulement un pouvoir d'opposition motivée.

- fixer la participation de l'assuré aux tarifs (art. L. 322-2 CSS) : taux du ticket modérateur dans le cadre de « couloirs tarifaires »[1], montant de la franchise médicale (initialement fixée à un euro par l'État) et réduction ou suppression de la participation de l'assuré (art. L. 322-3 CSS).

L'UNCAM récupère des trois régimes la politique conventionnelle avec les professionnels de santé. Les pouvoirs sont répartis entre le Conseil, le Directeur et le collège des directeurs.

2. Les instances d'orientation et de décision

Le **Conseil** est composé de dix-huit membres des caisses nationales - dont les trois présidents qui constituent le bureau[2] - douze conseillers de la CNAM, trois administrateurs pour chacun des deux autres régimes, ce qui de fait donne la majorité aux employeurs au sein du conseil. Comme à la CNAM, c'est avant tout un organe qui délibère sur les orientations de l'Union « *dans ses domaines de compétence* » - formule très générale - et sur la participation de l'assuré[3]. Il peut rendre un avis motivé sur leur mise en œuvre notamment pour les accords conventionnels. Il est saisi des projets de lois et de décrets transmis par le ministre.

Pour le Conseil d'État, l'absence d'orientations du Conseil sur les remboursements d'actes, entache la décision du collège des directeurs d'un défaut de base légale[4].

Le Conseil ne peut s'opposer que difficilement à une proposition du Directeur général. Il fixe la participation de l'assuré aux tarifs sur proposition du collège des directeurs. Il peut demander au directeur un second projet auquel il ne peut s'opposer qu'à la majorité des deux-tiers (art. L. 182-2-3 CSS). Comme à la CNAM, possibilité d'opposition à une majorité qualifiée plutôt que pouvoir d'approbation réelle ?

Le **Collège des directeurs** des trois régimes met en œuvre les orientations du Conseil d'inscription d'actes et prestations et sur les relations avec l'UNOCAM[5]. Il mandate le Directeur général pour négocier et signer les conventions avec les professions de santé et le contrat d'objectifs. Il est censé faire participer les régimes et encadrer les pouvoirs du DG

---

[1] Fixé par le décret n° 2004-1490 du 30 déc. 2004 dans un couloir de 10% : ex. pour les consultations, ticket modérateur entre 25 et 35 %, la fourchette de 5 % permet à l'UNCAM de le majorer ou minorer de 5 %.

[2] Le bureau « assure la permanence » du conseil, est informé des décisions du collège des directeurs ou du DG. Le Président de l'UNCAM tient ses fonctions du décret du 12 octobre 2004, le Directeur de la loi d'août 2004.

[3] Celles sur les inscriptions d'actes et de prestations doivent l'être « *sur la base des principes généraux définis annuellement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale* » ; « *on peut s'interroger sur le sens de cette précision* » notait la commission spéciale. J.-M. DUBERNARD, 2004, rapport cité, p. 274.

[4] Il a annulé à la demande du Conseil national de l'ordre des médecins et autres, une décision du 1er juillet 2008 du collège des directeurs de remboursement d'actes à des chirurgiens-dentistes. CE, Section du Contentieux, 7 avril 2010, n° 322962. Commentaires Anne-Sophie GINON, *Le Droit Ouvrier*, nov. 2010, n° 748, p. 616- 620.

[5] Il établissait le contrat type entres les URCAM et les caisses, disposition caduque. Depuis la LFSS pour 2010, il arrête le montant de la contribution des caisses nationales au développement professionnel continu.

mais celui-ci, ayant deux voix et les deux autres une chacun, ne peut se faire imposer une décision et doit seulement éviter leur opposition conjointe.

Le **directeur général** de la CNAM « *assure les fonctions de directeur général de l'union* » (art. L. 182-2-2 CSS). À l'UNCAM aussi, sa compétence est de principe. Il est un peu difficile de distinguer ses attributions au titre des deux structures ; en cas de procédure d'alerte, il pourra notamment proposer des mesures de redressement à la CNAM et les prendre à l'UNCAM. Si la loi de 2004 ne donne aux conseils de la CNAM et de l'UNCAM qu'un rôle d'orientations partagées entre eux, elle concentre les pouvoirs de décision sur la tête du Directeur général commun[1].

D'aucuns se demandent si le Directeur général n'est pas devenu le « délégué » du Gouvernement[2] ? Une décision du Conseil constitutionnel conforte ce point de vue, le législateur pouvant lui attribuer des attributions réglementaires pour « *fixer des normes permettant la mise en œuvre des principes posés par la loi, pourvu que cette habilitation ne concerne que des mesures limitées tant par leur champ d'application que par leur contenu* »[3].

B) *L'encadrement des pouvoirs de l'UNCAM*

Ses possibilités d'action sur les dépenses déléguées par la loi du 13 août 2004 (limitées par rapport à leur ensemble, les secteurs hospitalier et médico-social lui échappant) ne vont s'exercer que dans la mesure où elles ne contrarient pas les objectifs du Gouvernement. Elles seront ensuite encadrées par la contractualisation avec l'État.

1. Les reprises de pouvoirs de l'UNCAM par l'État

Elles vont s'opérer progressivement. Dès fin 2005 l'article 70 de la LFSS pour 2006 revient sur la compétence relative à la réduction ou suppression de la participation de l'assuré (de l'art. L. 322-3 CSS). Elle la redonne au Gouvernement pour qu'il puisse mettre en place,

---

[1] Pour la commission spéciale de l'Assemblée nationale, « *nonobstant l'existence de compétences collégiales, l'UNCAM, à l'instar de la CNAM, est donc dotée d'un exécutif fort* ». J.-M. DUBERNARD, 2004, rapport cité, p. 274.

[2] « *La concentration des pouvoirs des caisses d'assurance maladie au sein de l'UNCAM résultant de la réforme de 2004 rend plus aisé un transfert de compétences au profit des pouvoirs publics. On peut d'ailleurs se demander si le directeur général de l'UNCAM n'exerce pas déjà fonctionnellement des prérogatives de délégué du gouvernement* ». D. TABUTEAU, 2006, ouvrage cité, p. 383.

[3] Il s'est prononcé sur l'article 37 de la LFSS pour 2007 permettant au Directeur général de déterminer les cotisations 2009 des dentistes conventionnés. Il a considéré que l'article 21 de la Constitution (le Premier ministre assure l'exécution des lois et le pouvoir réglementaire) n'empêche pas le législateur de confier à une autre autorité publique la fixation de ces normes pour la mise en œuvre des principes posés par la loi. Le pouvoir conféré au Directeur général de l'UNCAM, établissement public de l'État, ne méconnaît pas cet article. Décision n° 2008-571 DC du 11 déc. 2008, loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, JO 18 déc. 2008, p. 19327.

par décret, une participation de l'assuré de 18 € sur certains actes lourds exonérés du ticket modérateur, l'UNCAM et l'UNOCAM donnant uniquement un avis.

Le pouvoir de l'UNCAM va ensuite devenir contraint pour la fixation du taux du ticket modérateur, son Conseil non tenu à un délai de décision, pouvait faire une opposition passive.

Un **décret du 14 janvier 2011** relève les fourchettes des couloirs tarifaires pour certains médicaments mais surtout modifie les règles du jeu, redonnant la main au Gouvernement en l'absence de décision de l'Union.

En effet, lorsqu'une nouvelle fourchette est fixée par décret, si elle ne fixe pas un nouveau taux dans les deux mois, un arrêté du ministre chargé de la santé « *constate* » le nouveau taux applicable[1]. Le conseil de l'UNCAM, s'étant prononcé le 24 février 2011 contre la baisse de 5 % du taux de remboursement des médicaments à vignette bleue proposée par le Collège des directeurs[2], un arrêté du 18 mars 2011 fixe le nouveau taux.

Il suffirait donc d'un décret pour limiter, au profit du Gouvernement, une délégation de pouvoirs que l'UNCAM tenait de la loi de 2004[3], modification passée quasiment inaperçue.

Saisi par la FNATH, le CISS et l'UNAF, le Conseil d'État le 2 décembre 2011 a annulé pour excès de pouvoir l'article 3 de l'arrêté avec effet au 30 avril 2012 considérant que « *la fixation du taux de participation de l'assuré ressortit exclusivement à la compétence* » de l'UNCAM[4]. Cette annulation sera sans effet pratique, le gouvernement ayant, par « sécurisation juridique » du dispositif, fait voter par amendement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (**PLFSS) pour 2012** le principe de substitution du ministre à l'UNCAM en cas d'absence de décision dans un délai prévu par décret[5].

Ces reprises d'attributions par le gouvernement permettent de s'interroger sur la pérennité des dispositifs de « délégation de gestion » de l'État à l'Assurance maladie.

---

[1] Article 3 du décret n° 2011-56 du 14 janvier 2011, JO du 15 janvier 2011 p. 920.

[2] Vote du Conseil : 9 contre (MSA, syndicats salariés), 5 prenant acte (MEDEF, CGPME), 3 s'abstenant (RSI). Son président a précisé qu'il n'entendait pas, compte tenu du décret du 14 janvier 2011, ouvrir un deuxième débat sur ce sujet. http://www.annuaire-secu.com/pdf/CP-conseilUNCAM240211.pdf accédé 27/02/2011.

[3] « *En cas de refus de l'UNCAM, l'État devrait avoir recours à la loi pour transférer à l'État la compétence en matière de fixation des taux de ticket modérateur* (retour à la situation avant la loi de 2004) *ou avoir recours à des techniques de type participation forfaitaire ou franchise ad hoc* ». R. BRIET *dir.*, 2010, p. 42.

[4] CE, 2 déc. 2011, n° 347497, 1ère et 6ème sous-sections, FNATH-Association des accidentes de la vie, Collectif inter associatif sur la santé (CISS), Union nationale des associations familiales (UNAF), n° 347497, mentionné au tables du recueil Lebon. Pour les demandeurs, « *La pièce s'est jouée en deux actes dans la plus grande indifférence des partenaires sociaux* ». Communiqué de presse CISS, FNATH, UNAF, 7 déc. 2011.

[5] L'article L. 322-2 CSS est complété par : « *Le décret en Conseil d'État précise notamment le délai dont dispose* [l'UNCAM] *pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à* [l'Union] *en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré* ». Le rapporteur général du Sénat fait adopter l'article, « *la brièveté du temps imparti général ne lui* [ayant] *pas permis de consulter l'Uncam sur le bien-fondé de cette mesure* ».
Sénat, 2011, Yves DAUDIGNY, Rapport sur le PLFSS, T. 7, p. 221.

2. Le contrat d'objectif pluriannuel, partage des pouvoirs avec les ARS

La gestion des risques va devenir un domaine contractualisé entre l'État et les trois principaux régimes d'assurance maladie et l'État et non plus arrêtée entre eux seuls.

L'article 117 de la loi HPST créant l'article L.182-2-1-1 CSS prévoit pour l'UNCAM un dispositif similaire à celui des COG. L'Union conclura avec l'État un « *contrat d'objectif pluriannuel* » de quatre ans minimum qui, dans le respect des LFSS détermine les objectifs de **gestion du risque** communs aux trois régimes[1], leurs programmes nationaux étant élaborés conformément à ces objectifs. Le Conseil délibère sur les orientations préparées par le collège des directeurs, le contrat est négocié par le Directeur général et signé par lui et le président.

L'objectif « *central* » du contrat État-UNCAM 2010-2013, signé le 1er mars 2011, est de « *mobiliser l'État et l'Assurance maladie, au niveau national, régional et local, pour assurer le respect de l'ONDAM* »[2]. Ses cinq priorités[3], déclinées en « *20 objectifs pour la gestion du risque* » visent avant tout le changement de comportement des patients. Pour les professionnels de santé, le contrat veut « *renforcer les coopérations* » entre eux, déployer le développement professionnel continu (DPC) créé par l'article 59 de la loi HPST. Il envisage de nouvelles modalités de rémunération (forfaitaire et à la performance médicale) dans les prochaines conventions et donne à la future convention médicale un objectif de « *soutien à l'installation dans les zones sous denses* » identifiés par les SROS.

Le contrat prévoit des engagements datés des contractants (objectifs à quatre ans, échéances à fin 2011). Il sera actualisé chaque année afin de tenir compte des lois de financement de la sécurité sociale et de l'ONDAM[4]. Notons plus d'engagements de l'État que dans les COG (traduisant son rôle devenu majeur dans le système de santé et la gestion du risque, les organismes maladie jouant celui d'opérateur) et que la convention d'objectifs et de gestion de la CNAM 2010-2013, décline des actions du contrat UNCAM.

Il veut **coordonner les actions** de gestion du risque au plan national et régional. S'il fait intervenir l'Assurance maladie par des actions d'accompagnement dans les secteurs hospitalier[5] et médico-social, les ARS seront des artisans de la mise en œuvre de ses objectifs

---

[1] « *visant à promouvoir des actions relatives à la prévention et l'information des assurés, l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels et établissements de santé, pour favoriser la qualité et l'efficacité des soins* ».

[2] « *qui devrait passer de 3 % en 2010 à 2,9 % en 2011 et 2,8 % en 2012* ». Contrat État-UNCAM 2010-2013, p. 4. En gras dans le texte. Il « *vise à augmenter l'efficience du système de santé pour répondre aux contraintes fortes pesant sur les finances sociales* ».

[3] Mieux connaître le risque santé ; renforcer l'accès aux soins ; renforcer l'information et la prévention ; promouvoir des prises en charge plus efficiente ; moderniser les outils au service du système de santé.

[4] Suivi État-UNCAM par deux réunions et rapport au conseil de l'UNCAM et au conseil de pilotage des ARS.

[5] Éviter les hospitalisations inadéquates, développer les alternatives à l'hospitalisation, accompagner les sorties.

et interviendront en risque ambulatoire, le contrat leur donnant les moyens d'y agir. L'intitulé de l'objectif 17 « *Réussir la mise en place des ARS* » est significatif de leur importance.

Le « Programme pluriannuel régional de gestion du risque » (**PPRGR**) comprend des actions contractualisées entre l'État et l'UNCAM, d'autres « tenant compte des spécificités régionales ». Élaboré et arrêté par le Directeur général de l'ARS « *après concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime* » et, nouveauté, avec les organismes complémentaires, il est ensuite contractualisé et décliné dans les CPG des caisses des régimes. C'est désormais l'ARS qui organise la permanence des soins par un cahier des charges.

Il convient de souligner la multitude de dispositifs contractuels : avec l'État convention d'objectifs et de gestion de la CNAM et contrat UNCAM, avec la CNAM, contrats pluriannuels de gestion (CPG) des caisses devenus « *hybrides* »[1] déclinant à la fois les objectifs de la caisse nationale et le PPRGR des ARS.

Est donc réalisée une relative intégration de l'assurance maladie et de la gestion du risque ambulatoire au sein des ARS[2], à laquelle sont associés les régimes complémentaires, dont l'intervention ira croissant dans les conventions avec les professions de santé, domaine traditionnel des régimes légaux.

§ 2 Les relations Assurance maladie - médecine libérale

Le poids des médecins a toujours été important pour peser sur l'organisation de la médecine libérale (A). Depuis 1971, leurs relations avec l'Assurance maladie sont régies par des conventions nationales rénovées par la loi du 13 août 2004 (B).

A) *La permanence du poids du pouvoir médical*

Les professions de santé et notamment les médecins ont une influence ancienne, concrétisée par la création en 2004 de l'Union nationale des professions de santé.

1. Malgré des dissensions internes, un efficace lobbying

Le syndicalisme médical est ancien. En 1884, est créée l'Union des Syndicats Médicaux de France (USMF) pour défendre les intérêts économiques de la profession, son monopole des soins et la médecine libérale face aux mutuelles par le libre choix du médecin par le malade et l'entente directe avec lui sur les tarifs.

---

[1] IGAS, 2009, IGAS, rapport cité, p. 170-171.

[2] Pour deux concepteurs des ARS « *la répartition des compétences entre l'État et l'assurance maladie ne saurait continuer d'obéir à une logique dyarchique* ». C. COURREGES, A. LOPEZ, 2011, article cité, p. 1117.

Une scission intervient au sein de l'USMF, les adversaires de la contractualisation avec les caisses constituent la Fédération nationale des syndicats de médecins de France qui élabore en 1926 et adopte le 30 novembre 1927, les principes de la « **Charte de la médecine libérale** »[1]. Ils sont acceptés dans la loi de 1930 sur les assurances sociales : « *Grâce à sa mobilisation politique, le syndicalisme médical a été en mesure de peser sur la définition de l'organisation même du système d'assurance maladie* »[2].

La Confédération des Syndicats Médicaux Français (**CSMF**) réunifie l'USMF et la Fédération nationale des syndicats de médecins de France le 6 décembre 1928. La CSMF demande en 1929 la création de l'Ordre des médecins, réalisée par le régime de Vichy[3].

Si le syndicalisme médical est de nouveau éclaté et divisé (en 1986, des généralistes quittent la CSMF et créent « MG-France »), son **influence politique** est constante. Les médecins ont toujours été bien représentés à l'Assemblée nationale et un pouvoir d'influence électoral leur est attribué[4]. Pour un ancien directeur de la CNAM, les responsables syndicaux des médecins « *n'ont jamais manqué de faire référence aux enjeux électoraux dans les négociations professionnelles importantes* »[5]. Leurs divisions syndicales ne profitent pas à l'Assurance maladie. La « faiblesse » des pouvoirs publics permet à leurs syndicats « *de jouer un rôle majeur dans la définition de la politique de soins ambulatoires, tant au travers des négociations conventionnelles que de la mobilisation politique* [parvenant ainsi] *à contrôler la nature des réformes engagées dans le domaine des soins de ville* »[6].

Les syndicats médicaux et tout particulièrement la CSMF à la capacité d'adaptation certaine, ont une influence majeure sur la **formulation des réformes** : principe de la convention médicale nationale en 1970, concepts de médecin traitant et de parcours de soins

---

[1] Basée sur : 1) le libre choix du médecin par le malade ;
2) le respect absolu du secret professionnel ;
3) le droit à des honoraires pour tout malade soigné ;
4) le paiement direct par l'assuré sur la base minimum tarifs syndicaux ;
5) la liberté thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement primant sur le facteur économique ;
6) le contrôle des malades par la caisse, des médecins par le syndicat, avec une commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord ;
7) la représentation du syndicat dans les commissions techniques des Caisses.
Source : P. HASSENTEUFEL, 2008, « Syndicalisme et médecine libérale… », article cité, p. 25.

[2] *Idem*, p. 26.

[3] Par un décret du 7 octobre 1940. À l'origine de sa création « *la diffusion des idées corporatives, c'est-à-dire la conception de la profession médicale comme un corps fermé se réglementant lui-même* ». *Idem*, p. 26, 27.

[4] Après le Plan Juppé, la défaite de la majorité après la dissolution de l'Assemblée serait due aux médecins, la CSMF y étant hostile. « *La formule que répètent rituellement tous les ministres de la santé* – « On ne fait pas de réforme du système de santé contre ou sans les médecins » – *traduit la subordination acceptée du politique au corps médical pour ce qui concerne l'organisation des soins de ville* ». P.-L. BRAS, 2008, article cité, p. 51.

[5] D. COUDREAU, 2004, article cité, p. 41.

[6] P.-L. BRAS, 2008, article cité, p. 47.

en 2004[1], maîtrise médicalisée (prônée par la CSMF depuis 1993 et introduite dans la convention de 2005)[2], nouvelles modalités de rémunérations en 2011.

2. Les unions des professionnels de santé

C'est à l'initiative du rapporteur de la Commission spéciale de l'Assemblée Nationale que la loi de 2004 crée l'**Union nationale des professionnels de santé** (UNPS). Regroupant les représentants de l'ensemble des professions de santé[3], elle donne, comme l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), des avis sur des propositions de décisions de l'UNCAM (admission des actes au remboursement, fixation des taux de remboursement) et examine, en principe, un programme annuel de concertation avec les deux autres Unions. Sa mission principale est de négocier avec l'UNCAM l'**Accord cadre interprofessionnel** (ACIP) qui doit fixer, depuis 2002, les obligations des caisses et des professions conventionnées, leurs règles communes, mais a tardé à être conclu[4] ce qui traduisait la difficulté d'unicité de prise de position de ses composantes[5].

Un accord cadre, négocié avec l'UNCAM et l'UNOCAM en avril 2012, réaffirme l'attachement au système conventionnel entre l'assurance maladie et les professionnels de santé. Il prévoit la mise en place d'expérimentations d'optimisation du parcours de soins de certains patients en facilitant le lien ville-hôpital (sortie d'hospitalisation)[6], des échanges personnalisés entre professionnels de santé et caisses, un comité paritaire de suivi de l'accord et la participation des caisses au financement de certaines cotisations[7]. Il a été signé le 15 mai 2012 par l'UNPS et l'UNCAM.

La loi HPST du 21 juillet 2009 instaure des **Unions régionales des professionnels de santé** (URPS), associations de la loi de 1901 qui assureront leur représentation régionale. À leurs premières élections, fin 2010, six listes principales s'affrontent dans trois collèges :

---

[1] « *Au cours de cette histoire, la sphère politique est pour l'essentiel opportuniste : elle n'exprime pas un projet propre, son attitude dépend du choix des alliances (MG France ou CSMF) et se modèle sur les options, elles-mêmes changeantes, de l'allié retenu.* » *Idem*, p. 53.

[2] CSMF 06/07/2011. http://www.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=750&Itemid=541

[3] Art. L. 182-4 CSS. L'UNPS se substitue au Centre national des professions de santé (CNPS). À noter que la CNAM participe financièrement au fonctionnement de cette association de la loi du 1er juillet 1901.

[4] ACIP prévu par la loi 2002-322 du 6 mars 2002. Il peut déterminer les mesures pour la qualité des soins, leur coordination ou promouvoir des actions de santé publique. Un projet d'ACIP a été rejeté par le CA du CNPS fin 2002. L'UNCAM, en février 2011, a adopté des orientations (délivrance et coordination des soins ; relations professionnels caisses) pour négocier un ACIP, sa conclusion a été repoussée après la convention médicale.

[5] « *Pour autant, cette transversalité a pour l'instant été employée à la défense d'intérêts financiers catégoriels, par exemple la demande de l'extension à d'autres professions de l'allocation spéciale vieillesse des médecins*. » Cour des comptes, 2007, rapport cité, p. 182.

[6] Avec ces expérimentations, « *les partenaires pourraient se dégager de la tutelle des ARS qui pilotent les expérimentations prévues par la loi HPST et par la LFSS 2012* ». *Annuaire sécu*, n° 500 du 22 avril 2012.

[7] Dues au titre des activités non salariées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération et négociées dans les conventions nationales avant fin 2012. http://www.apima.org/img_bronner/ACIP_2012.pdf

globalement la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) recueille 35 % des voix, son allié le Syndicat des Médecins Libéraux (SML) 23 %, MG France 18 %, la Fédération des Médecins de France (FMF) 15 %, le BLOC 5 % et l'Union Collégiale 3 %. À la suite de ce vote favorable aux syndicats ayant combattu la loi « Bachelot », le remaniement ministériel voit le remplacement de la ministre de la Santé par M. Xavier Bertrand dès novembre 2010[1]. Les résultats de ces élections déterminent l'audience des syndicats et leur possibilité de négocier les conventions.

B) *Les conventions médicales, pas seulement bipartites*

L'histoire des conventions médicales est faite de contestations mais pour les deux parties et pour l'Assurance maladie en particulier, elles constituent un pouvoir non négligeable (et envié). Un nouveau cadre conventionnel, en 2004, va permettre de signer deux conventions en 2005 et 2011, importantes pour l'organisation et le paiement des soins.

1. Des conventions médicales contestées

C'est à la suite d'une « *alliance tacite et inattendue entre représentants des caisses et des médecins qui s'accordèrent pour réclamer la généralisation du système conventionnel* »[2] que les conventions médicales départementales voient le jour en 1945. Elles sont aménagées par un décret du 12 mai 1960 avec la possibilité d'adhésion individuelle. Fin 1969 les travaux préparatoires du VIe plan envisagent l'abandon du paiement à l'acte. Face à cette menace, la CSMF propose une convention nationale et des discussions officieuses avec la présidence de la CNAM[3] aboutissent à un projet dont les grandes lignes seront à la base de la **loi du 3 juillet 1971**. Son article 1er liste les « *principes déontologiques fondamentaux* » leur donnant (concession aux médecins) une base législative, « *transformant ainsi un règle de déontologie en principe fondamental de la Sécurité sociale* »[4].

---

[1] Interview Quotidien du Médecin, 8/10/2010, du président de la CSMF : « *Nous demandons un changement de cap qui passe par un changement de politique. La ministre actuelle est-elle capable de porter ce changement ? C'est à Nicolas Sarkozy de répondre…. Un signal fort a été donné. Il doit en tirer les conséquences*. »

[2] B. VALAT, 2001, ouvrage cité, p. 89. Lors de la réunion du Conseil supérieur des assurances sociales le 3 mars 1945, le projet de l'administration prévoyait un duo « État-médecins », les syndicats départementaux fixaient les tarifs devant être approuvés par les ministres du Travail, de la Santé et de l'Economie, à défaut un arrêté fixait le tarif opposable. Le système conventionnel était pour les caisses « *le complément naturel de la responsabilité gestionnaire et de* [leur] *autonomie* […]. *Pour les médecins, il permettait d'échapper au tête à tête dangereux avec l'État, en introduisant un tiers dans la relation* ». *Ibid*., p. 90.

[3] Réunissant le président Monier de la CSMF, le président Derlin (FO) et le vice-président Piketty (CNPF) de la CNAM aboutissent au projet dit de « Ville d'Avray ». Source, A. BARJOT *dir.*, 1988, ouvrage cité, p. 555.

[4] *Ibid.*, p. 559. Art. L. 257 CSS (devenu l'article L. 162-2 CSS) :
« *Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret*

La loi de 1971[1] établit le nouveau cadre de conventions devenant nationales. Elles sont signées entre la CNAM et « *la ou les organisations syndicales nationales les plus représentatives de médecins* », déterminent les obligations des CPAM et des médecins, fixent les tarifs des honoraires et n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté ministériel. La **convention nationale du 28 octobre 1971** va en résulter.

La loi n° 75-603 du 10 juillet 1975 prévoit que les conventions devront être signées par deux caisses nationales dont la CNAM et par un seul syndicat représentatif ! La convention de 1980 introduit le secteur 2 à honoraires libres. Les médecins conventionnés du secteur 1 bénéficient d'un régime social pris en charge aux 2/3 par l'assurance maladie, se comportant comme un employeur payant la part patronale. D'autre part, compte tenu de la situation économique dégradée elle instaure un mécanisme de régulation par une enveloppe globale dont l'évolution est liée à celle du produit intérieur brut. À la suite du changement de majorité en 1981 ce mécanisme ne sera pas appliqué par le CA de la CNAM mais « *la leçon de 1980 va marquer durablement les esprits et les pratiques* » hostiles à cette « maîtrise comptable »[2].

À défaut de convention, le ministère élaborait un « règlement conventionnel minimum » (RCM) comme pour les spécialistes en 1998. L'histoire conventionnelle est faite, depuis 1971 de contentieux et d'annulations répétées par le Conseil d'État d'où la **fragilité juridique** des conventions. Avec des interventions récurrentes du ministère, officielles (approbation par arrêté) ou plus occultes, souvent à la demande des syndicats médicaux, l'immixtion de l'État dans les relations conventionnelles instituait de fait un « tripartisme ».

Pour jouer leur rôle et éviter qu'il n'établisse par substitution un règlement conventionnel, les Caisses nationales devaient donc conclure des accords, renforçant ainsi dans la négociation les syndicats de médecins qui utilisaient les faiblesses du système[3]. Par cette recherche d'adhésion, les caisses ont été, pour l'actuel Président de la CNAM, « *pendant plus de vingt ans axées sur les droits des professionnels plutôt que sur ceux des patients* »[4]. Côté syndicats médicaux, les signataires des conventions ont, le plus souvent, été sanctionnés aux élections professionnelles suivantes.

---

professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 ».

[1] Loi n °71-525 du 3 juillet 1971 *relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux*. JO 6 juillet 1971, p. 6571.

[2] Inspirée de la loi allemande sur l'assurance maladie de 1977. D. COUDREAU, 2004, article cité, p. 44.

[3] Qui « *sont passés maîtres depuis longtemps dans le petit jeu qui consiste à jouer l'État contre la CNAM (ou inversement) au gré des opportunités* » écrivait le Président de la CNAM, Jean-Marie SPAETH dans « La Sécu, une idée neuve » en 1999 (cité par P.-L. BRAS, 2003, art. cité, p. 1006) ; et pour son président actuel « *jouant des divisions internes et passant d'un interlocuteur à l'autre* » (la CNAM avait deux négociateurs, président et directeur). M. RÉGEREAU, 2005, article cité, p. 80.

[4] M. RÉGEREAU, *idem* p. 76.

Afin de « *dépasser trente ans d'échecs* », pour un ancien directeur de la CNAM, en 2004, un système de régulation efficace supposait une croissance des dépenses en relation avec la richesse du pays, un accord durable entre le gouvernement et les partenaires sociaux sur le contenu des règles de régulation et un pilotage du système de soins sur le terrain[1].

La réforme de 2004 a-t-elle mis en place ces préconisations ?

2. Dans le cadre d'un dispositif rénové, la convention médicale de 2005

Le nouveau cadre conventionnel, issu de la **loi du 13 août 2004** allège la procédure d'approbation ministérielle, donne aux syndicats majoritaires un droit d'opposition qui était réclamé par la CSMF la rendant incontournable dans les négociations.

En l'absence d'accord ou en cas d'opposition à la tacite reconduction de la convention, un arbitre (désigné par l'UNCAM et un syndicat représentatif) arrête un règlement arbitral. La loi étend les thèmes conventionnels : parcours des soins, aides à l'installation, financement des cotisations par les caisses, confirmant ainsi la place des médecins dans l'organisation du système de soins. La convention de 2005 a pu être considérée comme la « *clé de voûte de la réforme* »[2] de 2004, en y associant les médecins et en mettant en place la maîtrise médicalisée prévue par la loi (et demandée par la CSMF).

Après la loi d'août 2004, la négociation sera rondement menée, le DG de l'UNCAM obtient un mandat de négociation du collège des directeurs le 24 novembre 2004, le même jour le Conseil approuve les orientations de la négociation et la convention est signée le 12 janvier 2005, par la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)[3], le Syndicat des Médecins Libéraux (SML) et « Alliance »[4], mais non par MG France, ni la Fédération des Médecins de France (FMF). Qualifiée de « *nouvelle ère* » par le SML[5], elle fera l'objet de 31 avenants de mars 2005 à mai 2009, témoignant de l'intensité de la vie conventionnelle.

Son **contenu** est **étendu** : définition du parcours des soins, des missions du médecin traitant, des contrats responsables, de dispositions d'organisation du système (permanence des soins, démographie, formation médicale). Elle prévoit pour 2005, près d'un milliard d'euros

---

[1] Alors que « *le régime général d'assurance maladie a une organisation centralisée, notamment du fait des partenaires sociaux, et avec elle tous les mécanismes conventionnels* ». D. COUDREAU, 2004, article cité, p. 48.

[2] A. VASSELLE, 2005, rapport cité, p. 8.

[3] L'engagement de la CSMF dans la convention de 2005 : 1. Refermer la période sombre des « 10 années de plomb » ; 2. Faire avancer ensemble toute la profession avec une convention unique ; 3. Définir un partenariat équilibré et dynamique ; 4. Ouvrir la voie de la maîtrise médicalisée ; 5. Réactualiser les honoraires médicaux. http://www.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=750&Itemid=541 accédé le 06/07/2007.

[4] Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France.

[5] La une du n° 1 de *SML Médecin et libéral* a pour titre « *CONVENTION MÉDICALE Une nouvelle ère* ».

d'économies (non réalisées) et en contrepartie une « rétrocession » immédiate aux médecins de 500 M€ en revalorisation d'honoraires : l'Assurance maladie paye les médecins d'avance.

Son suivi est fait par des commissions conventionnelles hiérarchisées[1] qui comprennent une section professionnelle (syndicats signataires) et une section sociale des administrateurs et administratifs des trois régimes. La convention prévoyant que, comme à l'habitude, « *chaque section désigne son président* » est rapidement remplacé : l'avenant n° 1 du 11 mars 2005 prévoit une désignation des présidents de section sociale de toutes les commissions par le Directeur général de l'UNCAM parmi les administratifs et en en écarte les administrateurs.

La convention est signé pour cinq ans et reconductible par tacite reconduction. La CSMF s'y oppose en juin 2009 et demande une nouvelle négociation.

3. La convention de 2011 : le paiement à la performance de la CSMF

L'intervention de la ministre, au début de la négociation, considérant qu'elle ne devait intervenir qu'après les élections aux URPS, conduit à son échec[2]. La loi HPST redéfinit les collèges électoraux, les conditions de représentativité et de signature des conventions[3]. À défaut de convention, un arbitre est désigné, M. Bertrand Fragonard, le **règlement arbitral** est approuvé par arrêté du 3 mai 2010. Pour l'essentiel, il reconduit les dispositions de 2005 et de ses avenants, fixe les objectifs de maîtrise médicalisée pour 2010 mais revalorise pour 2011, la consultation des généralistes à 23 euros, mesure décidée par le Président de la République avant la remise du règlement arbitral.

Des modalités de **rémunération à la performance** vont être envisagées en 2010 par la CSMF dans le cadre conventionnel dans « *Les 100 recommandations pour l'avenir libéral de la médecine* » du 15 septembre[4] et, à sa demande, dans des termes voisins par la commission mixte paritaire dans le cadre du PLFSS pour 2011[5]. Le contrat UNCAM-État du 1er mars 2011 envisageait, quant à lui, la généralisation des Contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) à adhésion volontaire (dont seize mille étaient conclus en 2011).

Après la reprise des négociations conventionnelles en avril 2011, le Directeur général de l'UNCAM propose le 12 mai 2011 des documents de travail « Rémunération sur Objectifs de

---

[1] La Commission paritaire nationale (CPN) compétente en maîtrise médicalisée et référentiels médicaux, prépare les avenants et a un rôle fort de pilotage et de suivi des commission paritaires régionales et locales.

[2] La loi HPST prévoit le report des enquêtes de représentativité jusqu'à la mise en place des URPS.

[3] Signature par un ou des syndicats ayant 30 % des voix dans chacun des collèges et opposition si majoritaires.

[4] « *La mise en place d'un mode de rémunération à la performance* […] *peut se concevoir : dans un cadre conventionnel… ; sur des objectifs de santé publique, de suivi des pathologies chroniques et de prévention ; avec des mesures d'accompagnement financier …* ». CSMF, SML, 2010, doc cité, p. 6,7.

[5] L'article 53 complète l'article L. 162-5 CSS sur les conventions médicales qui déterminent :
« 22° *Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés.* [...]. *La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé* ».

Santé Publique » étendant les indicateurs du CAPI. Mais le 30 juin, il soumet un projet très proche des propositions CSMF-SML du 25 mai 2011 « *de valorisation de la qualité via un « **P4P** » (payment for performance) à la française* »[1] inspirées du système du Royaume-Uni[2]. À côté du paiement à l'acte restant la base, les forfaits seront développés et ce paiement à la performance, complexe, est basé sur l'atteinte de 29 objectifs : indicateurs d'organisation du cabinet (400 points), d'efficience (400), de suivi des pathologies chroniques (250), de prévention et santé publique (250). Il concerne en 2012 les généralistes et doit s'étendre aux spécialistes. La valeur du point est de sept euros, la rémunération maximale de 9 100 €/an et le coût annuel pour l'Assurance maladie serait de l'ordre de 200 millions d'euros sur une base moyenne de 4 500 € pour 45 000 médecins.

La nouvelle convention a été signée le **26 juillet 2011**[3] par l'UNCAM et côté médecins pour la première fois conjointement par la Confédération des Syndicats Médicaux Français (**CSMF**), le Syndicat des Médecins Libéraux (**SML**) et **MG-France** auxquels s'est joint la Fédération des Médecins de France (**FMF)**. Les autres novations sont limitées et le secteur optionnel renvoyé, comme nous le verrons, à une négociation avec les régimes complémentaires. À noter qu'un paiement à la performance est prévu par la convention pharmaceutique d'officine signée le 4 avril 2012.

Si « *le directeur de l'assurance maladie est le grand gagnant de cet accord* »[4], l'exécutif l'est aussi : dans une année préélectorale, les gouvernants - qui, comme en 2004, ont multiplié les initiatives pour reconquérir l'électorat médical après l'échec de la vaccination H1N1 et le mécontentement issu de la loi HPST du 21 juillet 2009 – ont surveillé l'avancement et sont restés derrière la porte de la négociation[5]. De fait, cette négociation par le seul Directeur général écarte les partenaires sociaux sans pour autant exclure l'intervention de l'État[6].

Les conventions médicales ne sont-elles pas constitutives d'un **système néo-corporatiste** par la cogestion de l'organisation du secteur ambulatoire entre l'Assurance maladie et les

---

[1] « *L'engagement conventionnel commun de la CSMF et du SML : liberté, qualité, accessibilité* », conférence de presse des présidents CSMF-SML, note de presse, 25 mai 2011.

[2] Système mis en place en 2004, pour augmenter la qualité des soins : les généralistes doivent respecter des recommandations, sont évalués sur la prise en charge des maladies chroniques et l'organisation des soins et s'ils atteignent les objectifs cibles reçoivent une prime annuelle. Le bilan est nuancé : ils négligent parfois des actes n'entrant pas dans le calcul de la prime. Source, *Le Quotidien du médecin*, 28 juillet 2011.

[3] Approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 et publiée au JO du 25 septembre 2011.

[4] *Le Quotidien du médecin*, 25 juillet 2001, p. 3.

[5] « *depuis plusieurs mois, l'exécutif s'attache à regagner la confiance des professionnels* […] *La prochaine séquence sera conventionnelle. Le directeur général de l'assurance-maladie sera cette fois en première ligne. Mais le ministre de la Santé qui a demandé l'ouverture très rapide des négociations, ne sera pas très loin* ». *Le Quotidien du médecin*, 24 mars 2011, p. 3.

[6] « *Cette dualité d'interlocuteur, moins manifeste mais toujours effective depuis la réforme de 2004, permet aux médecins de privilégier l'interlocuteur le plus accommodant* ». P.-L. BRAS, 2008, article cité, p. 50.

professionnels de santé ? Pour l'Assurance maladie, conduites avec professionnalisme par le Directeur général[1], elles constituent un enjeu majeur pour son devenir : la Cour des comptes critique leur caractère extensif, position qui semble reprises par les directeurs d'ARS devenus les autres interlocuteurs de ces professionnels[2].

***

Au terme de ce chapitre, il nous paraît devoir être souligné l'efficacité de la gouvernance du Directeur général de la CNAM-UNCAM. Il a montré une pratique de gestion volontariste à la CNAM[3] et hiérarchique par rapport au « réseau » des caisses d'abord par les URCAM dont la disparition (anticipée par la CNAM ?) ne l'a pas privé de moyens d'actions. Comme directeur de la CNAM il choisit les directeurs coordonnateurs[4] qui dépendent de lui et lui rendent compte régulièrement, accentuant l'efficacité du système.

Face au schéma traditionnel d'autonomie des caisses de base, le rôle des partenaires sociaux ne cesse de s'amenuiser depuis le plan Juppé, la loi du 13 août 2004 transformant les conseils d'administration en conseils « d'orientation ». Une exception peut être faite pour les risques professionnels, branche au sein de laquelle la commission nationale (CAT/MP) dirigée par le MEDEF a un rôle de proposition de réformes acceptées au moins pour les sujets techniques. Concernant la loi *Douste-Blazy*, nous souscrivons à l'idée que « *l'"imaginaire" de la gouvernance mobilisé dans cette réforme en reste au stade de l'imaginaire* »[5].

Cette réforme de 2004 donne aussi au Directeur général le pilotage de la gestion du risque et au nom des trois régimes d'assurance maladie d'une politique conventionnelle pour assurer de bonnes relations avec les professions de santé. Pour le système et les gouvernants, ces bonnes relations sont importantes avec les médecins qui participent, de fait, à la formulation des réformes de leur secteur ambulatoire comme le montre l'exemple récent du paiement à la performance.

---

[1] Pour un salarié de la CNAM, l'arrivée du DG « a initié une nouvelle manière de négocier plus professionnelle. « *nos négociations sont beaucoup plus préparées, sont très construites en amont, et différents scénarios de sortie sont prévus.* » G. CORON, J.-P. HIGELÉ, L. POINSART, 2008, rapport cité, p. 150.

[2] « *… la création des ARS change assez profondément les règles du jeu en donnant aux médecins libéraux un deuxième interlocuteur institutionnel au plan régional en charge de l'organisation des soins. Beaucoup de directeurs d'ARS pensent que la convention doit se limiter aux tarifs nationaux, le reste, y compris éventuellement des modulations tarifaires locales, relevant de leur compétence. « Back to 71 » !* ».
Claude LE PEN, Éditorial : Les conventions médicales, *La Lettre du Collège*, Collège des économistes de la santé, n° 3, sept. 2010, 8 p., p. 1.

[3] Opérant très vite une restructuration interne de la CNAM notamment par une intégration du service médical.

[4] Chargés aussi de l'avancement des mutualisations et, plus récemment, de la gestion des risques AT/MP.

[5] « *Bien loin de la délibération partagée promue dans les discours, à travers le gouvernement et le parlement mais aussi à travers le directeur de la CNAM qui à bien des égards joue le rôle d'auxiliaire ministériel, c'est l'État qui concentre toujours plus de pouvoir de décision* »
G. CORON, J.-P. HIGELÉ, L. POINSART, 2008, rapport cité, p. 155

Sa gouvernance, l'efficacité de sa gestion permettant le respect de l'ONDAM (objectif national des dépenses de l'assurance maladie) en 2010 (et 2011) ont sûrement contribué à sa reconduction dans ses fonctions. Le Directeur général de la CNAM et de l'UNCAM n'est-il pas devenu celui qui assure la direction de l'assurance maladie dans son ensemble réunissant les principaux régimes légaux ? Serait-ce pour le compte de l'État ?

À côté de l'UNCAM, aux pouvoirs déléguées puis encadrés et contractualisés, ceux des Agences régionales de santé (donc de l'État) augmentent dans une gestion unificatrice du risque.

À terme, un pilotage de l'assurance maladie aussi centralisé est-il efficace en matière de régulation du système de soins ? Un ancien directeur de la Caisse nationale de l'Assurance maladie terminait en 2004 un article sur la régulation de l'assurance maladie de 1967 à 2003[1], par : « *En définitive, s'il est une leçon à retenir de ces expériences, somme toute ratées, c'est que l'objectif de la politique contractuelle appliquée au secteur de santé s'est avéré trop ambitieux. La centralisation du système de pilotage y est pour beaucoup, en ce sens qu'elle fait plus remonter de difficultés au niveau national qu'elle ne crée d'opportunités pour les résoudre dans un dialogue de proximité* »[2].

Par ailleurs, le système s'attachera-t-il à la défense des assurés sociaux ? La Cour des comptes en doute[3]. Alors que le Plan stratégique voulait revaloriser des prestations mal remboursées, est notable une relative diminution des remboursements amenant à s'interroger sur le rôle des partenaires sociaux dans la défense des assurés[4]. À côté, le financement de la santé par les assureurs complémentaires augmente avec un risque à terme de médecine à deux vitesses, la Sécurité sociale se désengageant du « petit risque ».

---

[1] « Les partenaires sociaux, l'État et la régulation de l'assurance maladie (1967-2003). Chronique d'un échec »
[2] D. COUDREAU, 2004, article cité, p. 48, 49.
[3] « *Le risque existe manifestement que la défense des intérêts des assurés trouve plus difficilement sa place dans des négociations conventionnelles aux contours si larges* ». Cour des comptes, 2007, rapport cité, p. 185, 477 p.
[4] Dont les intérêts peuvent diverger de ceux d'autres salariés « *On a pu constater les difficultés de certaines confédérations syndicales à opérer en leur sein l'arbitrage entre différents intérêts* […] *les intérêts des salariés du secteur de la santé ne convergent pas spontanément, loin s'en faut, avec ceux des assurés sociaux* ». J-M SPAETH, 2008, article cité, p. 32.

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Le rôle de l'État est traditionnel dans l'organisation et la mise en place du régime général de Sécurité sociale et dans son contrôle par la définition des prestations et des cotisations, la tutelle sur les organismes depuis l'origine. Pourtant des souhaits de partage des pouvoirs présents en 1945 étaient encore prônés en 1967. En 1996, la cogestion avec les caisses nationales prenait une forme en principe contractuelle avec les conventions d'objectifs et de gestion (COG), véritable tournant dans le fonctionnement des organismes. Mais parallèlement est affirmé le rôle du Parlement par le vote des lois de financement de la sécurité sociale, changeant le registre de légitimité, la démocratie politique se substituant à la démocratie sociale. Ne s'agit-il pas de faux-semblants ?

Les gouvernements vont s'appuyer sur les hauts fonctionnaires, « l'élite du Welfare », qui sont à l'origine des évolutions majeures de gouvernance, partisans de la diminution de l'importance des partenaires sociaux dans la gestion du système et fournissant la plupart des hauts responsables de la protection sociale (ministère, caisses nationales, etc.). À côté des structures de contrôle traditionnelles des instances nouvelles (Agences nationales) assurent l'expertise scientifique, permettent le consensus avec les partenaires sociaux ou à l'État d'intervenir par des fonds financiers. Elles contribuent, comme le Parlement à légitimer l'action des gouvernants.

Le pouvoir de la « technostructure » va intervenir à tous les niveaux avec la mise en place de « gouvernances fortes » au niveau de l'État (rôle de la DSS), des directions des Caisses nationales et, au niveau local, des dirigeants des caisses : série de « patrons » hiérarchisés, sans contrôle des conseils encore dits « d'administration » pour certains.

L'évolution historique fait passer le régime général en 1967 à la séparation des risques, à la désignation et au paritarisme, privant les administrateurs de légitimité, phénomène ensuite accentué par la « fiscalisation » des ressources (bien qu'encore assurées au trois-quarts par des prélèvements sur salaires).

Il est vrai que les partenaires sociaux, devenus pour la plupart hostiles aux élections des conseils d'administration, ont peu fait pour conserver leurs prérogatives et lorsqu'ils ont essayé l'État s'y est opposé (plan Johanet). Si leurs pouvoirs résiduels, ou nouveaux, ne vont pas dans le sens souhaité par les gouvernants, ils leur sont repris ou sont encadrés comme à l'UNCAM, sans susciter de réactions des partenaires sociaux.

Ces syndicalistes ont-ils été efficaces pour améliorer ou même maintenir la protection sociale des assurés ? Il est permis d'en douter[1] contrairement à l'efficacité des lobbies : en assurance maladie, lobby médical appuyé par les politiques imposant ses conceptions de la médecine ambulatoire[2], en AT/MP poids prédominant du MEDEF ne réformant qu'à la marge pour les accidentés, en politique familiale, UNAF financée par la CNAF… autant dire que s'opère un partage de pouvoirs avec l'État dans un cadre néo-corporatiste.

L'emprise de l'État s'accentue avec la Révision générale des politiques publiques (RGPP), reprenant pour les COG les objectifs de l'État, dans le cadre de la maîtrise des comptes publics depuis les critères de Maastricht. Un double mouvement s'opère :

- celui de la centralisation nationale tant au niveau sécurité sociale qu'à celui des négociations des partenaires sociaux (ou régionale avec les ARS et la fusion de caisses) ;

- un plus récent et, peut-être plus insidieux de changement de terminologie : à « *la Sécurité sociale* » succède, depuis peu, dans les instances technocratiques de l'État et de la sécurité sociale, le « *service public de la Sécurité sociale* », passant ainsi d'une entité autonome à une composante de l'État[3]. Cette terminologie, utilisée dans les conventions d'objectifs et de gestion, fait son entrée dans le code par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012[4]. Les caisses nationales sont devenues les « opérateurs » de l'État mais un partage des rôles permet d'écarter en apparence la crainte d'étatisation du régime général[5].

Le régime général, répond-il, à la définition de la gouvernance vue dans l'introduction (utilisant pour sa gestion ses outils ou ceux du nouveau management public) ? La question sera examinée après l'étude des autres régimes légaux et complémentaires.

---

[1] « *Si une réforme de la gouvernance de la Sécurité sociale n'est pas engagée, c'est le signe que les pouvoirs publics se contentent d'une étatisation de fait et d'une démocratie sociale de façade… qui peut arranger certains représentants, soit du monde des partenaires sociaux, soit du monde des usagers ou des associations attirés par la notabilisation de leur fonction. On siège, on n'exerce pas de responsabilité, l'État se débrouille et porte le chapeau. Cette attitude de non engagement laisse libre cours aujourd'hui aux associations d'usagers, qui avec le talent de leurs principaux dirigeants jouent le rôle d'aiguillon, de révélateur de situations beaucoup plus - étrangement - que les syndicats, y compris sur un champ comme les dépassements d'honoraires ou le comportement des médecins à l'égard de la CMU* ». J.-P. JACQUIER, 2010, article cité, p. 8.

[2] Dans le cadre d'une négociation conventionnelle écartant aujourd'hui les partenaires sociaux (peu attentifs à l'intérêt des assurés il est vrai).

[3] Il est significatif que les directeurs de caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) se considèrent pour plus de la moitié comme appartenant au service public et que 91 % pensent être perçus par leurs partenaires externes comme des dirigeants d'organismes parapublics. Cf. supra, p. 187.

[4] Dans le titre 1er du livre 1er est inséré un « Chapitre IV quater, Prospective et performance du service public de la sécurité sociale ».

[5] « *le double mouvement de centralisation et d'étatisation ne se traduit pas pour autant par une prise directe de responsabilité de l'État dans la gestion, l'existence des caisses nationales et celle des conventions d'objectifs et de gestion permettant de maintenir un écran protecteur*. » M. FONTAINE, 2007, ouvrage cité, p. 394.
Pour Rolande RUELLAN, « *le Rôle de la puissance publique à l'égard de la Sécurité sociale … a évolué …dans le sens d'un renforcement, d'une transformation et d'un partage* ». R. RUELLAN, 2008, article cité, p. 200.

DEUXIÈME PARTIE

HORS DU RÉGIME GÉNÉRAL,

LE RÔLE DES PROFESSIONNELS

ET DES PARTENAIRES SOCIAUX

Nous avons pu observer dans la première partie que le régime général de sécurité sociale, régime d'origine professionnelle, avait parfois des traits néo-corporatistes.

Nous allons nous demander, dans un titre premier, s'il en est de même dans les autres régimes légaux conservés ou créés à la suite d'un refus d'intégration au régime général. Ils ont rapidement manifesté le souhait des bénéficiaires d'obtenir une couverture similaire à celle des salariés. Ce sont les professionnels qui pour l'essentiel les gèrent. Ont-ils mieux assuré et à la suite de quelles interventions, les intérêts de leurs assurés sociaux que les partenaires sociaux pour ceux du régime général en ce qui concerne le contenu des prestations versées et leur coût pour ces travailleurs indépendants ?

Par ailleurs quel est le rôle des partenaires sociaux dans la gestion de la protection sociale complémentaire qu'ils ont créée pour compléter une couverture insuffisante du régime général en retraite et en assurance maladie ? Représentants des salariés et des employeurs poursuivent-il les mêmes objectifs qu'au régime général ? Dans des régimes d'origine conventionnelle mais rendus obligatoires par la loi pour les retraites complémentaires (les gouvernants accédant ainsi à la demande des partenaires sociaux), nous examinerons si leur autonomie est ou non importante. D'autant que cette protection se rajoutant à celle de base est concernée par les réformes des régimes de retraites ou associée à la gestion des risques du côté de l'assurance maladie obligatoire. Ne serait-ce pas, pour que l'assurance maladie complémentaire devienne la « variable d'ajustement » des régimes de base compte tenu de leurs difficultés financières ? Ces points sont examinés dans le titre deuxième.

Le rôle de l'État sera également l'objet de notre attention. Nous nous demanderons si dans ces régimes, son intervention n'est pas moins marquée qu'au régime général. Elle laisserait aux professionnels pour les régimes légaux et aux partenaires sociaux pour les régimes et garanties collectives complémentaires, une plus grande autonomie de gestion dans le cadre du « Yalta » du social et pourrait être le signe d'une gestion néo-corporatiste.

Titre Premier.

DES RÉGIMES LÉGAUX PLUS AUTONOMES

Les indépendants, exploitants agricole et « non-non » (non-salariés non agricoles), ne bénéficiaient pas de protection sociale (à l'exception des allocations familiales pour les exploitants agricoles) mais refuseront leur intégration au sein du régime général. Pierre Laroque rappelle qu'en 1946, les deux Assemblées Constituantes, avant de se séparer, adoptent des lois étendant la Sécurité sociale aux non-salariés : la première en mai prévoyant « une soupape de sécurité », l'extension devant se faire lorsque la situation économique le permettrait, la deuxième décidant en septembre de généraliser l'assurance vieillesse en 1947. À la suite d'un « *retournement de l'opinion* »[1], le Gouvernement va considérer que l'on « *ne peut pas imposer la Sécurité Sociale à ceux qui n'en veulent pas* » et suspend l'application de ces lois.

C'est déjà le début d'un nouveau paradigme, allant à l'encontre de celui de la solidarité nationale de la Sécurité sociale, selon lequel **chaque groupe social doit décider**, de l'importance de la couverture dont il souhaite bénéficier et amènera à la création de régimes distincts du régime général (le régime agricole, qui concernait avant tout les salariés agricoles, étant déjà conforté après la Libération). À sa suite, les indépendants vont s'attacher d'abord à une protection sociale minimum[2] et ensuite, paradoxalement (?) à bénéficier d'un niveau similaire à celui des salariés, mais au moindre coût, pour les assurances maladie (avec une intervention des assureurs privés) et vieillesse (les régimes devenant « alignés » sur le régime

---

[1] « *La masse des professions touchées, artisans, commerçants, industriels, professions libérales, un peu les exploitants agricole* […] *ont eu peur que les cotisations qu'on allait leur demander et qu'on devait en principe recouvrer dès le 1er octobre 1946, servent à financer le régime des salariés.*[…] *Et surtout ils ont eu le sentiment que cette généralisation aboutissait à confondre les professions indépendantes dans les professions salariées et* [leur] *faisait perdre le prestige social qui s'attachait à leur indépendance même. L'on a assisté à une reconstitution de la Confédération des classes moyennes contre la Sécurité Sociale.* » P. LAROQUE, 1986, article cité, p. 13.

[2] « *Il a fallu des années par la suite pour faire bénéficier ces catégories d'une Sécurité Sociale qui est bien souvent moins avantageuse que celle des salariés, aujourd'hui encore. Ainsi, s'est traduite une insuffisance de la solidarité nationale* […] *cela a abouti à des structures administratives dont on dénonce à juste titre la complication et la bureaucratie et aussi l'injustice fréquente qui se traduit par des inégalités qui ne sont pas justifiables* ». *Idem*.

général) dont la partie complémentaire sera ici gérée par ces nouveaux régimes des non-salariés.

Ces régimes professionnels ont pu ensuite se sentir menacés par le régime général au vu de leur évolution démographique en déclin, au moins relatif. Il en est résulté la mise en place de mécanismes de compensation financière inter régimes et au-delà de ressources spécifiques affectées par l'État.

La gouvernance est assurée ici par des Conseils d'administration élus[1] : en résulte-t-il une responsabilisation entraînant la mise en œuvre de nécessaires restructurations ? Sont aussi à souligner les liens avec le milieu professionnel : les régimes et leurs élus, appartiennent au même monde que les syndicats professionnels et ne bénéficient-ils pas des soutiens du monde politique à l'agriculture ou aux indépendants ?

Mais les règles de gestion de ces régimes ayant tendance à converger avec celles du Régime général, n'en résulte-t-il pas une accentuation du contrôle de l'État[2] ?

L'examen des spécificités de ces autres régimes légaux nécessite un retour à leur histoire et à celles de leurs prestations patiemment acquises (avec un financement aidé) alors qu'au régime général elles étaient en place, pour l'essentiel, lors de sa création.

Nous examinerons la Mutualité sociale agricole dont les origines structurelles remontent au gouvernement de Vichy (chapitre 1), puis le récent Régime social des indépendants unifiant des caisses spécifiques aux artisans et commerçants (chapitre 2).

---

[1] Les Cadres dirigeants, similaires à ceux du régime général, sont en MSA et au RSI le plus souvent issus de l'EN3S mais les cloisonnements inter-régimes se traduisent par une faible mobilité.

[2] Par exemple, amendement du gouvernement au PLFSS pour 2012 étendant l'approbation ministérielle des rémunérations des directeurs des caisses nationales du régime général aux organismes nationaux de droit privé (MSA, RSI, régimes spéciaux). Assemblée Nationale, 2e séance du 27 octobre 2011, JO, p. 6833.
Disposition considérée comme un cavalier social et invalidée par le Conseil constitutionnel le 15 déc. 2011.

Chapitre 1.

LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE

Depuis longtemps la protection du monde agricole contre les risques s'est appuyée sur le mutualisme qui sera à la base de la création de la Mutualité sociale agricole. Le souhait permanent d'autonomie caractérise une protection sociale du monde agricole qui va assurer une couverture complète des risques sociaux tant des salariés agricoles que des exploitants avec pour ces derniers - souhait de liberté - le choix de l'assureur pour certains risques alors que le régime légal gérera leurs retraites complémentaires.

La gouvernance du régime présente, elle aussi, des traits particuliers : basée sur l'élection, elle conserve une structure fédérative. Mais, grâce à l'État, elle va se rapprocher de celle du régime général quant aux pouvoirs de la Caisse centrale sur les MSA de base. Pour autant, ce régime est-il celui dans lequel règne encore la démocratie sociale comme il l'affirme ? Sa structure demeure-t-elle fédérative alors que sa Caisse centrale ressemble de plus en plus à une caisse nationale ? Nous examinerons l'évolution de la protection sociale du monde agricole (section 1) puis celle de sa gouvernance (section 2).

SECTION 1. LE RÉGIME SOCIAL DU MONDE AGRICOLE

La Mutualité sociale agricole, héritière du mutualisme agricole, ne sera pas remise en cause lors de la création du régime général en dépit de l'affirmation du principe du régime unique. Sachant trouver des appuis, le monde agricole en mutation depuis les années 1960, protège la MSA des interventions de l'État (§ 1). Il va aussi s'attacher à obtenir la parité des prestations et un financement « compatible » avec les possibilités des exploitants (§ 2).

§ 1 La gestion par la Mutualité sociale agricole

Le poids des structures mutualistes, l'influence de l'organisation corporatiste vont amener la création de la Mutualité sociale agricole par le régime de Vichy (A). Paradoxalement, cette paternité ne va pas nuire à son maintien. Après une crise de gestion à la Caisse centrale à la fin des années 1990, le régime sera conservé au prix d'une intervention plus importante de la tutelle, commençant un rapprochement avec la gouvernance du régime général (B).

A) *De la Mutualité 1900 au corporatisme du régime de Vichy*

Nous examinerons comment les sociétés mutualistes du monde agricole ont pu gérer leurs assurances sociales puis devenir un régime social conservé à la Libération.

1. Du mutualisme agricole aux assurances sociales

La loi du 4 juillet 1900 va être à l'origine de la « **Mutualité 1900** », branche « aînée » de la Mutualité agricole : de caractère facultatif, elle couvrait l'outil de travail et les risques agricoles (accidents, grêle, incendie, mortalité du bétail). Le mutualisme social agricole prend son expansion au début du XXe siècle et trouve son origine dans le syndicalisme agricole[1] qui « *va rester son point d'appui permanent* »[2].

La couverture sociale des salariés du monde rural va suivre, avec retard, celle du privé : alors que les Retraites ouvrières et paysannes de 1910 concernaient les salariés agricoles, ce n'est qu'après la Première Guerre qu'ils bénéficient de la couverture des accidents du travail de la loi de 1898. Mais alors que les employeurs du privé couvrent ce risque auprès d'assureurs, la loi du 15 décembre 1922[3] encourage financièrement le développement des caisses d'assurance mutuelles agricole (mutuelles dites « 1900 »), rapidement créées par les deux syndicats professionnels.

Après l'opposition des agriculteurs à la loi sur les assurances sociales de 1928 et un rapprochement avec les milieux mutualistes[4], celles issues de la loi du 30 avril 1930 vont s'appliquer aux salariés agricoles[5]. Mais déjà pour les cotisations vieillesse le financement des agriculteurs sera réduit au quart de celui des autres professions, augmentant de ce fait celui de l'État. Le **décret-loi du 30 octobre 1935** permet aux « sociétés ou unions agricoles » de recueillir la plus grande partie des adhésions du monde agricole[6].

La loi du 11 mars 1932 généralise les allocations familiales à tous les salariés mais se heurte à l'opposition des exploitants : l'extension résultera d'un décret du 5 août 1936 et sont

---

[1] Dans la deuxième moitié du XIXe siècle vont apparaître deux grands groupements professionnels agricoles. À la Société des Agriculteurs de France (SAF), fondée en 1867, au 8 rue d'Athènes à Paris, adhèrent de grands propriétaires fonciers, alors que la Société Nationale d'Encouragement à l'Agriculture (SNEA), créée en 1880, au 129, boulevard Saint Germain à Paris est proche de la gauche républicaine. Ces syndicats, sont à l'origine « *d'innombrables organisa*tions », notamment de mutuelles locales et en 1908, 5 184 syndicats agricoles regroupent 870 086 adhérents. GROSS-CHABBERT *dir.*, *La Mutualité…*, *1919-1981*, 1991, ouvrage cité, p.1, 4.

[2] Y. SAINT-JOURS, 1984, *La protection sociale agricole*, ouvrage cité, p. 9.

[3] Loi du 15 décembre 1922, adoptée par la Chambre des députés en dépit de l'opposition de la profession agricole, après que la responsabilité du gouvernement ait été engagée par le ministre de l'Agriculture sur le texte.

[4] « *L'autonomie de gestion était présentée comme la contrepartie d'un savoir-faire mutualiste dont le législateur ne pouvait se priver, sauf à vouer les Assurances sociales en milieu agricole à un échec certain.* ».
M. DREYFUS *et al*., 2006, ouvrage cité, p. 76.

[5] Ainsi qu'à des « assurés facultatifs » non-salariés agricoles.

[6] Par une présomption d'affiliation en leur faveur lorsqu'elles transmettent les demandes d'immatriculation.

créées des caisses d'allocations familiales mutuelles agricoles. Ensuite « *la profession va revendiquer* » et obtenir en 1938 leur couverture aux non-salariés de l'agriculture[1].

2. De l'organisation corporative au monopole de la mutualité agricole

L'exposé des motifs du projet de loi constitutionnelle de juillet 1940[2] émanant de Pierre Laval, Vice-président du Conseil, met en avant le monde agricole et annonce la mise en place de l'organisation corporative (et la collaboration)[3]. La loi du 2 décembre 1940, *relative à l'organisation corporative de l'agriculture,* « *élaborée avec les syndicats, ménage toutes les susceptibilités* »[4]. Ce corporatisme d'État associe individus (dans l'organisation syndicale) et organismes professionnels agricoles[5] dont les caisses d'assurances sociales et d'allocations familiales. Mais l'adhésion à ces organismes implique l'affiliation à un syndicat corporatif agricole (art. 9 de la loi).

La **loi du 5 avril 1941**[6] crée un nouveau régime d'assurances sociales, le régime social agricole et consacre sa spécificité avec des caisses particulières pour les assurances sociales, allocations familiales, assurances mutuelles et les nouvelles allocations aux vieux travailleurs agricoles, « *faisant partie de l'organisation corporative de l'agriculture* », agréées par le ministre secrétaire d'État à l'agriculture dont relève « *la politique sociale agricole* » (art 1). Sa réglementation (qui par décret « *pourra être codifié et inséré dans un titre spécial du code rural* », art. 6) et son financement deviendront spécifiques.

Le programme du Conseil national de la Résistance prévoit pour le secteur agricole « *l'élévation et la sécurité du niveau de vie des travailleurs de la terre* » notamment par « *une législation sociale accordant aux salariés agricoles les mêmes droits* » qu'à ceux de l'industrie[7]. L'unification des régimes n'est donc pas explicite, ni le maintien du régime.

Les gouvernements de la Libération mettent fin à l'organisation corporative sans remise en cause des organismes agricoles.

---

[1] GROSS-CHABBERT *dir.*, *La Mutualité Sociale Agricole, 1919-1981*, 1991, ouvrage cité, p.130. Décrets des 31 mai et 14 juin 1938.

[2] Elle donne au maréchal Pétain les pouvoirs de promulguer une nouvelle Constitution qui « *devra garantir les droits du travail, de la famille et de la Patrie* ».

[3] « *Intégrée au système continental de la production et des échanges, la France redeviendra agricole et paysanne au premier chef et son industrie devra retrouver ses traditions de qualité. Il sera donc nécessaire de mettre fin au désordre économique actuel par une organisation rationnelle de la production et des institutions corporatives* ». http://mjp.univ-perp.fr/france/co1940projetlc.htm

[4] M. COINTET-LABROUSSE, 1987, ouvrage cité, p. 91. Par son article 1er la loi veut « *promouvoir et gérer les intérêts communs des familles paysannes dans le domaine moral, social et économique* ».

[5] Conseil d'administration avec 3/5 d'élus par les sociétaires et 2/5 désignés par les syndicats corporatifs. JORF, 7 déc. 1940, p. 6005.

[6] *relative au fonctionnement des lois sociales et familiales en agriculture*, JO État français, 18 avr. 1941, p. 1663.

[7] Programme du CNR, 1944, document cité.

L'**ordonnance du 12 octobre 1944** annule à nouveau[1] la loi du 2 décembre 1940. Mais, selon son exposé des motifs, pour « *maintenir la continuité désirable dans le fonctionnement de toutes les œuvres de mutualité agricole* », elle ne remet pas en cause la loi du 5 avril 1941 en maintenant la gestion aux caisses du régime social agricole et la tutelle au ministre de l'Agriculture[2].

B) *Depuis 1945, un régime pérennisé par les difficultés*

Après son maintien, le régime va être « protégé » des réformes du régime général jusqu'à la crise de la Caisse centrale. Parallèlement, depuis les années 1960 les lois d'orientations agricoles vont être favorables à la protection sociale des exploitants agricoles.

1. De la crainte de l'étatisation au régime conforté

Le statut de 1941 va être maintenu. Pierre Laroque en mars 1945 envisage des « *statuts adaptés* » à certaines activités, dont l'agriculture, mais avec « *un système d'ensemble* », « *tous ces systèmes* [étant] *coordonnés en un régime général* »[3]. L'ordonnance du 4 octobre 1945 reste en deçà. Son **article 17**, al. 1er prévoit que « *restent soumises au régime de leur statut actuel les professions agricoles et forestières* », seul régime stabilisé, au maintien définitif et paradoxal : il couvrait avant tout à l'époque les salariés agricoles pour tous les risques comme le régime général alors que les exploitants ne l'étaient obligatoirement (comme les autres non-salariés) que pour les allocations familiales.

La loi du 8 juin1949 établit les élections des Conseils d'administration (CA) des caisses[4].

Dès l'origine se manifeste une constante, la crainte de l'étatisation lorsque des réformes de sécurité sociale sont envisagées. Ainsi le décret du 25 mars 1949 instituant un contrôle des structures financées par l'action sociale ne sera pas appliqué au régime agricole vu les réactions hostiles de la profession.

---

[1] « *Déclarant nul et de nul effet les actes et textes tendant à l'organisation corporative de l'agriculture* », JORF du 13 oct. 1944, p. 924. L'article 2 prévoit que toutefois les caisses pourront poursuivre leurs activités, si elles réforment leur statuts selon la législation antérieure au 16 juin1940 et l'article 12 que la gestion des organismes centraux et régionaux est assurée provisoirement par des comités d'administration désignés par le ministère de l'agriculture. Déjà le Gouvernement provisoire de la République française (GPRF) avait par ordonnance du 26 juillet 1944 supprimé les organismes créés par la loi du 2 déc. 1940 à l'exception des institutions d'assurances, d'assurances sociales et d'allocations familiales agricoles. Celle du 9 août 1944 n'inclut pas dans ses tableaux de nullité des actes la loi du 5 avril 1941. JORF des 5 (p. 674) et 10 août 1944 (p. 688 à 694), JO d'Alger du GPRF.

[2] Le ministre « *sous la pression vraisemblablement des intéressés, ne souhaite pas revenir sur ce transfert et tient à conserver sous sa coupe tous les problèmes du monde agricole.* » B. VALAT, 2001, ouvrage cité, p. 55.

[3] P. LAROQUE, 1945, article cité, p. 161.

[4] Loi n° 49-752 *portant rétablissement et organisation de l'élection des conseils d'administration des organismes de la mutualité agricole*, JO 9 juin 1949, p. 5598. Ils comptent seize membres (huit exploitants, quatre salariés, quatre employeurs). Pour ses premières élections en 1950, on ne compte que 38 % de votants (la même année au régime général, 69,6 % de votants !). CCMSA, *Le BIMSA*, n° 101, fév. 2010, p. 21.

Le **décret du 12 mai 1960** réforme la gestion des régimes de Sécurité sociale et dans un souci de rationalisation crée les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) par fusion des caisses mutuelles d'assurances sociales, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse agricoles. Elles pourront mettre en place une section d'action sanitaire et sociale. Après le monopole de gestion de 1941, il consacre la gestion décentralisée par un organisme unique.

Sa limitation des pouvoirs des CA suscite le désaccord des organisations professionnelles et un recours contentieux des Caisses centrales devant le Conseil d'État qui en annulera en 1964 plusieurs dispositions[1]. Mais bien avant le rendu de l'arrêt, est publié le **décret du 27 janvier 1961**[2] qui définit la mission des CA : « *tracer toutes directives générales concernant la gestion des services assumés par la caisse et l'établissement des budgets* » et « *consentir aux directeurs les pouvoirs nécessaires en vue d'assurer, dans le cadre des textes législatifs et réglementaires, le fonctionnement de l'organisme* » (art. 3). Ils votent les budgets, seulement communiqués à la tutelle qui n'examine pas l'opportunité des dépenses[3]. Leur autonomie est consacrée pour l'action sanitaire et sociale financée par des cotisations complémentaires dont ils en « *assurent la gestion administrative et financière* » (art. 12).

En fait, ce décret conforte la spécificité du régime et donne aux conseils d'administration départementaux et nationaux des pouvoirs nouveaux et plus importants qu'au régime général. S'il applique les dispositions du décret de 1960 aux agents de direction, il laisse au Conseil central un rôle d'avis[4]. L'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 ne concernera pas le régime agricole qui demeure à l'écart des réformes du régime général.

La « Caisse centrale de la mutualité sociale agricole » (CCMSA) est créée en 1994 par fusion des « Caisses centrales »[5]. L'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 prévoit une COG entre l'État et la CCMSA, mais sans conseil de surveillance, ni déclinaison en CPG locaux[6].

Les réformes majeures de gouvernance concernent donc avant tout le régime général. Ce n'est qu'à la suite de graves dysfonctionnements que des changements vont intervenir.

---

[1] Non délibération des CA sur les questions de personnel ou relevant du directeur ; représentation en justice par les directeurs dans leurs matières ; substitution du ministre au CA en matière disciplinaire des agents de direction en cas de carence. Conseil d'État, Assemblée, 27 novembre 1964, Caisse centrale de secours mutuels agricoles et autres. Rec. CE p. 584 concl. G. BRAIBANT in X. PRÉTOT, 1998, ouvrage cité, p. 478.

[2] Décret n° 61-99 *relatif à l'adaptation aux organismes de mutualité sociale agricole du décret 60-452 du 12 mai 1960*, JO du 29 janvier 1961, p. 1156.

[3] Pouvant annuler ou suspendre les décisions illégales, hors du champ, aux dépenses excédant les ressources.

[4] Pour l'octroi et le retrait d'agrément des agents et la liste d'aptitude des MSA établie par le ministre de l'Agriculture. Avis abrogés seulement par le décret n° 2005-368 du 19 avril 2005, JO du 22 avril 2005, p. 7055.

[5] D'allocations familiales, d'assurance vieillesse, de secours mutuels, leur CA et directeur étaient communs. Loi n°94-114 du 10 fév. 1994 *portant diverses dispositions concernant l'agriculture*, JO du 11 fév1994, p. 2326.

[6] La régionalisation du risque maladie amène les MSA à créer les AROMSA, Associations Régionales des Organismes de MSA. Pour les ARS, la CCMSA obtient une participation nationale et régionale par la loi HPST.

2. Les années difficiles de la Caisse centrale de la MSA

La vérification des comptes des années 1993 à 1995, retracée dans le rapport 1997 de la **Cour des comptes**[1], relève nombre de dysfonctionnements et d'irrégularités dans la gestion de la Caisse centrale : dépenses de fonctionnement anormales malgré des résultats déficitaires, irrégularités dans la reprise d'un réseau d'institutions sociales, subventions injustifiées[2].

Suite à ces constats, le ministre de l'Agriculture suspend le Conseil d'administration central, nomme un administrateur provisoire et la Caisse centrale prend des mesures de remise en ordre : l'Assemblée générale refuse de donner quitus au CA et en élit ensuite un nouveau, élabore un règlement intérieur établissant de nouvelles méthodes de travail pour le CA et une plus grande participation des caisses de MSA. Une convention d'objectifs prévoit le retour à l'équilibre des comptes, la réintégration d'activités d'action sociale externalisées.

À la suite du rapport de la Cour, relayé violement par la presse agricole[3], la **loi du 9 juillet 1999** d'orientation agricole, (titre III, fonctionnement des organismes de MSA) renforce la tutelle : décisions des assemblées générales soumises à son approbation et des budgets des structures où la MSA est majoritaire, commissaire du gouvernement représentant le ministre de l'Agriculture auprès de la caisse centrale, possibilité de suspension ou de dissolution d'un CA par le ministre. Elle définit la composition des caisses pluridépartementales et met en place les « contrats personnalisés d'objectifs et de gestion » entre la CCMSA et les caisses (à noter la différence de terminologie avec le régime général où les « contrats pluriannuels de gestion » - CPG - n'évoquent ni personnalisation, ni objectifs mais seulement la gestion).

Ce n'est donc qu'à la suite d'un scandale que la gouvernance se rapproche, avec retard, de celle du régime général et des dispositions du plan Juppé reprises[4].

Signalons qu'à la fin des années 1990, comme au RSI, les caisses de MSA vont subir les agressions de la CDCA[5]. Si certains exploitants agricoles adhèrent à ces thèses refusant la protection légale, la plupart se sont attachés à obtenir des prestations similaires à celles du régime général mises en place dans les années 1960 grâce à un nouveau syndicalisme.

---

[1] Cour des comptes, *Rapport public 1997*, novembre 1997, pp. 238-283.

[2] Rémunérations des agents de direction trop élevées, règles des marchés publics contournées (ex. recherche d'une nouvelle identité et logo, 2,6 millions de francs, sans consultation du Conseil d'administration) ; rachat d'un ensemble d'établissements pour 297 millions de francs dont les bilans étaient « désastreux » ; subventions injustifiées dans une commune dont le maire est le directeur général adjoint de la Caisse centrale MSA.

[3] *La France agricole*, journal de référence national, titre le 11 juillet 1997 un article « Tempête de la MSA » qui compare « *l'opacité de la Caisse centrale de la M.S.A*. » avec le « *verrouillage pratiqué par certains régimes totalitaires finissants* ». Source : L. AZÉMA, 2011, article cité, p. 4.

[4] Ainsi l'art. 57 de la LOA donne la présidence du comité d'entreprise au directeur. JO 10 juil.1999, p.10241 (art. L. 723-41 code rural, seul article de la partie législative sur le rôle et pouvoirs des directeurs de MSA).

[5] Et même une plainte pour escroquerie et tentative d'escroquerie contre les dirigeants de la CCMSA. Sur la Confédération de défense des commerçants et artisans et le Régime social des indépendants, voir *infra* p. 257.

3. Les apports du nouveau syndicalisme agricole et des lois d'orientation agricoles

Avant la seconde guerre notamment, les différences entre monde ouvrier et agricole étaient grandes[1], la population active agricole importante expliquait son poids politique[2].

L'agriculture a évolué depuis 1945 du fait de l'action de nouveaux représentants.

Jusqu'à la fin de la IIIème République, l'objectif est de maintenir en l'état le monde rural et de ralentir son exode (voire comme sous Vichy de favoriser un retour à la terre). Après la guerre un nouvel acteur fait irruption sur la scène syndicale, le Centre national des jeunes agriculteurs (**CNJA**) dont les dirigeants, le plus souvent issus de la JAC (jeunesse agricole catholique), prendront ensuite les commandes de la FNSEA[3].

Les syndicalistes agricoles partageront désormais « *la gestion quotidienne de l'agriculture avec l'Administration* », résultat de l'action des jeunes dirigeants agricoles qui « *inséreront définitivement la Sécurité sociale agricole dans un schéma néo-corporatiste ; celui-ci fut élaboré entre Michel Debatisse*[4] *et le gouvernement Debré dès le printemps 1960* » et « *la MSA s'est insérée comme partie intégrante d'un corporatisme actif dont le pouvoir de médiation par rapport à la base est un atout précieux pour l'État* »[5].

Le programme du CNJA inspirera la première loi d'orientation agricole (LOA) du 5 août 1960. Pour moderniser l'agriculture, sera accrue la taille d'exploitations viables et encouragé le départ des agriculteurs âgés[6].

Ces **lois d'orientation agricole** vont s'attacher à mettre en place la parité des prestations.

La première, comme les suivantes, ont pour but « *d'établir la parité entre l'agriculture et les autres activités économiques* » (art. 1er) et la politique agricole « *mise en œuvre avec la collaboration des organisations professionnelles agricoles* » pour objet « *de permettre aux exploitants et aux salariés agricoles d'assurer de façon efficace leur protection sociale* »[7].

---

[1] Importance de l'agriculture dans l'économie, faiblesse relative du salariat agricole, catégories intermédiaires comme les métayers, croissance plus faible des revenus plus difficiles à évaluer que ceux des salariés.

[2] 6,5 millions en 1930, 6 millions en 1939 et 5,1 millions en 1954. « Évolution de la population agricole en France depuis 1900 », *Population*, 1963, n° 3, pp. 573-574.

[3] FNSEA : Fédération Nationale des Syndicats d'Exploitants Agricoles.

[4] Secrétaire général de la JAC en 1956, du CNJA de 1958 à 1963, de la FNSEA en 1966, qu'il préside de 1971 à 1978 ; secrétaire d'État aux Industries agricoles et alimentaires du gouvernement Barre (oct. 1979, mai 1981).

[5] A. CATRICE-LOREY, F. MANDERSCHEID, 1990, article cité, p. 19 et 12. « *L'État entérine donc le caractère professionnel du régime de protection. Cependant il ne manquera pas d'insérer ce volet social dans son plan de modernisation du secteur de l'agriculture et dans la politique de cogestion menée avec le milieu professionnel. Cette dynamique d'ensemble, ces enjeux d'échange et de médiation conduisent à dire que l'État, face à ce secteur d'activité, a développé une stratégie de type néo-corporatiste*. » p. 12.

[6] Par l'indemnité viagère de départ (IVD), financée par le FASASA (fonds d'action sociale pour l'aménagement des structures agricoles) de la loi n° 62-933 du 8 août 1962 complémentaire à la LOA, JO du 10, p. 7962.

[7] Article 2 avant dernier alinéa la loi n° 60-808 du 5 août 1960 d'orientation agricole, JO 7 août 1960, p. 7360. De même par les LOA du 4 juillet 1980 (JO du 5, p. 1673) pour les retraites et l'action sociale à amener au niveau des autres régimes légaux et par la LOA du 9 juillet 1999 pour la revalorisation des retraites minimum.

La LOA du 5 janvier 2006 va conforter, grâce aux parlementaires, l'ancrage rural des MSA. Par son article 30 résultant d'un amendement du Sénat, désormais elles « *contribuent au développement sanitaire et social des territoires ruraux* » et la Caisse centrale « *par ses avis, à la définition des orientations et des conditions de mise en œuvre de la politique de développement rural en matière sanitaire et sociale* »[1]. Pour son Président, elle « *a vocation à se positionner comme un opérateur sanitaire et social incontournable sur les territoires* »[2].

Soulignons que les liens entre les « institutions » agricoles sont notables, le syndicalisme agricole demeurant leur point d'appui constant. L'Union des Caisses centrales de la mutualité agricole (UCCMA), créée en 1945, gérait « les intérêts communs » aux deux mutualités (sociale et « 1900 »). Elle a été dissoute en décembre 2002 à la suite de la crise de la Caisse centrale de la MSA. La « Mutualité agricole » regroupe aujourd'hui la MSA pour la protection sociale et Groupama[3] pour les assurances privées : elles gèrent ensemble la maladie et les accidents du travail des exploitants[4].

§ 2 Parité des prestations, disparité d'efforts contributifs

Les allocations familiales étaient depuis 1938 les seules prestations communes aux salariés et exploitants. Après la guerre, la protection des exploitants est étendue par le législateur à la demande de la profession (A). Mais celle-ci sera constamment attentive à un financement adapté à ses possibilités, posant la question de la parité de ses efforts contributifs (B).

A) *L'extension d'une protection sociale adaptée au monde agricole.*

Parmi les régimes de retraites de base, celui des exploitants agricoles sera le dernier créé et il sera assuré par la Mutualité sociale agricole, y compris ensuite pour sa partie complémentaire. Il en va différemment pour la couverture en assurance maladie et accidents du travail des exploitants.

---

[1] Art. L723-3, 9° code rural. Amendement du rapporteur pour confirmer cette mission des MSA dans le code, faciliter sa participation à des actions pour les ressortissants des autres régimes. Sénat, 4 nov. 2005, JO p. 6618.

[2] L'intérêt de l'opinion publique pour l'agriculture se serait en effet « *déplacé vers les enjeux d'environnement et d'aménagement du territoire* ». Intervention du Président PELHATE, procès-verbal AG centrale du 22 juin 2006, p. 8 et 6.

[3] Prenant la suite de la Mutualité « 1900 » puis des Assurances Mutuelles Agricoles, GROUPAMA (nom donné en 1986) est devenu un groupe dans l'assurance et la banque qui a pour objectif depuis 1998 (année d'acquisition du GAN, 4ème compagnie d'assurances) d'être un leader de l'assurance européenne même s'il revendique une gouvernance marquée par le mutualisme.

[4] Leurs deux présidents animent la FNMA (Fédération nationale de la mutualité agricole) qui compose avec les coopératives agricoles (Coop de France) et le Crédit agricole (Fédération nationale du crédit agricole), la Confédération nationale de la mutualité, du crédit et de la coopération agricole, qui les représente auprès du mouvement coopératif et mutualiste français, du Gouvernement et des instances de l'Union Européenne.

1. Les retraites des exploitants, préoccupation constante

Alors que la loi du 17 janvier 1948 prévoit la mise en place de régimes vieillesse pour tous les non-salariés, il faut attendre celle du **10 juillet 1952** pour créer le régime d'assurance vieillesse obligatoire des exploitants agricoles géré par la MSA. Votée sans prise en compte d'amendements, elle est critiquée par la profession qui lui reproche son caractère d'assistance (pensions uniformes après 15 ans d'activité) et sa gestion centralisée par une caisse nationale. Finalement une **loi du 5 janvier 1955** prend en compte les modifications demandées par la Mutualité agricole et la profession : droit à la retraite à 65 ans avec une pension de base, forfaitaire et une dite « complémentaire » proportionnelle à l'activité pour tous les agriculteurs ayant cotisé cinq ans, gestion décentralisée assurée par des caisses ayant les mêmes conseils d'administration que celles d'assurances sociales et d'allocations familiales.

À la suite de la mise en place en 1960 du BAPSA et de la première loi d'orientation agricole fruit d'une concertation de la profession et du gouvernement des améliorations sont apportés aux retraites des exploitants[1]. Un plan pluriannuel de revalorisation des retraites, mis en œuvre à partir de 1994, a permis de porter au minimum vieillesse la pension des retraités ayant accompli leur carrière en agriculture. La parité des prestations sera poursuivie jusqu'à nos jours notamment pour les faibles pensions suite aux revendications de la profession et au constant soutien du ministère de l'Agriculture[2].

Les exploitants vont aussi bénéficier de régimes de retraites complémentaires, d'abord facultatives, puis obligatoires mais soutenues financièrement.

La loi du 30 décembre 1988 crée un régime facultatif dit « **COREVA** » avec cotisations déductibles du revenu professionnel imposable. Le décret d'application[3] confiait sa gestion (en capitalisation et avec des retraites en points) à la Caisse nationale d'assurance vieillesse mutuelle agricole, avec le concours des MSA. Il a fait l'objet d'un recours pour excès de pouvoir introduit devant le Conseil d'État par des assureurs contestant ce monopole.

La Cour de justice des Communautés européennes, dans une décision préjudicielle du 16 novembre 1995, dit pour droit qu'« *un organisme à but non lucratif, gérant un régime*

---

[1] À la suite de « tables rondes » des représentants du Gouvernement et professionnels, une loi du 21 nov. 1961 créée une allocation complémentaire de vieillesse égale à la moitié de AVTS (Source : GROSS-CHABBERT *dir.*, 1991, ouvrage cité, p. 169). De plus est mise en place l'indemnité viagère de départ (IVD) par la loi du 8 août 1962 et l'alignement de la retraite de base sur l'AVTS résulte de la loi de finances pour 1965.

[2] La LOA de 1980 se traduit par une hausse de la valeur du point de plus de 12%. Récemment, l'amélioration des retraites fait l'objet de mesures dans la LFSS pour 2009 pour les carrières incomplètes des exploitants et de leurs épouses et des mesures de « solidarité » résultent de la loi de 2010 portant réforme des retraites (récupération sur succession (au-delà de 39 000 €) de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) : exclusion du capital d'exploitation agricole de l'actif successoral ; extension de la RCO aux conjoints collaborateurs). Sur la récupération des prestations sociales, voir V. BONNIN, 2005, article cité, p. 993.

[3] Loi n° 88-1202, JO du 31 déc. 1988, p. 16741 et décret n° 90-1051 du 26 nov. 1990, JO du 27 nov. 1990.

d'assurance vieillesse destiné à compléter un régime de base obligatoire, institué par la loi à titre facultatif et fonctionnant, dans le respect de règles définies par le pouvoir réglementaire, notamment en ce qui concerne les conditions d'adhésion, les cotisations et les prestations, selon le principe de la capitalisation, est une entreprise au sens des articles 85 et suivants du traité CE »[1].

Le Conseil d'État par un arrêt du 8 novembre 1996 annule le décret. La loi du 18 novembre 1997 institue un nouveau régime fondé sur le libre choix de l'assureur hors la MSA et qui garantit les droits COREVA acquis par 116 000 exploitants[2].

La loi du 4 mars 2002, votée à l'unanimité par le Parlement, crée le régime de retraite complémentaire obligatoire (**RCO**) par répartition géré par la MSA[3]. La profession a obtenu un financement de l'État[4] : abondement d'un tiers des cotisations des actifs, validation rétroactive de points gratuits (100 par année cotisée au régime de base). La MSA sert une retraite aux retraités aux frais de l'État (qui participe aussi pour les actifs), solution sans précédent dans un régime complémentaire[5] !

2. Les assurances maladie et accidents du travail, une gestion partagée

La question de l'assureur (libre choix ou gestion par la seule MSA) a souvent divisé le monde agricole pour la couverture maladie ou des accidents.

Ce n'est qu'en 1961[6], que la loi n° 61-89 du 25 janvier crée le régime d'assurance maladie des exploitants agricoles (**AMEXA**). Elle couvre l'hospitalisation, les soins (avec une franchise annuelle), la maternité et l'invalidité. Les cotisations forfaitaires peuvent faire l'objet d'une prise en charge partielle par l'État (de 10 à 50 %) selon le revenu cadastral. Suivant les vœux de la profession, le principe du libre choix permet de s'assurer auprès de la MSA ou d'un organisme mutualiste ou d'assurances habilité[7], solution critiquée par la Cour des comptes comme défavorable aux assurés et à l'institution[8].

---

[1] CJCE, 16 novembre 1995, Affaire C-244/94, FFSA et autres contre Ministère de l'Agriculture et de la Pêche.
[2] Art. 55 de la loi 97-1051 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines. Source : Rapport général n° 66 de la commission des finances du Sénat sur le PLF pour 1999, rapporteur spécial : Joël BOURDIN.
[3] Loi n° 2002-308 du 4 mars 2002, JO du 5 mars 2002, p. 4171. Son objectif est de garantir, après une carrière complète une pension totale égale à 75% du SMIC net.
[4] Suite à un « *accord entre l'État et la profession obtenu au moment de la création de la RCO* ». Intervention du représentant de la FNSEA, J.-F. CHADELAT, 2006, rapport cité, p. 64.
[5] Régime étendu aux collaborateurs d'exploitation et aux aides familiaux en 2011 suite à l'intervention de la MSA. Source : CCMSA, *Rapport d'activité 2010* p. 43.
[6] La FNSEA se prononce, grâce au CNJA, lors de son XIIe congrès en faveur de l'assurance maladie obligatoire, prévue par un projet de loi de 1957. Source : GROSS-CHABBERT *dir.*, 1991, ouvrage cité, p. 205.
[7] Fin 1962, 76,70% des adhésions à la MSA, 17,60% aux compagnies d'assurances, 5,70% par les mutuelles.
[8] « *l'intérêt des assurés, dont il a été si souvent fait état, notamment au cours des débats parlementaires,* [n'a] *gagné quoi que ce soit à la pluralité des assureurs* ». Cour comptes 1964, in J.-J. DUPEYROUX, 1969, p. 730.

De 1963 à 1977, la couverture sera améliorée pour se rapprocher de celle du régime général[1] (à l'exception des indemnités journalières, exclues par la loi).

Les accidents du travail seront longtemps les parents pauvres de la protection sociale agricole. Suite à la loi sur l'AMEXA[2] un projet de loi est déposé le 29 juin 1961 pour la couverture des accidents du travail et - spécificité du monde agricole - de la vie privée (qu'il serait difficile de distinguer) des exploitants. Il faut attendre la loi du 22 décembre 1966[3] pour instituer « *l'obligation d'assurance* » par l'Assurance des Accidents des Exploitants Agricoles, avec libre choix de l'assureur. La loi du 30 novembre 2001 revalorise la couverture, crée au 1er avril 2002 l'**ATEXA** (Assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des exploitants agricoles), quatrième branche du régime des non-salariés avec maintien du libre choix de l'assureur[4].

Pour les salariés, la loi du 25 octobre 1972[5] instaure un régime obligatoire géré par la MSA, similaire au régime général en réparation et prévention. Mais suite à la publication des taux de cotisations les présidents de l'UCCMA et de la FNSEA font part au ministre de l'Agriculture (J. Chirac) de l'impossibilité de financement pour une majorité d'exploitants et la loi du 29 décembre 1977 institue avec le régime général pour les rentes une compensation démographique (et économique sur proposition du rapporteur à l'Assemblée nationale).

Est donc réalisée une extension de la couverture des risques, devenue quasiment équivalente à celle du régime général (à l'exception des IJ maladie pour les exploitants).

3. Des ressortissants couverts par la MSA et souvent par les autres régimes de base

Conséquence des LOA, de la politique agricole commune, la diminution des exploitations et des actifs sera sensible : ils représentent aujourd'hui moins de 4 % de la population active[6].

Le régime concerne des catégories composites : les non-salariés et les salariés. Ces derniers sont devenus une catégorie hétérogène définie par l'article L. 722-20 du code rural regroupant

---

[1] 1963 : franchise supprimée ; 1969 : exonération du ticket modérateur similaire au régime général en ALD ; 1976 : harmonisation de l'invalidité ; 1977, allocation de remplacement des agricultrices en maternité.

[2] Elle prévoit le dépôt d'un projet de loi pour les exploitants avant le 30 juin 1961 avec libre choix de l'assureur (art. 9) et dans les six mois de sa promulgation pour les salariés (art. 7).

[3] Loi n° 66-950 du 22 décembre 1966, JO du 23 décembre 1966 p. 11305.

[4] MSA ou assureurs privés, regroupés dans une « association des assureurs en AEXA », les opérations étant déléguées à l'association « APRIA réunion de sociétés d'assurances » (APRIA-RSA) qui gère aussi l'assurance maladie de près de 10 % des exploitants (et de plus de 50 % des autres professions indépendantes du régime social des indépendants). Source : Rapport Cour des comptes, *La sécurité sociale*, sept. 2006, 418 pages, p. 104.

[5] Loi n° 72-965 relative à l'assurance des travailleurs de l'agriculture contre les AT et MP, JO du 26, p. 11196. On notera le début de l'article 1er : « *La présente loi s'applique à titre transitoire jusqu'à l'institution d'un régime de base unique de protection sociale applicable à tous les Français* ».

[6] 4 % en 2004 contre 13 % en 1970 mais la population en milieu rural augmente et représente un quart de la population totale. M. BERNIER, 2005, rapport cité, p.29.

notamment les ouvriers agricoles, les métayers, salariés des coopératives agricoles et les « cols blancs »[1]. La tendance à l'extension législative des non-salariés aide aussi au maintien du régime[2]. Depuis 2002 les **salariés** sont **majoritaires** : 672 057 en 2010 (dont 241 916 en exploitation) pour 548 696 non-salariés (dont 496 354 chefs d'exploitation)[3].

Un phénomène est à souligner : les salariés et même les exploitants ne font plus toute leur carrière dans le monde agricole, les parcours professionnels se diversifiant de plus en plus. La MSA revendique d'être « *le deuxième régime de protection sociale en France, avec 3,5 millions de personnes protégées en maladie* » [4] : 1,8 million de salariés et 1,7 non-salariés. Mais sur 4,2 millions de retraités agricoles, seuls 1,4 sont couverts par le régime maladie MSA, les deux-tiers (2,8 millions) le sont par un autre régime soit les trois-quarts des anciens salariés agricoles (1,9 million sur 2,5) et plus de la moitié des anciens non-salariés (0,9 million sur 1,7), couverture réduite (comme au RSI) qui interroge sur la nécessité de ces régimes. La revalorisation des pensions explique le faible nombre des bénéficiaires des allocations de solidarité[5]. L'action sanitaire et sociale a une présence importante de personnel sur le terrain et une action particulière en direction des retraités[6].

B) *Un régime conforté par son financement externe*

Le financement de la protection sociale agricole a toujours posé problème et fait appel à des ressources étatiques dès les assurances sociales. Il a pu paraître freiner sa mise en place voire son expansion du fait de trois éléments mis en exergue : la faiblesse du revenu agricole, la non possibilité pour l'agriculture de répercuter les charges sociales dans ses prix de revient et une démographie des actifs décroissante. Seront mises en avant les difficultés de financement des exploitants, suivies d'aides récurrentes pour couvrir les risques et assorties de garanties sur la pérennité d'un régime craignant toujours la perte de son autonomie.

Plusieurs modalités de financement vont se succéder : budget annexe de celui de l'État, fonds particulier avant d'aboutir à un adossement au régime général pour la plupart des risques des exploitants, cet adossement remontant à 1963 pour les salariés agricoles.

N'est-ce pas au détriment du régime général ?

---

[1] Enseignement agricole, salariés de la Mutualité agricole, du Crédit agricole, des Chambres d'agriculture …

[2] Exploitants agricoles mais aussi entreprises de travaux agricoles, mandataires de sociétés d'assurances mutuelles agricoles, artisans ruraux n'employant pas plus de deux ouvriers (art. L. 722-1 du code rural).

[3] Source *Les chiffres utiles de la MSA*, édition 2011, p. 5. 202 207 salariés des organismes de service, 103 886 de la coopération et 124 048 autres salariés. Pour les non-salariés, 46 780 conjoints, 5 562 aides familiaux.
Le nombre d'actifs non-salariés agricoles était d'un million en 1992 (- 49 % en 18 ans).

[4] Idem, p. 4. Chiffre inférieur à celui du RSI. Couverture maladie : 1,1 M d'actifs (32 %), 1,5 M inactifs (43 %).

[5] Allocation supplémentaire du FSV et ASPA : 1,95 % des non-salariés et 0,79 % des salariés retraités en 2010.

[6] Prévention du vieillissement, maisons d'accueil rural pour personnes âgées (MARPA), téléassistance.

1. BAPSA et adossement du régime des salariés agricoles

La **loi du 16 juillet 1949** crée le Budget Annexe des Prestations Familiales Agricoles. Pour l'alimenter partiellement, une surcompensation entre les régimes d'allocations familiales est prévue par la loi du 13 août 1954 et mise en place par la loi de finances pour 1957.

Le financement de l'assurance vieillesse des exploitants de la loi du 10 juillet 1952 l'est pour moitié par une « taxe de statistique et de contrôle douanier »[1], remplacée en 1955 devant les réactions de l'opinion publique par une majoration de la TVA. Lorsque le régime connaît des difficultés de trésorerie et en l'absence de réponse du Gouvernement aux sollicitations du président des caisses centrales, le paiement des pensions est interrompu en avril 1955[2]. Une semaine après le gouvernement octroie une avance de 3 MF à la Caisse centrale.

Le Budget Annexe des Prestations Sociales Agricoles (**BAPSA**) sera mis en place par la **loi de Finances pour 1960** (art. 54) et concrétise dans sa gestion l'autonomie de la MSA, « *qui se trouve pourvue, pour la première fois, d'un financement voté a priori par le Parlement et qui voit son unité institutionnelle reconnue* »[3]. Ainsi le Parlement votera bien avant la réforme constitutionnelle de 1996 créant les LFSS, le financement de tout un régime social.

Cette unité du régime paraît compromise, le projet de loi de Finances pour 1963 prévoyant d'intégrer les recettes et dépenses des prestations des salariés agricoles dans les comptes de la Caisse nationale de Sécurité sociale. Il suscite diverses oppositions du Conseil central de la MSA, qui craint pour l'indépendance et l'unité du régime, des syndicats salariés, de l'UNAF et du Conseil d'administration de la Caisse nationale de Sécurité sociale pour défendre les cotisations du régime général[4].

Finalement un texte amendé, adopté par le Parlement met **à la charge du régime général** les résultats techniques (ressources moins prestations) des salariés agricoles dont le régime devient adossé au régime général sans contrôle de la CNSS. « *Cette mesure ne pourra en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses* […] *de gérer l'ensemble des régimes sociaux agricoles* »[5].

Au 1er janvier 1983, la CNAF compense financièrement toutes les prestations familiales agricoles (y compris celles des exploitants). La loi du 23 janvier 1990 réforme l'assiette des

---

[1] Le 13 mai 1954 un article du journal *Les Échos* titrait : « *Agriculteurs, financez vos retraites !* ». GROSS-CHABBERT *dir*, , 1991, ouvr cité, p. 56.

[2] et les retraités informés des démarches effectuées depuis longtemps par le CA auprès des ministres. Ibid., p. 42.

[3] Autonomie concrétisée dans le BAPSA pour 1961 par la distinction des cotisations techniques (des prestations) et complémentaires (financement « par la profession » de sa gestion et de son action sociale). Ibid. p. 63.

[4] Il considère que les « *appoints nécessaires doivent être demandés à la solidarité nationale toute entière et non aux seules cotisations du régime général, ainsi indûment converties en impôt* ». Ibid. p. 69.

[5] Art. 9, loi finances du 22 déc. 1962, JO du 25, p. 12538. L'unité financière du régime agricole sera rétablie par la loi de Finances pour 1965 (art. 54) par un état évaluatif des prestations servies aux salariés et des ressources.

cotisations, les revenus seront appréciés à partir du bénéfice fiscal et non plus du revenu cadastral, réforme devant intervenir depuis… 1962[1] !

2. L'éphémère FFIPSA

Le BAPSA, ne répondant pas aux critères définis par la LOLF du 1er août 2001 en matière de budget annexe, le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) créé par la **loi de finances pour 2004** (art 40) le remplace à compter de 2005.

Il en reprend les engagements et a la gouvernance traditionnelle des fonds financiers. Il finance les prestations des non-salariés agricoles et la subvention versée à la retraite complémentaire obligatoire (RCO) par des recettes (cotisations, compensation, contribution de la CNAF pour les prestations familiales) et une dotation de l'État « *destinée, le cas échéant* » à l'équilibrer (article L. 731-4 9 du code rural). Mais, en l'absence de dotation automatique, le Fonds de financement est déficitaire de 1,4 milliard d'euros dès 2005.

Aussi est mis en place, en mars 2006, un groupe de travail[2] présidé par M. **Chadelat**, pour aboutir à des propositions consensuelles de résorption du déficit.

Le rapport présenté, sous sa responsabilité, en l'absence d'accord sur les solutions, fait les constats d'une croissance modérée des dépenses ne permettant pas de réaliser des économies sur les prestations[3].

Sur la compensation démographique le groupe de travail a examiné deux simulations[4] non retenues devant l'hostilité du régime général et de la CNRACL[5], alors que les présidents du FFIPSA et du régime agricole y étaient favorables.

Une des pistes étant l'adossement financier au régime général, sans remise en cause de la gestion des MSA[6], les régimes y sont opposés pour des motifs différents : « *les représentants du monde agricole récusent néanmoins totalement cette perspective, en considérant qu'elle consisterait à mettre le doigt dans un engrenage qui serait, à plus ou moins brève échéance, fatal pour cette gestion particulière. De même, les représentants du régime général y*

---

[1] Loi du 25 janvier 1961, article 9 al. 2 : « *Avant le 1er avril 1962, le Gouvernement déposera un projet de loi substituant au revenu cadastral un autre mode d'assiette des cotisations des régimes sociaux agricoles* ».

[2] Composé de Jean-François CHADELAT, IGAS, de deux parlementaires, des présidents de la CCMSA, de la CNAM, CNAV et CNRACL, d'un représentant de la FNSEA, de la Cour des comptes et des trois ministères.

[3] Ni sur les frais de gestion malgré leur taux supérieur à celui du régime général qui « *représenteraient l'équivalent d'une cotisation de cinq points sur les revenus agricoles, ce que conteste la CCMSA* ». J.-F. CHADELAT, 2006, rapport cité, p. 10, 11.

[4] En assurance vieillesse tenir compte des durées moyennes de carrière et en assurance maladie intégrer la structure par âge des assurés : gain pour le régime des exploitants de 2 milliards d'euros en assurance maladie et autant en assurance vieillesse (au détriment du régime général).

[5] Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

[6] « *Au sein du groupe de travail, chacun a convenu de l'intérêt d'une gestion particulière par les caisses de* [MSA] *des régimes dont elles ont la charge et personne ne s'est positionné pour la remettre en cause* ». *Id*. p. 10

marquent leur opposition catégorique, considérant qu'il s'agirait d'un transfert de charge pur et simple »[1].

Dans sa conclusion, M. Chadelat considère que « *la solution ne peut résulter que dans un apport de recettes nouvelles au FFIPSA, qu'elles proviennent de la profession ou de toutes autres sources* »[2].

Pour le rapport, la solution de l'adossement « *ne saurait être envisagée que si le préalable de la parité d'effort était résolu, sans qu'il subsiste la moindre ambiguïté* »[3].

3. Gestion par la CCMSA, financement par la CNAM

Les préconisations du rapport Chadelat sont restées sans suites.

Devant la Commission des comptes de la Sécurité sociale en septembre 2009, le ministre du Budget annonce la reprise par l'État du déficit du FFIPSA, 7,5 Mds € à fin 2008, et « *le Gouvernement s'engage, dans le cadre d'un point d'étape sur les retraites en 2010, à étudier la question du financement du régime d'assurance vieillesse des non salariés agricoles* »[4]. Contrairement au régime général, l'État continue à reprendre le déficit du régime agricole !

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 modifie les règles de gouvernance financière du régime des exploitants agricoles. Le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) est supprimé, la Caisse centrale l'intègre financièrement et se substitue à lui pour gérer les ressources du régime vieillesse des non-salariés : elle disposera, comme l'ACOSS, d'une autorisation d'emprunt pour sa trésorerie.

Cette loi consacre, à nouveau, le principe de gestion par la MSA des prestations et de l'encaissement des cotisations des non-salariés mais aussi « *de la gestion de la trésorerie des différentes branches du régime* » (art. L. 731-1 code rural). « *Afin de garantir un financement pérenne* »[5], elle **adosse à la CNAM** le régime maladie des exploitants.

Son financement sera assuré par les cotisations, une fraction de la CSG et la compensation financière. Lui est affecté le produit de la taxe sur les véhicules de société et des droits sur les

---

[1] J.-F. CHADELAT, 2006, rapport cité, p. 10. Le président de la CNAM (p. 69) fait part de « *son opposition farouche* […] *pour des raisons politiques. Une telle configuration aboutira à l'édification d'un régime unique avec une étatisation de fait de l'assurance maladie* [et] *n'étant pas viable durablement, c'est la mise en concurrence, qui interviendra en final* ».

[2] « *Ce n'est sans doute pas la meilleure solution, c'est en tout cas la moins mauvaise. Faire jouer la solidarité interprofessionnelle revient à faire de la sémantique… toutes recettes supplémentaires qui viendraient améliorer les comptes du FFIPSA seraient prises sur les autres régimes et dégraderaient leur déficit* ». *Idem* p. 23.

[3] *Ibidem* p. 10.

[4] Intervention devant la Commission des Comptes, le 29 septembre 2009, PLFSS 2009 dossier presse.pdf, p. 4.

[5] Exposé des motifs de l'article 75, loi 2008-1330 du 17 déc. 2008 LFSS pour 2009, JO du 18. « *Compte tenu de cette intégration et des conclusions du* [CMPP] *du 11 juin dernier, le ministre chargé de la sécurité sociale est désormais étroitement associé à la gestion des régimes agricoles* ». NOR : BCFX0823210L/Rose-1 PLFSS 2009

boissons alcooliques[1] pour équilibrer l'assurance maladie des exploitants en 2009 qui sera assurée par « *une dotation* » de la CNAM et ne figurera dans ses comptes que le solde. Est ainsi retrouvée la solution d'équilibre automatique de financement du BAPSA.

Mais le financeur a changé, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés se substituant au budget de l'État en cas de déficit[2] et ne retracera pas l'ensemble des prestations comme pour les salariés agricoles, préservant (en apparence ?) le « régime » et répondant ainsi aux attentes du monde agricole. Cet adossement est réalisé sans traiter la question préalable de la parité des efforts contributifs demandée par le rapport Chadelat et il est permis de douter de la pérennité de l'affectation des ressources.

Il en résulte un changement qui transforme la nature du régime des exploitants : encore plus assisté par les salariés du régime général et plus seulement par la fiscalité. La MSA et les organisations agricoles paraissaient hostiles à ce financement susceptible d'entraîner une déresponsabilisation des élus[3], mais au final cette réforme de la gouvernance financière conforte et étend les attributions de la Caisse centrale de la MSA.

Dans l'attente d'une réforme du financement du régime vieillesse des exploitants, aucune recette nouvelle n'est venue remplacer la contribution du FFIPSA, le solde de la branche vieillesse devient fortement déficitaire en 2009 (déficit 1,183 milliard d'euros sur 9,455 de charges)[4]. Mais la LFSS pour 2012 fait reprendre la dette du régime retraite des exploitants par la **CADES** (transfert des déficits comptables cumulés 2009-2010 : 2,5 milliards d'euros) et veut « *réduire de près de 30 % le besoin de financement courant du régime* »[5].

4. Quels efforts contributifs ?

Comme l'indiquait le rapport Chadelat, « *le principe de la nécessaire parité des efforts contributifs est affirmé par tous. Le constat sur la situation actuelle ne fait pas l'objet de consensus* »[6].

---

[1] Droits de consommation, de circulation et « de la cotisation sur les boissons alcooliques » alors qu'ils l'étaient depuis 2005 au Fonds de financement CMUc (charge transférée aux complémentaires maladie).

[2] Reversement de 43 M€ à la CNAM en 2009, mais CNAM versant 222 M€ à la MSA en 2010 [145 M€ prévus]. La contribution du régime général augmenterait en 2011 et surtout en 2012. CCSS, sept 2011, tome 2, p. 16.
Lors de la présentation du PLFSS pour 2009 au Conseil de la CNAM, l'adossement des exploitants n'a fait l'objet que d'interventions du MEDEF et de FO craignant pour le financement par la CNAM.

[3] Le représentant de la FNSEA indiquait : « *l'adossement au régime général emporte beaucoup de crainte car cette solution est source de forte déresponsabilisation des élus.* ». J.-F. CHADELAT, 2006, p. 42.

[4] Commission des comptes de la Sécurité sociale, *Les comptes de la sécurité sociale*, sept. 2010, p. 254, 255.

[5] « *L'effort en recettes acquis pour la sécurité sociale dans le cadre du plan gouvernemental de réduction des déficits publics sera ainsi redirigé pour 400 M€* » au régime. Exposé des motifs art. 20 PLFSS pour 2012, p. 37.

[6] « *Les représentants du monde agricole considèrent que cette parité existe. Ce point de vue n'est pas celui, entre autres,* [des] *membres du rapport des trois inspections, ni de la Cour des comptes* ». J-F. CHADELAT, 2006, rapport cité, p. 23.

Cette **parité** entre exploitants agricoles et salariés du régime général, sujet sensible et complexe, nécessiterait une majoration des cotisations des exploitants de plus de 4,7 points, considérée difficile pour des raisons politiques[1]. Elle n'existerait dans aucun domaine :

- contribution des salariés du régime général en maladie supérieure de 27 % à celle des exploitants et en vieillesse, régime agricole plus favorable pour les faibles revenus[2] ;

- assiette des cotisations sous-évaluée par le forfait agricole, (40% des exploitants en 2002) et réduite de 18,5% par la transformation d'exploitations en sociétés (1/3 en 2005).

La Cour des comptes a analysé en 2007 ce « *phénomène de mitage de l'assiette sociale* » : multiplication de dispositifs spécifiques de minoration[3], imposition sur le « forfait collectif »[4] et pour le régime réel transformation d'exploitations en sociétés (notamment entre époux).

Par ailleurs, elle « *constate un manque de rigueur général dans le contrôle des obligations sociales des exploitants* ». Tous ces éléments « *vont à rebours* » de la réalisation de l'objectif des années 1990, de parité du régime des exploitants avec les autres et « *l'assiette sociale, de préférence semble-t-il à l'assiette fiscale, tend à être utilisée comme un moyen d'amortissement des difficultés auxquelles les professions agricoles sont confrontées* »[5].

Le financement des prestations du régime agricole est avant tout d'origine externe[6].

Le **régime est largement assisté** : ainsi en 2009, chez les exploitants pour 2,2 milliards d'euros de cotisations versées et 1,1 milliard € de contribution sociale généralisée (CSG) reçue, il a bénéficié de 6,3 milliards d'euros d'impôts et taxes affectées et de 5,2 au titre de la compensation. Chez les salariés, pour 4,3 milliards d'euros de cotisations, il perçoit 1,3 Md€ de CSG, 1,1 Md€ d'impôts et taxes affectés, de 2,3 Md€ de compensation, de 1,3 Md€ au titre de l'intégration financière : la CNAM a équilibré le régime maladie pour 796 millions d'euros, la CNAV pour 344 millions et la branche AT/MP du régime général pour 110 millions d'euros. Les cotisations devraient diminuer, la loi de modernisation de l'agriculture de 2010 mettant à la charge de l'État la part employeur des saisonniers.

---

[1] La Cour n'a pas recommandé d'augmenter leur taux pour corriger la parité : « *agitation dans les campagnes … et probablement politiquement impossible* » (faible revenu des exploitants et en diminution), et « *cotisations, une des rares armes du gouvernement pour réduire les perspectives de réforme de la PAC* ». *Ibid.*, p. 97.

[2] De par la revalorisation des faibles pensions, la validation d'une année avec 600 SMIC horaires, parité semblant réalisée pour les revenus égaux ou supérieurs au SMIC.

[3] Déductions pour investissements ; en direction des jeunes agriculteurs.

[4] Fixé au niveau départemental pour les recettes inférieures à 76.300 €/an. Il minorerait le niveau d'imposition de 30 % par rapport au réel. Les professions agricoles sont les seules à bénéficier d'un forfait d'imposition.

[5] Cour des comptes, 2007, annexe au rapport J.-M. JUILHARD, doc cité, p. 51 et 52.

[6] En 2009, ensemble des charges 18,7 Md€ pour les exploitants (15,8 Md€ de prestations, produits 17,5 Md€ dont 12,5 % de cotisations), le déficit étant dû à sa branche vieillesse. Pour les salariés agricoles, charges et produits 12,3 Md€ (dont 10 Md€ de prestations et 35,4 % de cotisations) Source Commission des comptes de la Sécurité sociale, *Les comptes de la sécurité sociale*, sept. 2010, p. 242 s. notamment p. 249 et 257.

L'encaissement des MSA est aussi fait pour le compte d'autres organismes[1] faisant d'elle le percepteur du social du monde agricole. Elles accordent des facilités de paiement grâce à un fonds de solidarité des crises agricoles (FSCA), géré par la CCMSA et alimenté par un prélèvement sur les réserves de solidarité des caisses. Les cotisations peuvent également, depuis la LFSS pour 2007, être prises en charge sur les fonds d'action sociale, devenus une variable d'ajustement pour les pouvoirs publics (qui participent aussi à ce financement)[2].

La MSA met en avant le financement par la profession des dépenses « complémentaires » de gestion[3] par un pourcentage des cotisations. Mais il est facilité par un montant des cotisations techniques pour les prestations réduit grâce aux apports externes.

Ce financement autonome serait remis en cause par sa réforme annoncée début 2012 par une lettre ministérielle co-signée par les ministres chargés du Budget et de l'Agriculture adressée au directeur général de la Caisse centrale de la MSA (et non au président). Elle prévoit, comme au régime général, une dotation d'équilibre (dépenses autorisées par la convention d'objectifs et de gestion diminuées des recettes propres) alors que la MSA souhaiterait qu'elle ne concerne que le financement des missions de service public, celui des activités complémentaires étant pour elle autonome avec un résultat et une réserve dédiés. Ce courrier a suscité la réaction des présidents des MSA (craignant la déresponsabilisation des CA et la perte des réserves de gestion) qui ont décidé d'interpeller les politiques[4].

SECTION 2. L'ÉVOLUTION DE LA GOUVERNANCE

Elle s'appuie toujours sur des éléments traditionnels issus du mutualisme et depuis 1949 de l'élection (§ 1). Mais ces dernières années la gouvernance du régime va se rapprocher de celle du régime général, l'État renforçant de façon continue et souvent à sa demande le poids de l'échelon national (§2).

---

[1] Le « guichet unique » MSA encaisse pour le compte d'organismes complémentaires de retraite et maladie, de fonds de formation et l'assurance chômage. Est instauré un versement en lieu unique pour les entreprises avec des établissements sur plusieurs départements (LUCEA). D'après *Rapport d'activité MSA 2004*.

[2] Les prises en charge de cotisations constituent une mesure d'accompagnement des agriculteurs confrontés à des difficultés, liées ou non à des crises : 142 M€ en 2010 (30 M€ crédits ASS MSA et 112 M€ ministère de l'agriculture). Elles complètent les échéanciers de paiement que les MSA peuvent accorder financés sur les crédits du FSCA. Source : MSA, *Rapport Mutualiste 2010*, p. 7.

[3] Gestion administrative, action sanitaire et sociale, contrôle médical et médecine du travail.

[4] *Financement : les élus de la MSA se mobilisent*, Communiqué de presse MSA 4 avril 2012. «… *les présidents et 1ers vice-présidents des caisses de MSA, réunis ce matin à la Caisse centrale, lesquels ont décidé de se mobiliser, ainsi que les 25 000 délégués du réseau, pour interpeller les candidats aux prochaines échéances électorales sur leur vision de la MSA et les confronter aux vrais enjeux d'une réforme d'apparence technique* ». Une question écrite sur le sujet a été posée à la ministre du Budget par un sénateur socialiste (n° 23482, JO Sénat du 26/04/2012, p. 100).

§ 1 Une gouvernance traditionnelle ?

Pour nombre d'observateurs, ce régime reste celui de la démocratie sociale (A). Il est géré par des structures aux traditions mutualistes (B). Pour rester autonome, il a su trouver des appuis externes, tant administratifs que politiques (C).

A) *La « démocratie sociale »*

Bien plus que les caisses du régime général, le régime agricole se réfère aux valeurs mutualistes. Si les organismes du régime, MSA et CCMSA, « *sont soumis aux dispositions du livre Ier du code de la sécurité sociale* », ils sont « *constitués et fonctionnent* » selon le code de la mutualité[1].

Les responsables veulent conserver ce **mutualisme** en dépit d'une certaine concentration des caisses de base et la MSA serait « *synonyme de gestion par les intéressés telle que l'entendaient les fondateurs de la Sécurité sociale en 1945* »[2]. Ce mutualisme a pour pivot les élus de la MSA.

1. Des élections participatives en 2005, en régression en 2010

Tous les cinq ans actifs et retraités du régime (2,8 millions d'inscrits en 2010) répartis en trois collèges (exploitants, salariés et employeurs) désignent les **délégués cantonaux** (25 820 en 2010) qui éliront ensuite les administrateurs des MSA (2000 en 2005, 1071 en 2010). À partir des élections de janvier 2005[3], est supprimé l'échelon communal et augmenté le nombre d'administrateurs représentants des salariés (de huit à douze) pour tenir compte de l'évolution démographique.

Pour la première fois, le scrutin a été organisé par les Conseils d'administration des MSA et le réseau s'est impliqué pour en faire un succès. Le vote, devenu par correspondance, voit la participation augmenter : un électeur sur deux a voté[4] contre 36 % en 1999, notamment grâce à la communication médiatisée déployée sur le bilan de la mandature de la Présidente.

La MSA, qui se qualifie de « *premier régime professionnel* » tire de ces « *résultats records dans l'histoire de ses élections* » « *un message fort à l'adresse* […] *des pouvoirs publics pour*

---

[1] « *sous réserve des dispositions du présent code et du code de la sécurité sociale et des textes pris pour leur application.*» Art. L. 723-1 code rural.
[2] A. CATRICE-LOREY, F. MANDERSCHEID, 1990, article cité, p. 20.
[3] Ord. 2004-141 du 12 février 2004 portant simplification des élections à la MSA. JO 14 février 2004, p. 3057.
[4] Inscrits 3 208 754 votants 1 612 424 soit 50,25% (36 % en 1999). Dans le 1er collège 59,2%, dans le 2ème 39%, dans le 3ème 55,3%. 27 350 délégués élus (76 316 en 1999). Source, fichier sur MSA.fr :
: msafr_1107455789876_TAUX_DE_PARTICIPATION_GLOBAL__FORMAT_PDF__135_KO_.pdf

voir préserver et conforter un système unique en France »[1] et estime qu'ils montrent l'**attachement à l'action du régime**. La participation aux élections de 2010 sera moindre d'un demi-million d'électeurs dans les trois collèges (avec un taux de participation de 38,81 %)[2] pouvant traduire de moindres acquis sociaux qu'en 2005, l'éloignement des élus de par la restructuration du réseau et l'incidence des crises agricoles.

Contrairement aux élections de 2005, la MSA communiquera peu sur ces résultats.

2. Des élus légitimés

Les représentants du premier et du troisième collèges des exploitants et employeurs agricoles sont issus des syndicats majoritaires de l'agriculture (FNSEA/Jeunes Agriculteurs)[3] ou se présentent sans étiquette. Dans le deuxième collège des salariés, les listes sont souvent présentées par les syndicats (sans monopole des représentatifs)[4].

L'âge moyen des élus est de 53,4 ans, 72,5 % sont des hommes et 54,45 % sont des nouveaux élus, ce qui peut traduire un certain désintérêt pour les mandats.

La **légitimité** des administrateurs, y compris centraux, vient du processus électoral à tous les niveaux : le président du Conseil central est à la base délégué cantonal. L'élection permet aux élus d'être représentatifs de la population couverte (mais les salariés agricoles votent moins que les exploitants), sans nécessité d'avoir des représentants de la société civile dans les conseils d'administration. Elle « *leur donne une grande liberté d'expression vis-à-vis des autres régimes ou des pouvoirs publics* »[5].

La préoccupation de la Caisse centrale de **former** les administrateurs est notable. Pour aider les nouveaux à s'intégrer rapidement, elle a proposé en 2005, aux caisses un dispositif de tutorat[6]. Depuis 2010, la formation est dispensée en fonction de leurs responsabilités[7].

---

[1] « *dans un contexte de réformes nationales* », CCMSA, Communiqué de presse du 3 février 2005.

[2] Taux de participation 38,81 % : 1er collège, 47,5 % ; 2e, 28, 5 % ; 3e, 44, 5%. *Rapport d'activité 2010* p. 17. Inscrits 2,841millions (- 327 000) ; 1 102 757 votants (- 509 667) ; 1er collège : 692 869 (- 329 085) ; 2e : 367 929 (- 172 927) ; 3e : 41 959 (- 16 655). Sources : Rapport mutualiste 2009, *Avec ses élus la MSA est là*, 24 p., p. 3 et http://www.msafranchecomte.fr/front/id/msafranchecomte/S1096467989238/S.

[3] Sur 13 134 délégués du 1er collège, 6 551 élus FNSEA/JA, près de 5 700 candidats individuels ou soutenus (par les Chambres d'agriculture, Groupama par exemple). La Coordination rurale et la Confédération paysanne portent peu d'intérêt à ces élections.
Source http://www.terre-net.fr/actualite-agricole/economie-social/article/msa-elections-202-60878.html.

[4] CFDT 32,17 % des voix ; CGT 21,69 % ; CGC 21,66 % ; FO 10,33 % ; UNSA 9.95 % ; CFTC 3.31 % ; Liste commune 0.89 %. Source *Le BIMSA*, magazine de la MSA, fév. 2010, n° 101, p. 28.

[5] V. LIDSKY, 2004, doc cité, p 104.

[6] Administrateurs expérimentés accompagnant les nouveaux pendant les deux premières années de leur mandat.

[7] Quatre catégories d'élus : membres des conseils d'administration et des comités départementaux ; "pilotes politiques" (administrateurs centraux, présidents et 1ers vice-présidents) ; "pilotes métiers" (présidents de comités et commissions, de comités départementaux, élus spécialisés) ; présidents d'échelons locaux et élus locaux. Formations ciblées : protection sociale, politiques institutionnelles, communication, tenue de réunions.
Source : *Rapport d'activité MSA 2010*, p. 17.

De plus, la Caisse centrale de la MSA organise tous les ans une journée nationale dont la préparation associe l'ensemble des caisses et traite de protection sociale, de la vie du réseau[1].

Le rôle des élus a été conforté par la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale complétant l'article L. 723-3 du code rural relatif aux caisses de MSA : elles pourront sous leur responsabilité, créer des **échelons locaux** « *et confier aux délégués cantonaux élus directement des trois collèges qu'elles désignent toutes missions, qu'ils effectuent à titre gratuit* ». Les caisses ont mis en place progressivement ces échelons avec pour rôles confiés par les Conseils d'administration d'être des relais des adhérents (information, avis sur dossiers individuels), de représenter la MSA et d'animer la vie rurale. La proximité permet aux délégués cantonaux d'être des intermédiaires et des médiateurs avec les assurés du régime[2].

B) *Des structures de tradition mutualiste*

Les MSA et la CCMSA fonctionnant sous l'égide du code de la mutualité ont conservé des assemblées générales élues qui désignent les administrateurs. Le partage des pouvoirs avec les directions leur est plus favorable qu'au régime général au plan local et national.

1. Les organes mutualistes

Le décret du 27 janvier 1961 avait permis de conforter les pouvoirs de ces organes.

L'Assemblée générale (AG), réunie au moins une fois par an, « *statue souverainement sur tous les intérêts de la caisse* » et « *est, dans sa circonscription, l'organe représentatif des assurés et de leur famille en ce qui concerne les régimes agricoles de protection sociale* »[3]. Elle a les missions des AG mutualistes notamment d'arrêter les statuts (sur la base de statuts types), de désigner les administrateurs, et en AG extraordinaire (sous réserve de l'avis favorable du conseil central) de décider la fusion des MSA et de la dévolution de leurs biens.

Les AG des caisses rassemblent les délégués cantonaux, l'Assemblée générale centrale est l'émanation des conseils d'administration des MSA : ainsi 476 délégués des 35 MSA ont élu le Conseil d'administration de la caisse centrale le 20 mai 2010. Cette **Assemblée centrale** vote et modifie le règlement de financement de la gestion, de l'action sanitaire et sociale et du fonds de solidarité des crises agricoles.

---

[1] Par exemple : action de la MSA sur les territoires en 2003, nouveaux champs de la solidarité en 2004, innovation sociale en 2006, gouvernance du régime en 2008. *Le BIMSA*, n° 89, déc. 2008, p. 32 à 35.

[2] « *ce qui nous caractérise, c'est moins l'existence de conseils d'administration élus que celles d'échelons cantonaux organisés, structurés et légitimés par une élection* ». P. ISTRIA, 2006, document cité, p. 46.

[3] Art 27 des statuts types. Arrêté du 16 février 2010 relatif au modèle des statuts des caisses de mutualité sociale agricole, JO du 21 février, p. 3243.

C'est surtout elle qui peut adresser aux ministres de l'agriculture et de la sécurité sociale « *toutes propositions utiles en vue d'apporter à la réglementation en vigueur les adaptations jugées nécessaires aux régimes de protection sociale agricoles* », ce qui est de nature à légitimer ces propositions.

Les **conseils d'administration** sont composés de vingt-sept élus[1] dont neuf représentants des exploitants, douze des salariés, six des employeurs[2] plus deux des familles. Le conseil central d'administration est une émanation des conseils locaux, ses administrateurs devant être membre d'un CA local (dont ils sont souvent présidents ou vice-présidents).

Le conseil d'administration d'une MSA se réunit plus souvent qu'au régime général, au moins six fois par an, élit un bureau (composé notamment du président, des vice-présidents et des présidents des comités départementaux)[3]. Le premier vice-président appartient à la composante, salariée ou non salariée, différente de celle du président qui assure la représentation permanente du conseil dans l'intervalle des séances. Le CA constitue, trois comités consultatifs : deux « de la protection sociale » (des non-salariés et salariés) et un paritaire d'action sanitaire et sociale (avec présidence alternative annuelle des salariés et non-salariés), leur avis conforme étant requis pour certaines décisions des CA[4].

2. Des directeurs sous le contrôle des conseils d'administration

Le Conseil d'administration a une **compétence de principe** : il « *règle par ses délibérations les affaires de la caisse. Il décide dans toutes les matières qui ne relèvent pas de la compétence propre du directeur ou de l'assemblée générale* » (art. 10 des statuts) à laquelle il rend compte de sa gestion. Aux pouvoirs des Conseils d'administration du régime général de l'article R. 121-1 CSS[5], s'ajoutent ceux liés à l'assemblée générale (convocation et ordre du jour), la représentation de la caisse[6] et des pouvoirs financiers[7].

---

[1] Depuis la loi n° 2002-73 du 17 janv. 2002 *de modernisation sociale* (art. 22), JO du 18 janv. 2002.

[2] Élus par les délégués cantonaux de leur collège au scrutin majoritaire pour les non-salariés, à la proportionnelle pour les salariés. Les représentants des familles, un du collège salarié et un des non-salariés sont désignés par l'UNAF et les UDAF sur proposition des associations familiales rurales. Consultatifs, trois représentants désignés par le CE. Au régime général les représentants du personnel sont élus et les administrateurs désignés !

[3] Deux vice-présidents représentant les deux autres collèges et un vice-président représentant des familles. Y participent les présidents des comités de la protection sociale et d'action sanitaire et sociale. Art 11 des statuts.

[4] Dépenses de prévention des AT-MP, des services de santé au travail (Comité des salariés) ; remise des pénalités et des majorations de retard ; conclusion de conventions de gestion pour assurer la protection sociale. De plus ils peuvent proposer la recherche de toutes conventions entre la MSA et d'autres organismes de sécurité sociale.

[5] Vote des budgets, contrôle de l'application des dispositions législatives et réglementaires et de l'exécution de ses délibérations, approbation des comptes sauf opposition à la majorité des 2/3.

[6] Sauf dans les matières qui relèvent des pouvoirs du directeur, il décide des conventions avec les tiers, autorise les instances judiciaires et représente la caisse devant toutes juridictions, traite, transige et compromet.

[7] Règles sur les placements financiers et de la caisse, décisions d'ouverture des comptes de dépôts ou de titres.

C'est le conseil d'administration de la Caisse centrale dit **Conseil central** qui représente le régime auprès des pouvoirs publics et des tiers et a un rôle politique, un pouvoir de proposition sur la protection sociale agricole[1] et d'avis sur les textes législatifs ou réglementaires la concernant. Il assure le suivi de la convention d'objectif et de gestion, du schéma directeur informatique et met en œuvre les plans d'actions stratégiques. Il a mis en place des commissions de suivi des sujets majeurs composées d'administrateurs centraux, de présidents ou premiers vice-présidents ne siégeant pas au conseil central et d'un directeur par grande région (pour faire le lien avec le comité des directeurs du réseau)[2].

Au niveau des risques, le Conseil central est responsable de l'équilibre des risques AT/MP et de la gestion de la retraite complémentaire obligatoire, des aides aux agriculteurs en difficulté et victimes des crises. Il définit les plans et programmes de prévention, de sécurité au travail et d'action sociale. C'est lui qui, de fait, va « *conclure les conventions collectives de travail et déterminer les conditions générales de travail et de rémunération du* personnel »[3].

Les conseils d'administration locaux et nationaux sont les employeurs des agents de direction. Le CA « *trace toutes directives générales* », délègue « *aux agents de direction les pouvoirs nécessaires en vue d'assurer, dans le cadre des textes législatifs et réglementaires, le fonctionnement de l'organisme* » (art. R. 723-108 du code rural). C'est lui qui les nomme[4] ou les licencie et fixe leurs conditions de travail et de rémunération[5].

Le décret du 27 janvier 1961 a réduit le rôle des CA au bénéfice des directeurs qui ont des pouvoirs voisins de ceux du régime général[6] du fait du renvoi fréquent aux dispositions du code de la sécurité sociale. Mais l'employeur est ici le Conseil d'administration et c'est de lui que le directeur tient ses pouvoirs et il doit aussi tenir compte du poids politique des administrateurs élus lui donnant les orientations et le nommant.

Est recherchée la cohésion administrateurs-agents de direction et la participation des directeurs aux actions nationales, tendance également observée au régime général[7].

---

[1] Par exemple calcul des 25 meilleures années pour les salariés polypensionnés, congé maternité des agricultrices. Rapport mutualiste 2007, p. 9.

[2] Quatre depuis la restructuration du réseau : stratégie institutionnelle, financement institutionnel, action mutualiste, santé et territoire (dans le contexte de la création des ARS). *Rapport d'activité MSA 2010*, p. 18.

[3] Art R723-108 code rural : théoriquement ce pouvoir appartient aussi aux CA locaux.

[4] Les trois derniers directeurs généraux appartenant au régime agricole. Leur prédécesseur, Daniel Lenoir, haut fonctionnaire, nommé après la crise de 1996, est ensuite devenu Directeur de la CNAM puis de la Mutualité française et ,en 2009, Directeur général d'une Agence régionale de santé.

[5] Ainsi que les praticiens-conseils et les médecins du travail. Art 10 statuts types arrêté 16/02/2010.

[6] Rôle général d'ordonnateur des dépenses. Dispositif de contrôle interne mis en œuvre par le directeur et l'agent comptable (art. D. 723-240 à 243 code rural, résultant du décret n° 2003-596 du 26 juin 2003).

[7] « *Chacun doit à la fois diriger sa caisse au niveau local mais également apporter sa contribution aux projets institutionnels* ». Source : *Rapport d'activité MSA 2010*, p. 18, 19.

C) ***Les appuis externes du régime***

Inséré dans le monde agricole le régime a su depuis longtemps trouver l'appui des politiques grâce à son lobbying. Il bénéficiait aussi de celui du ministère de l'Agriculture.

1. Un efficace lobbying

Soulignons une constante, l'écoute du monde agricole par les **élus politiques** entretenue par un fort lobbying au niveau local et national, non dissimulé par la Caisse centrale de la MSA, même si le contexte semble moins favorable de par le « *déplacement des pôles de décision vers les ministères sociaux et l'inter-régimes* »[1].

Le rôle réel donné aux délégués cantonaux et aux échelons locaux permet de conforter l'assise de la MSA sur le terrain et auprès des élus locaux ou des parlementaires.

Le régime « *en phase avec le monde parlementaire* »[2] prend « *position pour trouver des solutions* » en faisant voter des amendements favorables à la MSA ou à la protection sociale agricole : « *La stratégie de communication s'accompagne d'un fort lobbying auprès des parlementaires autour des grands projets : assurance maladie, loi d'orientation agricole ; financement du régime ; une rencontre annuelle avec les députés et sénateurs double les contacts permanents entre la MSA et le Parlement* »[3].

Organisée en octobre, cette « rencontre parlementaire » permet à la MSA de présenter les thèmes d'actualité et préoccupations du régime et de faire connaître la position du régime sur le PLFSS, son financement et les autres textes en cours d'examen[4]. La Caisse centrale a des relations régulières avec les rapporteurs des différents thèmes sociaux[5] et a une information ciblée « pour *entretenir un lien constant avec ses principaux relais* » parlementaires. Les élus de la caisse centrale et les directions sont informés de l'avancement des travaux législatifs[6].

L'Europe n'est pas oubliée par la MSA, pour défendre ses intérêts et a contribué à la mise en place opérationnelle en 2006 du Réseau européen des caisses agricoles de protection sociale (ENASP, « European Network of Agricultural Social Protection systems »)[7].

---

[1] Président, PV AG centrale du 22 juin 2006, p. 6.
[2] Titre de la p. 21 du rapport d'activité 2006 ; « *la MSA a fait adopter des amendements favorisant la protection sociale agricole en alignant certaines dispositions du code rural sur le code général* ». De plus, par exemple, création par la LFSS 2007 des comités départementaux, composition des CA des caisses pluridépartementales.
[3] Indique le rapport d'activité 2004 de la CCMSA, p. 50.
[4] CMSA, 2011, *Rencontre parlementaire*, 11 oct., 37 p. Le dossier valorise « les déclinaisons par la MSA des politiques publiques » et le nouveau plan stratégique « Ambitions 2015 ».
[5] lettre argumentaire aux membres des commissions du Sénat lors du débat sur l'avenir et le financement du FSV et FFIPSA ; propositions d'amendements pendant l'élaboration de la LOA. Rapport d'activité 2005, p. 18 et 22.
[6] Par une lettre électronique hebdomadaire. MSA, *Rapport d'activité 2006*, p. 21.
[7] Rapport d'activité 2010 p. 36 : réseau réunissant les régimes agricoles de 6 pays de l'UE (Allemagne, Autriche, Finlande, France (MSA), Grèce, Pologne) présidé en 2010 par le président de la CCMSA.

2. La tutelle traditionnelle du ministère de l'agriculture

« *La politique sociale agricole relève du ministre chargé de l'agriculture* » indiquait l'article L. 721-1 du code rural[1]. Les liens entre les « institutions » du monde agricole et son ministère sont notables, bénéficiant le plus souvent de son appui.

L'exercice de la tutelle, renforcé après la crise de la Caisse centrale de la MSA de 1997, restait traditionnel : elle dépendait de la direction générale de la forêt et de l'aménagement rural (qui exerce les fonctions de commissaire du gouvernement auprès du CA central depuis 1998), le ministère disposant d'une inspection générale et de services régionaux[2] qui par délégation des préfets approuvaient les budgets des MSA, tutelle pour la Cour des comptes « *très présente et précise* », « *attentive mais anachronique* »[3]. Le ministère de l'agriculture considérait qu'elle se justifiait par la délégation de gestion aux assureurs privés[4] et que l'accroissement des pouvoirs de la caisse centrale nuirait à l'autonomie des CA des MSA et au mutualisme[5]. Pour lui, les relations entre l'État et la MSA « *sont passées d'une relation tutélaire classique à un partenariat avec une méthode objectifs-résultats* »[6].

Le ministère de l'Agriculture était donc le **défenseur de l'autonomie des MSA**, se préservant ainsi d'une augmentation des pouvoirs de la Caisse centrale (et non nationale, organisme de droit privé et non établissement public administratif). La CCMSA, sans réel pouvoir hiérarchique sur des caisses de base aux CA élus défendant l'autonomie des MSA, avait sur les caisses un rôle nettement plus réduit que les Caisses nationales, rappelant la situation du régime général avant 1967 (et avant 1994 pour leur tutelle budgétaire).

Mais la Cour des comptes et l'IGAS contrôlent également le régime agricole.

Dans son rapport de septembre 2007 sur la sécurité sociale la **Cour des comptes** déplorait l'insuffisance de moyens de pilotage de la Caisse centrale sur son réseau et recommandait de « *Recentrer la tutelle de l'État en cohérence avec le renforcement des pouvoirs de la caisse centrale de MSA prévu par la COG 2006-2010* » (p. 394). Elle considère que le mode de

---

[1] L'article ajoute qu'elle « *est mise en œuvre notamment* » par la CCMSA et les MSA. Le code rural et de la pêche maritime traite de l'ensemble du droit de l'agriculture et en particulier du droit social dans son livre VII. Pour la Cour des comptes, la protection sociale agricole était sous la « *tutelle principale* » du ministère de l'agriculture, celui de la sécurité sociale contresignant les textes (du code rural qui reproduit souvent le CSS en les adaptant) et la COG. Source : Cour des comptes, 2007, annexe au rapport J.-M. JUILHARD, doc cité, p. 4.

[2] Le STRITEPSA, Service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles.

[3] Cour des comptes, 2007, rapport cité, p. 392.

[4] « *Il en résulterait que seul l'État peut contrôler la gestion des assureurs privés et donc élaborer des instructions s'adressant à tous les gestionnaires du régime.* » Idem.

[5] « *Cette limitation risquerait de vider en grande partie de son sens la nature mutualiste et participative du réseau* ». « *La Cour constate que le souci des caisses locales de protéger au maximum leur autonomie à l'égard de la caisse centrale rencontre le souhait du ministère de l'agriculture de ne pas transférer une partie de ses attributions à cette caisse* ». Cour des comptes, 2007, annexe au rapport J.-M. JUILHARD, doc cité, p. 21.

[6] indique l'adjoint du sous-directeur de la protection sociale du ministère. *Rapport d'activité 2007 MSA*, p. 31.

gouvernance du régime par des administrateurs élus « *a un sens dans un secteur professionnel assez homogène et il semble donner satisfaction aux ressortissants du régime. Par contre, les conséquences qui en sont tirées pour le fonctionnement du réseau sont plus contestables. C'est ainsi que dans le régime agricole l'autonomie des caisses locales est la plus forte et les pouvoirs de la caisse centrale et non pas nationale sont les plus réduits* »[1].

Depuis ce rapport, la gouvernance du régime a-t-elle évoluée ?

§ 2 Une gouvernance se rapprochant de celle du régime général

La limitation des pouvoirs de la Caisse centrale explique sa difficulté initiale à regrouper les MSA, préoccupation ancienne qui mettra une quinzaine d'années pour se réaliser[2]. Déjà, en mai 2001, une Assemblée générale extraordinaire, adopte un Plan stratégique institutionnel définissant les orientations 2000-2005 : développement d'une offre globale aux adhérents (et mise à niveau de la couverture des exploitants et des salariés agricoles), moyens du fonctionnement mutualiste (aboutissant en 2002 à une charte de l'élu), renforcement de la cohérence institutionnelle. Compte tenu de l'évolution démographique, une résolution définit « *la construction d'un réseau d'entreprises homogènes, de taille suffisante* »[3], par fusion ou fédération (étape maintenant les CA départementaux mais avec un directeur unique[4]).

La restructuration du réseau va permettre à la Caisse centrale de mettre en place, en 2006, des outils qui vont renforcer ses pouvoirs sur les MSA (A). Elle va ensuite bénéficier de l'appui de l'État par la loi ou la contractualisation (B). La pérennité du régime est-elle pour autant définitivement assurée compte tenu notamment de sa faiblesse démographique (C) ?

A) *Les nouveaux outils de la Caisse centrale de la MSA*

Est constante sa volonté, à l'occasion des nouveaux mandats du Conseil d'administration central, de définir les règles du jeu avec son réseau, notamment de gouvernance.

Pour accélérer les fusions des caisses de Mutualité sociale agricole (ayant souvent des circonscriptions départementales), la Caisse centrale va se doter de nouveaux outils : lors du mandat 2006-2010, le Plan d'action stratégique et la charte de la gouvernance vont renforcer ses pouvoirs.

---

[1] Cour des comptes, 2007, rapport cité, p. 390.
[2] Déjà « *au début des années 90, une incitation au réseau à se regrouper a permis un début de rapprochement, mais il faut bien dire que l'enthousiasme n'a pas été au rendez-vous* ». P. ISTRIA, 2006, document cité, p. 48.
[3] PV de l'AG du 29 juin 2005, CCMSA, p. 27. Pour limiter la disparité de taille entre MSA de un à trois.
[4] D'où une complexité des relations avec plusieurs conseils d'administration, celui de la Fédération et jusqu'à quatre CA de MSA fédérées.

1. Le Plan d'action stratégique pour restructurer le réseau

Le « plan d'action stratégique 2006-2010 », adopté par l'Assemblée générale du 22 juin 2006[1], a pour objectif essentiel la restructuration en **trente-cinq caisses** et prévoit pour son accompagnement « *l'engagement de l'échelon national, en tant que tête de réseau* ».

Ses trois parties, comprenant **trente-cinq engagements**, sont les suivantes :

1) « *Construire les orientations stratégiques sur la dynamique du mutualisme* » qui, pour la MSA, est sa spécificité et le garant de l'amélioration de la protection sociale de ses ressortissants se traduit par quatre engagements. Conforter ses élus dans leur action de terrain, « *partager le mutualisme en interne et en externe* », « *faire vivre la démocratie sociale* » grâce à une présence politique territoriale par des comités départementaux, dans les caisses pluridépartementales. « *Renforcer les moyens du mutualisme* », par un échelon local actif et en « *dotant l'institution d'un observatoire de la vie mutualiste* »[2].

2) « *Des valeurs pour déployer une protection sociale agricole globale et développer une offre de services sur les territoires* » s'appuyant sur l'innovation sociale et se voulant une réponse aux évolutions démographiques et des modes de vie. Pour ce faire, seront créées des structures autonomes financièrement formant avec la caisse le « *groupe social MSA* ».

3) « *Moderniser notre gouvernance pour les nouveaux enjeux* », (dix-huit engagements), traite de l'organisation du réseau stable, équilibrée et efficiente permettant « *d'anticiper les évolutions et de conserver la proximité* » par trente-cinq caisses fusionnées en 2010[3]. Le processus de « *rapprochement* » après une concertation au plan régional est proposé au Conseil central qui en cas de non aboutissement est habilité « *après une phase de médiation, à prendre les dispositions nécessaires* »[4]. La carte du réseau cible, annexée au plan, indique le nombre de caisses par région en 2010. L'incitation au regroupement a été aussi financière.

Les règles de gouvernance (huit engagements) réaffirment tant l'autonomie des caisses, que l'unité institutionnelle « *grâce à un dispositif de gouvernance lisible, débattu, approprié par tous, définissant des règles de vie commune* » : fonctionnement décentralisé et rôle de **tête de réseau** de la Caisse centrale, garante des engagements et des résultats pour la tutelle. Elles

---

[1] CCMSA, 2006, doc cité. Élaboré par une démarche de type projet associant administrateurs et directeurs. Le vote des délégués est intervenu par chapitre (favorable à 80,66 % pour le 1er, 82,35 % pour le 2ème, 77,11 % pour le 3ème et 62,75 % pour le 4ème puis sur l'ensemble du Plan approuvé à 67,80 %). Source, PV AG 22 juin 2006.

[2] « *Alors que les modes de gouvernance de la sécurité sociale changent, le plan d'action stratégique affirme la différence de la MSA et sa volonté de poursuivre son action guidée par ses valeurs* » ajoute le PAS.

[3] Passer de 49 entreprises à 35 « *au sein des régions administratives de poids et de périmètre équilibrés, en prenant en compte le fait départemental, le respect des identités géographiques et culturelles ; les équilibres économiques ; les distances de trajet entre sites ; le regroupement de 4 départements au maximum afin de permettre une présence politique suffisante et garantir une certaine proximité* ». *Rapport d'activité 2006*, p. 9.

[4] Les caisses ayant décidé leur fusion, seront considérées pour leurs réserves comme pluridépartementales. Cour des comptes, 2011, p. 455. Montant des réserves en valeurs mobilières de placement de 866 M€, fin 2009.

indiquent les moyens de consensus entre élus et directeurs, affirment la nécessité de renforcer les dispositifs d'accompagnement et d'évaluation. Un dispositif de « régulation » est prévu en cas de non-respect par tous des « *règles de vie commune* ». Ces règles mettent en avant pour la mise en œuvre du Plan « *des cadres dirigeants, moteurs du changement* » et les « *collaborateurs mobilisés sur un projet d'entreprise* » lequel doit tracer les moyens d'action.

L'Assemblée générale centrale du 21 juin 2007 adopte une résolution qui définit le « ressort géographique » des trente-cinq caisses au 1er janvier 2010. Elle envisage (par une modification législative qui sera demandée par le Conseil central) que la Caisse centrale de la MSA puisse fusionner les caisses en se substituant à leur Conseil d'administration[1].

2. La Charte de la gouvernance : cohérence institutionnelle et autonomie

L'AG centrale adopte également la « *Charte de la gouvernance du réseau de la MSA* »[2], qui « *définit de nouvelles règles de fonctionnement visant à renforcer l'équilibre entre cohérence institutionnelle et autonomie de chacune des caisses* »[3].

Quatre articles définissent les « *engagements de l'institution* » qui :

- garantissent « *une unité institutionnelle renforcée* » : accords, conventions, décisions, socles communs d'actions et outils de gestion et de pilotage « *pleinement opérants que si toutes les caisses les mettent en œuvre* » ;

- sont élaborés en concertation des élus pour définir les grandes orientations politiques et des agents de direction au sein d'instances stratégiques et opérationnelles, font l'objet d'appropriation comme les dispositifs d'accompagnement, de suivi et d'évaluation ;

- par des « *dispositifs de régulation* » de la Caisse centrale conduisant pour les caisses « en écart » une conciliation et en cas d'échec « *le Conseil Central a le pouvoir de prendre toute mesure notamment en matière financière* »[4].

La démarche ambitieuse veut concilier « indépendance des caisses » et « unité d'action » à l'égard des adhérents, pouvoirs publics et partenaires. Elle s'inscrit dans un ensemble qui pour la durée de la mandature associe la COG, le Plan (pièce maîtresse du processus de changement et de restructuration du réseau)[5] et le Schéma Directeur Informatique 2006-2010.

---

[1] Source site MSA, *résolution adoptée en Assemblée générale, configuration du réseau,* accédé le 30 juillet 2008

[2] La Charte de la gouvernance est reproduite en annexe 5. La MSA est « *bâtie sur trois valeurs qui fondent le mutualisme : la solidarité, la responsabilité* (et l'autonomie des caisses), *la démocratie* (délégués élus) ».

[3] Réponse de la CCMSA à la Cour des comptes. *Rapport 2007 MSA,* p. 468.

[4] Dispositif de régulation : alerte vers les caisses ; évaluation et communication de ses résultats ; pour celles en écart, recherche de solution au sein d'une instance de conciliation saisie par la CCMSA (réunissant le président, le 1er vice-président, le directeur général de la caisse centrale et un directeur du réseau tiré au sort hors la grande région de la MSA) pour aboutir, après examen contradictoire, à la mise en œuvre de l'engagement par la caisse.

[5] Et qui d'après le ministre de l'Agriculture « *renforce la place des élus* ». PV AG 2006, p. 46.

Dans ce régime aussi, l'**informatique** va être structurante, mais avec retard par rapport au régime général. Le premier schéma directeur informatique (SDI) devait en 1993 mettre en place un « *produit informatique unique* » et déjà, « *lever un obstacle* [aux] *regroupements* »[1]. Le CA central est décisionnel en la matière : il arrête, budgète et suit les SDI approuvés par la tutelle. Mais depuis 2001, la Caisse centrale de la MSA contrôle l'informatique des caisses à la place de l'État ce qui « *a favorisé la prise de responsabilité par la caisse centrale et la réalisation de systèmes d'information nationaux* »[2]. De même, un décret du 26 juin 2003 organise la maîtrise d'ouvrage et d'œuvre confiée aux caisses de base, les MSA ne pouvant, en principe, utiliser que des applications nationales validées. Dans ce domaine aussi, les pouvoirs de la CCMSA deviennent similaires à ceux des caisses nationales. Le SDI 2006-2010, veut, mettre en place à dix ans, un système d'information communiquant « *dans le cadre d'une exploitation régionale appuyant la restructuration du réseau* »[3]. Ainsi, l'informatique comme la démographie des dirigeants[4] facilitent les fusions d'organismes.

B) *Un rôle croissant de la Caisse centrale conforté par l'État*

Il est notable que les pouvoirs de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole se rapprochent de ceux des caisses nationales du régime général de par les conventions d'objectifs et de gestion et les lois de financement de la sécurité sociale.

1. La convention d'objectifs et de gestion 2006-2010, convention clé

Signée en septembre 2006, elle insiste sur la maîtrise des coûts et les réductions d'effectifs (un remplacement pour deux départs) et de ce fait donne un rôle de pilotage plus important à la Caisse centrale. Sa durée passe de quatre à cinq ans pour coïncider avec le mandat des administrateurs et celle du Plan d'action stratégique[5], dont elle inclut les orientations, permettant leur reconnaissance par l'État.

L'intitulé du chapitre « *La MSA : Une organisation mutualiste, acteur de la protection sociale et des territoires* » est significatif de la volonté politique d'un régime qui affirme le

---

[1] *Idem*, p.4. Toutefois même si la MSA a dans les années 1995-2000 structuré la fonction informatique (constitution du GIE AGORA et de cinq centres informatiques) elle a dû faire face à des difficultés de pilotage sans apporter un service rendu identique sur tout le territoire. Traitant toutes les prestations, le régime doit assurer les adaptations liées aux évolutions réglementaires, à l'évolution du système et aux besoins informatiques nouveaux.

[2] Cour des comptes, 2007, annexe au rapport J.-M. JUILHARD, doc cité, .p. 22.

[3] *Schéma Directeur Informatique 2006-2010*, MSA, nov. 2006, 24 p., citation p. 23. Il comprend six domaines : santé (avec des partenariats avec la CNAM), assurés, entreprises, gestion interne, architecture, technique. Le texte est précédé d'un « Édito du Président et Directeur Général de la CCMSA ».

[4] Souvent près de la retraite, ils ne participent qu'aux fusions et avec des rémunérations augmentées.

[5] Préambule de la COG MSA, 2006-2010, p. 3. À noter que « *la MSA et l'État veilleront* […] *à assurer aux ressortissants du régime la meilleure protection sociale possible* ».

rôle des administrateurs. Il se démarque ainsi du régime général et revendique sa spécificité et sa présence dans le monde rural. Le point « *Partager le mutualisme en interne et en externe* » insiste sur le développement du mutualisme auprès des élus, des agents et des adhérents.

L'objectif du régime est de conserver la proximité avec les assurés[1] et de renforcer son rôle dans la **ruralité** (notamment en direction des instances politiques départementales) par les comités départementaux, « *relais de la politique* » du Conseil d'administration qui leur « *fait remonter les besoins du département* »[2].

Un des atouts du régime souligné par la COG est le **guichet unique** avec une seule base de données pour l'assuré ou le cotisant : il en résulterait une globalité des interventions, des politiques sociales décloisonnées, un service de qualité et une lutte efficace contre la fraude, point de vue non partagé par la Cour des comptes[3].

La convention d'objectifs et de gestion donne un pouvoir budgétaire à la Caisse centrale par des enveloppes annuelles pour la gestion administrative, l'action sanitaire et sociale, le contrôle médical et la médecine du travail, lui permettant un encadrement budgétaire du régime plus important. Jusqu'en 2005 les budgets étaient arrêtés chaque année par la tutelle.

Pour ses évaluations, cette convention instituait une procédure contradictoire à mi-parcours et à son terme par un « *comité d'évaluation* » CCMSA-Administrations, faisant - contrairement aux conventions des autres régimes - intervenir des interlocuteurs proches de l'agriculture[4].

La convention est ensuite déclinée dans le réseau en Contrats personnalisés d'objectifs et de gestion (CPOG) avec une gestion « institutionnelle » des effectifs entre la CCMSA et les MSA faisant l'objet, ici encore, de règles du jeu par un règlement « institutionnel ». Nouveauté, la Caisse centrale apprécie l'atteinte des objectifs locaux par une « mission d'évaluation générale de la gestion des organismes » créée en 2008.

---

[1] Pour le Directeur général de la Caisse centrale : « *Aujourd'hui, quand on constate que la branche Maladie du régime général par exemple n'a plus de conseils d'administration mais de simples conseils et que les débats dans la branche Famille tendent à s'orienter vers ce qui se fait dans la branche Maladie* […]. *Nous ne souhaitons pas suivre cette orientation de gouvernance car elle ne reflète pas nos valeurs. Ni en matière de gestion ni en matière d'organisation* ». F. GIN, 2007, doc cité, p. 96.

[2] Une formation est prévue pour 2010-2015 (détection des besoins, fonctionnement de la caisse, méthodes de communication). CCMSA, 2010, p. 6, 10.
Notons que « *Le guide du délégué MSA* » (52 p.) est paru en janvier 2011.

[3] La Cour déplore la diminution des contrôles d'assiette, la faiblesse des redressements effectués et des taux de recouvrement hors CSG insuffisants. Cour des comptes, 2007, rapport cité, p. 383.

[4] Siégeaient au comité : le DG de la CCMSA, le DG de la forêt et des affaires rurales, le Directeur du Budget, de la Sécurité sociale, le Contrôleur général près la CCMSA, un représentant du Conseil Économique et Social et un du Centre d'Analyse Stratégique, un de l'Inspection Générale de l'Agriculture et un l'IGAS. COG p. 35.

2. Depuis 2007, l'appui par les lois de financement de la sécurité sociale

Les lois de financement (LFSS) vont reprendre nombre de dispositions du Plan d'action stratégique.

La **LFSS pour 2007** reconnaît pour les caisses pluridépartementales la possibilité de « constituer des comités départementaux » et porte le nombre d'administrateurs à neuf par département lorsqu'elles en couvrent plus de trois (art. 137). La **LFSS pour 2008** permet au Conseil central de décider, sur proposition de l'AG centrale, de la fusion de caisses et de se substituer aux CA locaux pour mettre en place la nouvelle caisse[1]. De plus, elle donne à la Caisse centrale, « *un pouvoir de contrôle* » sur les MSA, pouvant vérifier « *la régularité des opérations de liquidation des cotisations et des prestations de sécurité sociale* »[2] et mettre en œuvre et de coordonner des actions de contrôle pour détecter les fraudes[3].

La loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 (**LFSS pour 2009**) étend le rôle d'avis du CA central aux projets de lois et réglementaires[4], « officialise » sa force de « *propositions de modification de nature législative ou réglementaire* », selon des modalités similaires à celles du régime général mais qui ici sont utilisées[5].

De même elle continue à aligner les pouvoirs de la caisse centrale sur ceux des autres Caisses nationales en matière de pouvoirs budgétaires et de prescription aux caisses[6] mais dans ce régime ces pouvoirs, se substituant à ceux antérieurs de la tutelle, sont dévolus au Conseil d'administration central[7]. Au régime général, ces mesures sont aussi de la compétence des caisses nationales mais en cas de carence de leur part elles seront prises par la tutelle, ce qui n'est pas le cas au régime agricole, éléments soulignant l'importance et la légitimité du Conseil central.

De plus, l'article 17 de cette loi complète l'article L. 721-1 du code rural : « *La politique sociale agricole relève du ministre chargé de l'agriculture* » par « *et conjointement, pour ce*

---

[1] L'article 102 crée l'article L. 723-4-1 du code rural : la date d'effet de la fusion est fixée au terme du mandat administrateurs. Le CA central peut, en substitution des CA des caisses, constituer en son sein une commission pour prendre les mesures nécessaires à la mise en place de la nouvelle caisse, sa composition est soumise à l'approbation du ministre de l'Agriculture et ses décisions soumises au contrôle de l'État (article L. 152-1 CSS) et exécutoires par les directeurs des caisses dès leur approbation. Cette possibilité a été utilisée pour la fusion des MSA d'Ardèche-Drôme-Loire et de Charente-Charente-Maritime. Cour des comptes, 2011, rapport cité, p. 440.

[2] Art. 102 III LFSS pour 2008 (article L. 723-13 du code rural).

[3] Art. 109 LFSS pour 2008 et rôle de centrale d'achat pour le compte des MSA comme au régime général.

[4] Alors qu'il ne l'était que pour les PLFSS, il le sera pour tout projet de loi ou de mesure réglementaire ayant des incidences sur les régimes obligatoires, leur équilibre et sur l'action sanitaire et sociale.

[5] Article 17 LFSS 2009 modifiant l'article L. 723-12 du code rural.

[6] Approbation des budgets, financement des opérations immobilières, prescription de mesures pour améliorer leur gestion ou limiter leurs dépenses budgétaires qui doivent rester dans la limite des crédits de la COG.

[7] Il décide en cas de désaccord entre un conseil d'administration et un comité de protection sociale dans les domaines d'avis conforme du comité. Art. L. 723-38 du code rural.

qui concerne la protection sociale agricole, du ministre chargé de la sécurité sociale ». Il ne reste comme attribution spécifique au ministre de l'Agriculture que les sanctions à l'encontre des Conseils d'administration ou la révocation d'un administrateur (après avis du CA, art. L723-39).

À compter de l'exercice 2008, les **comptes** de la caisse centrale et les comptes combinés du régime établis par l'agent comptable de la Caisse centrale (qui valide les comptes locaux) sont **certifiés** par deux commissaires aux comptes[1]. Suite à la non-certification des comptes 2008 de la caisse centrale pour son dispositif de contrôle interne insuffisamment développé, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 renforce le pouvoir de pilotage financier des MSA par la réécriture de l'article L. 723-12-3 du code rural. Il confie au Conseil central la prescription « *de toutes mesures tendant à la limitation de leurs dépenses budgétaires ou à une plus grande maîtrise des coûts de gestion administrative et technique et des risques financiers* » et, à défaut, reprend la procédure de substitution au conseil d'administration local mise en place par la LFSS pour 2008 pour la fusion des caisses[2].

La RGPP confiant la tutelle de tous les régimes, à titre principal, à la Direction de la Sécurité sociale, la Mission nationale de contrôle et d'audit (**MNC**) absorbe au 1er juillet 2012 la mission particulière qui contrôlait le régime agricole (MAECOPSA)[3].

Par les attributions conférées par les récentes LFSS, le rôle de la Caisse centrale tend à devenir celui d'une Caisse nationale du Régime général mais elle se substitue davantage à la tutelle et des pouvoirs plus importants sont attribués en la matière au Conseil central.

Une autre différence avec le régime général concerne la désignation des agents de direction par les conseils d'administration locaux ou central (en principe, sans intervention de la Caisse centrale de la MSA ou de l'État)[4].

3. La convention d'objectifs et de gestion 2011-2015 sous influence de la RGPP

La Cour des comptes qualifie le nouveau réseau de « *restructuration juridique achevée mais d'un impact limité en termes de performance* »[5] : amélioration de la productivité liée uniquement à la diminution de la population couverte, résultats limités pour l'amélioration de

[1] Et de ce fait l'intervention de commissaires aux comptes au sein des Caisses de base MSA disparaît.
[2] À titre exceptionnel, si cette mise en demeure reste sans effet, il peut constituer en son sein une commission se substituant au CA pour la mise en œuvre « *des mesures de redressement nécessaires, pour une durée qu'il fixe* ».
[3] Mission nationale d'Audit, d'Evaluation et de Contrôle des Organismes de Protection Sociale Agricole.
[4] Si la convention collective de 2000 évite la totalité d'une carrière sur place (cadre puis agent de direction) la règle de la mobilité plus souple qu'au régime général, permet des tuilages et des plans de remplacement. À noter qu'avant de désigner le 12 mai 2011 comme Directeur général l'agent comptable de la CCMSA, le Conseil central aurait subi « une pression d'enfer » de l'Élysée en faveur du mari de la ministre de l'Écologie. Source : *Le Nouvel Observateur*, « Info Obs. : quand l'Élysée pistonne le mari de NKM », publié le 12-05-2011.
[5] Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, sept. 2011, p. 440.

la qualité du service, insuffisance de l'harmonisation des procédures, du contrôle interne et de celui de la Caisse centrale en dépit de ses nouvelles compétences.

La COG 2011-2015 « *s'inscrit dans le contexte nouveau* » de la RGPP et précise les **attentes de l'État** en matière de relation de service, de déploiement des politiques publiques, de maîtrise des risques, lutte contre la fraude, performance de gestion et de développement durable[1]. Pendant sa négociation, l'approche sur les réductions d'effectifs a été différente selon les ministères de tutelle et l'arbitrage interministériel favorable au régime agricole[2].

Si la convention confirme notamment le rôle de la MSA dans l'accompagnement des crises agricoles et dans le développement social et sanitaire des territoires ruraux, elle se rapproche des objectifs et procédures des conventions du **régime général**, le suivi des indicateurs de pilotage et de résultats devenant similaire : tableau de bord partagé, point d'étape annuel, évaluation contradictoire la dernière année donnant lieu à un rapport au CA central. Le cadre budgétaire est inspiré de celui du régime général (dotations aux MSA, règles de reports budgétaires). De même est prévue la définition d'une procédure « associant » le directeur général et le CA de la Caisse centrale de la MSA pour la nomination des directeurs.

La convention favorise la coopération inter-régimes (notamment avec le régime général pour la formation professionnelle des agents) et les pouvoirs de la caisse centrale.

Son action sur les MSA s'intensifie par la diffusion de référentiels nationaux des procédures, des « socles communs » s'imposent pour les prestations, le recouvrement et l'action sociale[3]. La COG prévoit la **mutualisation** de certaines fonctions supports, un « pilotage renouvelé » et plus centralisé des systèmes d'information[4], d'optimiser la trésorerie par une gestion devenant quotidienne. Néanmoins, les indicateurs témoignent d'objectifs de gestion moins ambitieux que ceux assignés au régime général[5] et pour la Cour des comptes

---

[1] Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CCMSA 2011-2015, 1er mars 2011, 196 p, p 7. Elle est approuvée par le CA le 10 fév. 2011, comprend 157 engagements, des indicateurs décrits par des fiches.

[2] « *Nous avons vécu, lors des négociations des moments difficiles. […] avec le soutien du ministre chargé de l'agriculture, un compromis a été trouvé* ». Président de la CCMSA. *Le BIMSA*, juillet-août 2011 n° 115, p. 16. Le ministère de l'agriculture et la CCMSA voulaient le remplacement d'un agent sur deux, la DSS et le budget un sur quatre (en fonction de l'évolution de l'activité et des gains de productivité) : arbitrage interministériel de 0,43, soit une diminution de 1250 CDI mais en seront créés 191 pour des activités rémunérées ou des actions sur les territoires, la perte n'est que de 1059, alors que le chiffrage MSA/Agriculture était de 1100 CDI.
Journée Présidents-1er Vice-Présidents-Directeurs, 9 février 2011, p. 7-12, 38-39.
http://www.msafranchecomte.fr/files/msafranchecomte/msafranchecomte_1301556895035_COG_20011_MARS_2011.pdf accédé 30/08/2011.

[3] Les objectifs sont aussi de permettre la validation et la certification des comptes 2011 et pour les tutelles d'augmenter les redressements à la suite de contrôles sur le travail illégal.

[4] Réorganisation de la maîtrise d'ouvrage en pôles de compétence, utilisation homogène des applications, réorganisation de l'exploitation informatique sur deux centres et réduction de son coût. COG p. 89.

[5] Cour des comptes, 2011, rapport cité, p. 450.

« *une grande prudence transparaît* » dans la convention d'objectifs et de gestion pour les mutualisations dont les progrès sont renvoyés à 2015.

4. Des ambitions stratégiques d'uniformisation

Suite à la convention d'objectifs et de gestion, le nouveau plan stratégique « *Ambitions 2015* »[1] adopté par l'Assemblée générale centrale de juin 2011 affirme « ***15 ambitions stratégiques*** » liées aux évolutions démographiques défavorables, au contexte de l'agriculture incertain et à la concurrence au sein et en dehors de la protection sociale.

L'ambition de développement, « *axe essentiel* », veut élargir le périmètre « d'attractivité » du régime en renforçant sa politique d'affiliation et en se positionnant comme opérateur sur les territoires. L'ambition de service met en avant « *l'agence MSA* » (assurant l'accueil et le conseil administratif, social et médical) et s'appuie sur des « socles » de son offre[2].

Celle de performance collective, liée à la baisse d'activité et aux gains de productivité, envisage de centraliser dans les caisses les fonctions de production remettant en cause le principe d'équilibre des sites départementaux (et de non mobilité) et de développer la mutualisation d'activités posée comme principe et selon diverses formules[3].

Un groupe de travail « *centralisation des activités* » composé de directeurs de MSA et de directeurs de la caisse centrale a défini les modalités de cette centralisation qui sera décidée par le conseil d'administration de la caisse sur proposition du directeur.

D'autre part, à la suite d'expérimentations conduites en 2010 et 2011, un déploiement des mutualisations est prévu[4] et le conseil d'administration central en a arrêté le 22 mars 2012 les principes[5] qui devraient concerner 15 thèmes. La caisse centrale a aussi mis en place une démarche « *Management par les processus orientés clients* » destinée à standardiser et à déployer dans toutes les MSA quatre processus de production tous les ans entre 2012 et 2015.

La diminution de l'autonomie des caisses devrait se concrétiser avec la réforme du Règlement de Financement Institutionnel envisagée pour 2013 : la dotation de gestion des

---

[1] CCMSA, 2011, doc cité.

[2] Socle institutionnel opposable pour la protection sociale de base, avec un objectif de résultat ; socle commun contractuel prenant en compte les besoins locaux ; socle innovation, initiative locale pour des besoins émergents.

[3] Un cadre institutionnel de mutualisation établi définira ses champs, ses échéances, son organisation territoriale avec plusieurs périmètres : national, région institutionnelle, région administrative, entre organismes du réseau ou entre caisses. CCMSA, 2011, doc cité, p. 9.

[4] Dans cinq « caisses de gestion » pour les pensions d'invalidité en 2013, dans neuf pour la liquidation des dossiers de retraite en coordinations internationale.

[5] Déploiement des activités mutualisées au sein des cinq régions institutionnelles en privilégiant le consensus, les caisses de gestion devant apporter les garanties prévues aux cahiers des charges, en termes de qualité et de sécurité du service pour être retenues. Instance Nationale de Concertation du 26 avril 2012, annexe 3, lien dans *Annuaire sécu* n° 503 du 13 mai 2012.

caisses serait fonction de leur activité à un coût standard, celles en déficit aurait des allocations complémentaires avec un engagement de retour à l'équilibre dans le cadre d'un plan pluriannuel, celles ayant des excédents les remonteraient à la caisse centrale.

Notons que pour la première fois à la suite de la refonte du processus de contrôle interne, les comptes de l'exercice 2011 de la Caisse centrale et les comptes combinés du régime ont été certifiés par les commissaires aux comptes avec seulement une réserve[1].

Le poids de la caisse centrale a-t-il annihilé les caractéristiques historiques du régime ?

C) *Forces et faiblesse du régime agricole*

Le régime agricole a su adapter sa gouvernance et a pu compter sur le soutien de l'État.

1. Les valeurs traditionnelles adaptées à une nouvelle gouvernance

Des **thèmes** sont **récurrents** : la mise en avant du guichet unique, des services offerts au monde rural, de la proximité et du mutualisme réaffirmés lors du regroupement des MSA, sans oublier la parité des prestations avec le régime général. Toutefois, l'importance de ce « guichet unique » nous semble à relativiser compte tenu du choix de l'assureur -MSA ou autre- par les exploitants en assurance maladie et couverture accidents du travail.

Les structures de gouvernance sont de type fédératif et le fonctionnement conserve un rôle important aux instances issues des élections (AG et CA). Même si l'Assemblée générale centrale n'a approuvé qu'à 63 % la restructuration du réseau, la démarche se veut participative et ascendante. Elle a permis en 2010 de conforter le régime par des caisses de taille plus opérationnelle[2] en conservant une relation de proximité avec ses ressortissants et partenaires au niveau départemental.

Unité « institutionnelle » et autonomie sont conciliées par des règles du jeu de fonctionnement, la possible dérive vers un « centralisme démocratique » (ou technocratique) est limitée, le Conseil central étant composé d'élus de terrain.

Néanmoins, le principe de gestion ascendant tend à s'inverser et d'ascendant à devenir descendant. Les pouvoirs croissants de la Caisse centrale de la MSA la rapprochent d'une Caisse nationale avec, ici, un rôle maintenu à son Conseil d'administration central.

---

[1] Sur des flux notifiés par des tiers et n'ayant pas fait l'objet de contrôle pour la CNSA ou de réserves pour l'État.
CCMSA, Rapports des commissaires aux comptes, 15 mai 2012 ; lien dans le communiqué de presse de la MSA du 20 juin 2012 « Les comptes du régime agricole certifiés pour l'année 2011 », http://www.msa.fr/front/id/msafr/S1096560610864/S1096560619083/S_Derniers-communiques/publi_comptes-regime-agricole-certifies-pour-l--39-annee-2011.html

[2] La fusion des caisses préparée de longue date et avait été précédée dans le monde agricole par celles des réseaux du Crédit agricole et de Groupama.

Le régime de la Mutualité sociale agricole s'impliquerait **dans tous les domaines** de la protection sociale et « *tient sa place dans les diverses instances* »[1]. Son action auprès des assurés a été facilitée par l'augmentation des crédits d'action sociale.

Même si le pilotage de la Caisse centrale de la MSA tend à croître notamment par la mise en place d'un socle commun de prestations dans toutes les caisses et des financements « mutualisés » octroyés par elle pour mettre en place ces actions, il subsiste des latitudes aux caisses de base pour mettre en place des actions adaptées au terrain. Elles travaillent souvent avec des structures associées créées ou financées par elles sur lesquelles la Cour des comptes considère que les liens avec la MSA mériteraient d'être clarifiés[2].

Ces structures associées ont été mises en place suite à la décision du Conseil central de septembre 2007 de constituer un « *réseau de* ***35 MSA Services*** *locales fédéré au sein d'une MSA Services nationale* »[3]. Ces structures placées auprès des caisses mais indépendantes aux plans juridique et financier ont pour vocation d'offrir des services sur le terrain qui respectent leurs valeurs et forment avec les caisses le « *groupe social MSA* » (devenant une structure similaire aux groupes de protection sociale, cf. infra p. 310).

L'objectif de proposer à toute la population des services ouverts à la concurrence est majeur d'après le régime pour le conforter. Il fait preuve de créativité, comme par exemple la mise en place par la Caisse centrale, en 1999, du « médiateur de la MSA » qui a un fonctionnement original en Sécurité sociale, pouvant faire des propositions en équité et de modifications de la réglementation[4].

2. Démocratie sociale et néo-corporatisme

Ce régime est-il celui de la démocratie sociale[5] ou depuis toujours du néo-corporatisme[6] ? Si ce dernier « *désigne les systèmes de relations professionnelles fondés sur des organes*

---

[1] Maîtrise médicalisée dépenses maladie, droit à l'information des futurs retraités, acteur du logement en milieu rural. DG CCMSA, PV AG juin 2006 p. 53. « *La MSA est « un laboratoire d'idées pour plus de solidarité* ».

[2] Cour des comptes, 2007, annexe au rapport J.-M. JUILHARD, doc cité, p. 35.

[3] Pour séparer les activités de services de ses missions de service public. MSA, *Rapport mutualiste 2007*, p. 13.

[4] Exemple : calcul du salaire annuel moyen pour les assurés multi régimes. Il intervient après la commission de recours amiable (CRA), fait des propositions en équité, donne son avis à l'adhérent et à la MSA. Si la caisse ne souhaite pas le suivre, le Président ou le Directeur devra en informer l'adhérent et le médiateur sinon elle repasse l'affaire en CRA et devant la tutelle. Nommé par le Conseil d'administration central pour trois ans c'est une personnalité neutre et indépendante choisie pour son expérience et sa connaissance du monde agricole, (330 affaires traitées entre mai 2010 et avril 2011).

[5] « *La démocratie sociale est l'essence et la force de la MSA* ». Elle « *a toujours occupé dans la tête des experts et observateurs de la protection sociale française une place de choix* ». Pascal Beau, directeur d'Espace Social Européen. MSA, *Rapport mutualiste 2009*, p. 22.

[6] Pierre Laroque, en 1954 note pour la protection sociale des exploitants que « *tout un foisonnement d'initiatives et d'efforts* [...] *dont les résultats sont loin d'être négligeables* ». « *Tout un corporatisme agricole s'est développé et renforcé au cours de la dernière période* ». P. LAROQUE, 2008, ouvrage cité, p. 116.

professionnels paritaires à vocation normatives »[1], ce terme s'appliquerait bien au régime agricole. La MSA a su obtenir des avantages équivalents à ceux du régime général et mettre en place une gouvernance de la Caisse centrale conforme à ses souhaits et avalisée par l'État.

Ici, le **paritarisme** semble bien être plus de façade : la Caisse centrale et la quasi-totalité des MSA sont présidées par les non-salariés et le régime profite à un demi-million d'exploitants dont le faible nombre interroge sur une influence politique qui paraît intangible.

Le régime ne couvre en assurance maladie parmi ses retraités que moins de la moitié des exploitants, le quart des salariés. Il bénéficie avant tout aux exploitants, dont les problèmes sont devenus différents de ceux des actuels salariés « agricoles » (dont les prestations et cotisations sont similaires à celles du régime général)[2].

Les ambitions de la MSA, régime social inséré dans le milieu rural ne sont pas nouvelles. En 1991, le président de la Caisse centrale, André Laur, déjà traçait pour « *la MSA de l'An 2000* »[3] les perspectives actuelles : interlocuteur unique, proximité, regroupement de caisses.

Mais dans ce « régime », qui sait mettre en avant ses réalisations, l'ombre au tableau n'est-elle pas un financement avant tout soutenu par l'État et par le régime général. Ce dernier supporte l'adossement ancien des salariés à toutes les branches et depuis 2009 celui des exploitants en assurance maladie dont les efforts contributifs paraissent limités (et ce, sans que le préalable de la parité de contribution n'ait été résolu contrairement aux préconisations du rapport Chadelat).

Le régime est devenu l'outil de gestion des crises agricoles, l'État se défaussant sur lui ou tempérant même l'application des textes par des interventions juridiquement peu orthodoxes pour la Cour des comptes[4].

Au total la MSA et la profession agricoles auront su mettre en place avec l'aide de l'État et grâce à un lobbying efficace une protection sociale à parité avec celle du régime général tout

---

[1] A. SUPIOT, 1987, article cité, p. 180.

[2] « *Salariés et exploitants ont su développer entre eux un vrai dialogue au service du monde agricole et rural* ». Rapport mutualiste 2007, p. 23.

[3] « *La protection sociale agricole moderne devra être globale et recouvrir la protection légale de base et la prévoyance volontaire complémentaire, ainsi que les prestations extra-légales d'action sanitaire et sociale, que ce soit par des mesures financières ou par des offres de services ou de biens. Nous entendons réaliser cette protection grâce à un outil qui puisse répondre aux trois exigences que nous avons fixées : être un interlocuteur unique de l'adhérent, améliorer la qualité et la proximité du service, réaliser des économies de gestion en regroupant les moyens d'action des Caisses départementales* ». GROSS-CHABBERT, 1991, ouvr. cité, p. 309.

[4] « *le ministre de l'agriculture, répondant aux demandes fortes des professionnels, a demandé par lettres adressées aux […] MSA de déroger à plusieurs reprises à ces dispositions* » [changer de régime d'assiette, date de demande d'option] pour prendre en compte les crises. Pour la Cour, ces dérogations sont illégales s'écartant de l'application de dispositions réglementaires par courrier et constituant une rupture d'égalité devant la loi. Cour des comptes, 2007, annexe au rapport J.-M. JUILHARD, document cité, p. 45.

en conservant sa gestion : partage des rôles État-syndicalisme des exploitants (syndicalisme uni et sans réelle concurrence) significatif d'un modèle néo-corporatiste qui ne s'affiche pas comme tel.

La Mutualité sociale agricole pourra-t-elle demain concerner l'ensemble de la ruralité et avec moins de 4 % de la population active conservera-t-elle son influence ? En dépit de certaines évolutions[1], faisons confiance au monde agricole pour défendre ses acquis et son modèle social.

***

Au terme de ce chapitre, il nous paraît que le régime agricole, créé par Vichy, maintenu en 1945, protégé des réformes jusqu'à la crise de la Caisse centrale a pu arriver à la parité des prestations avec le régime général avec un effort contributif limité. Ses dirigeants élus ont (comme pour l'agriculture depuis les années 1960) partagé la gestion du régime avec l'administration dans le cadre d'un système néo-corporatiste et toujours preuve d'un efficace lobbying.

La gouvernance, encore basée sur le mutualisme, se revendique de la démocratie sociale, mais la participation aux élections faiblit. La Caisse centrale de la MSA a de plus en plus les attributions d'une caisse nationale alors que la tutelle unifiée du régime tend à y mettre en place des règles communes avec celles du régime général redoutées par les administrateurs.

La Mutualité sociale agricole soutenue financièrement par les cotisants du régime général a-t-il une utilité réelle compte tenu d'une durée d'activité des assurés dans le régime inférieure à celle qu'ils ont au régime général ?

C'est la problématique que nous allons retrouver dans le Régime social des indépendants.

[1] Les exploitants voudront-ils toujours maintenir le régime ? Au vu de l'attitude individualiste et des préoccupations devenues financières et spéculatives de certains Jeunes Agriculteurs, d'aucuns en doutent.

Chapitre 2.

LE RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS

La loi du 22 mai 1946 *portant généralisation de la sécurité sociale* prévoit que « *tout français résidant sur le territoire de la France métropolitaine bénéficie* […] *des législations sur la sécurité sociale* ».

Le caractère indépendant des artisans, commerçants et professions libérales fit qu'ils s'opposèrent à leur intégration au sein du régime général[1], aboutissant à la mise en place de régimes de retraites autonomes puis d'assurance maladie.

Ces régimes ont été fusionnés récemment au sein d'un régime unique, le régime social des indépendants, pour leur assurer un interlocuteur unique. Mais cette unicité est relative, le régime ayant été contraint de recourir aux URSSAF pour l'encaissement de ses cotisations. Cette réforme rapide va être à l'origine de difficultés (section 1).

Nous examinerons ensuite les spécificités de la gouvernance de ce régime. Elle est souvent proche de celle du régime général et notamment de celle de la CNAM ; mais elle a aussi des traits communs avec celle du régime agricole : élection des administrateurs, gestion d'un régime complémentaire de retraites (domaine concédé par l'État), caractéristiques voisines des assurés (section 2).

SECTION 1. DE LA MISE EN PLACE DES RÉGIMES À LA CRÉATION DU RSI

Les régimes vieillesse des artisans et commerçants (ainsi que des professions libérales) seront les premiers créés après 1945. Pour ces trois types de professionnels le régime d'assurance maladie va ensuite confier la gestion des prestations à des assureurs extérieurs (§ 1). Dans un but de simplification apparente les régimes d'assurance vieillesse des artisans et commerçants ainsi que le régime d'assurance maladie commun vont être unifiés au sein d'un Régime social des indépendants (§ 2).

---

[1] « *La résistance qu'elles opposèrent et leur refus de payer la cotisation d'assurance vieillesse prévue par la loi obligèrent l'administration à revenir sur sa politique. Ce fait démontre la puissance des classes moyennes en France : elles s'opposèrent avec succès à l'extension de la sécurité sociale* ». H. GALANT, 1955, thèse citée, p.119.

§ 1 Une mise en place progressive dans la diversité

La contestation presque permanente de la protection sociale par les commerçants et artisans aboutira à une quasi harmonisation des prestations sur celles du régime général[1] (A).

Les indépendants vont conserver le caractère professionnels de leurs régimes (B).

A) *Le refus de l'intégration au régime général*

Des origines aux années 1990, plusieurs mouvements contestataires vont marquer l'histoire des régimes et souvent leurs revendications seront prises en compte par les pouvoirs publics.

1. Le refus du régime général par les classes moyennes

La loi du 13 septembre 1946 prévoit que l'assurance vieillesse sera généralisée au 1er avril 1947. Les organisations professionnelles, regroupées dans le Comité national des classes moyennes de Léon Gingembre, s'y opposent[2].

Le gouvernement demande, en juin 1947, à la Commission « Surleau » d'adapter la loi du 22 mai 1946, en conservant l'unité du régime général pour éviter les déséquilibres démographiques et favoriser la mobilité interprofessionnelle. Mais elle conclut rapidement à une gestion autonome de l'assurance vieillesse des non-salariés par quatre groupements professionnels. Pour le ministre, la **loi du 17 janvier 1948**, votée à l'unanimité, « *n'est plus tellement une loi de Sécurité sociale* », prenant en compte les « *égoïsmes de catégories sociales* »[3]. Elle crée, à titre provisoire[4], les régimes autonomes d'assurance vieillesse des non-salariés mis en place en 1949 pour les non-salariés non-agricoles (« non-non »), sans liens de solidarité entre eux[5].

La gestion de ces régimes était voisine. À l'origine, les caisses nationales étaient seulement des organes de compensation financière ; pour les commerçants, il s'agissait de l'ORGANIC

---

[1] « *Certes, les manifestations n'ont plus cours, mais il reste 10 000 dossiers d'artisans et de commerçants qui refusent de souscrire aux régimes de protection sociale qui leur sont destinés* ». J. AUGUSTIN, 2005, article cité, p. 81.

[2] Refus d'immatriculation et de paiement des cotisations au 1er janvier 1947 d'indépendants ne voyant pas l'intérêt des retraites (pour les commerçants elle sera assurée par la vente de leur fonds de commerce).

[3] BARJOT Alain dir., *La Sécurité sociale : son histoire ..., T. III, 1945-1981*, 1988, ouvrage cité, p. 96.

[4] Loi n° 48-101 *instituant une allocation de vieillesse pour les personnes non salariées*, (JO du 18 janvier 1948, p. 562). Art. 1er : « *Jusqu'à la mise en place du régime définitif de sécurité sociale applicable aux personnes ne bénéficiant pas du régime des salariés ou assimilés, il est institué un régime d'allocation de vieillesse…* ». Il sera mis fin à ce caractère provisoire par l'art. 25 de l'ordonnance n° 67-828 du 23 sept. 1967 *relative à l'assurance maladie maternité et à l'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés*, JO du 28 sept. 1967, p. 9556.

[5] Pour Éric PARDINEILLE, 2001, art. cité, p. 125, elle « *fut le fruit de l'expression d'une démocratie sociale directe puis représentative qui permit à une catégorie professionnelle et à ses représentants de faire entendre leurs revendications et leur conception du social.* » Vue idyllique de l'auteur, pour qui il s'agissait de créer des régimes des indépendants sans être noyés au sein de conseils d'administration composés à majorité de salariés ? À noter toutefois qu'ils siégeaient dans ceux des CAF, de ce fait « paritaires » et la CGT était en recul en 1948.

et pour les artisans de la CANCAVA[1]. L'organisation de la centaine de caisses de base par régime va bénéficier pour leur mise en place de l'appui des chambres de commerce et des métiers pour les caisses territoriales (à côté existent des caisses professionnelle au plan national). Leurs conseils d'administration représentés dans celui de la caisse nationale (qui nommait son directeur) avaient des attributions proches de ceux du régime général.

La mise en place de l'assurance maladie sera tardive et difficile, les indépendants étant couverts à 60 % dans le cadre de la prévoyance privée[2]. Fallait-il les doter d'un régime spécifique selon des modalités pouvant préfigurer une réforme du régime général ou les y intégrer ? Les positions étaient divergentes y compris chez les indépendants[3] : le Comité des classes moyennes souhaitait l'autonomie (avec le choix de l'assureur et une loi-cadre pour les risques graves), la CAPEB (Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment) voulait une intégration au régime général et les artisans ruraux au régime agricole[4].

Après une longue concertation, le gouvernement retient les principes de l'autonomie du régime mais deux lois seront nécessaires. La première du **12 Juillet 1966** crée l'assurance maladie des indépendants avec une couverture de base du gros risques, un financement par des cotisations (sur les revenus ou retraites), une gestion par les professionnels et le principe du libre choix de l'assureur. Le régime est géré à l'origine par des caisses maladie des commerçants et des artisans différentes. Elles vont ensuite fusionner et devenir la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés (CANAM) à la tête de trente et une CMR (Caisse maladie régionale) avec des Conseils d'administration élus. La mise en place de cette loi va être difficile.

2. Suite à l'action du CID-UNATI, l'État partenaire

Avec le déclin du Mouvement Poujade[5] et dans la foulée des événements de mai 1968, la sortie des décrets d'application est contestée fin 1968 par Gérard **Nicoud** et est à l'origine de son mouvement, le CID-UNATI.

---

[1] Caisse de compensation de l'Organisation Autonome Nationale de l'Industrie et du Commerce et Caisse autonome de compensation de l'assurance vieillesse artisanale (ensuite nommée Caisse Nationale de Compensation d'Assurances Vieillesse des Artisans).

[2] 34 % assurés par des mutuelles, 25 % par des assurances privées, 10 % assurés volontaires du régime général. P. CASTRO, 2008, article cité, p. 167.

[3] « *M. Jeanneney n'aurait pas été hostile à une intégration dans le régime général*. […] *Mais le Gouvernement a tranché à la fin de 1965 en faveur d'un régime autonome* ». Témoignage de M. Prieur, conseiller technique du ministre *in* A. BARJOT *dir.*, 1988, p. 499.

[4] P. CASTRO, 2008, article cité, p. 168 ; « *cédant à différentes pressions, le gouvernement a admis une large intervention des organismes privés d'assurance* », J.-J. DUPEYROUX, R. RUELLAN, 1998, ouvrage cité, p. 281.

[5] En 1953, Pierre Poujade, papetier à Saint-Céré, s'oppose à un contrôle fiscal et crée l'UDCA (Union de défense des commerçants et artisans) qui amèneront l'État à prévoir des atténuations fiscales par un régime forfaitaire.

Il met en cause la disproportion entre les remboursements des frais médicaux couvrant surtout le gros risque et la lourdeur des cotisations devant être prélevées sur de faibles pensions[1].

Opposée au développement de la grande distribution, l'action du CID-UNATI va être importante dans la prise en compte de l'amélioration de la protection sociale des indépendants. Le gouvernement va se montrer attentif à leurs problèmes en créant, en juin 1969, un secrétariat d'État puis un ministère du Commerce et de l'Artisanat.

L'**État** va devenir le « **partenaire** » des indépendants, signe de néo-corporatisme[2].

En août 1969, Robert Boulin, ministre de la Santé, réunit deux tables-rondes et s'engage à préparer un projet de loi visant à améliorer les prestations maladie. Promesse tenue par la **loi du 6 janvier 1970** par le remboursement du petit risque à 50 %, la prise en charge par l'État des cotisations des bénéficiaires du fonds national de solidarité (FNS) mais insuffisantes pour le CID-UNATI. Ce mouvement enlève le quart des sièges dans les conseils d'administration des Caisses maladie régionales (CMR) en avril 1970 et obtient du ministre le remboursement du gros risque à 100 % par un décret de décembre 1970. D'autre part, la loi du 3 janvier 1970 institue au profit de ces régimes la Contribution Sociale de Solidarité des Sociétés (C3S)[3].

Le CID-UNATI relance la contestation début 1971 sur les retraites pour remplacer les régimes par points peu avantageux des indépendants - souvent anciens salariés - par un régime similaire au régime général et coordonné avec lui[4]. Cette action contribuera à l'adoption de la **loi « *Boulin* » du 3 juillet 1972**[5] et « *en attendant l'institution d'un régime de base unique* » procède à cet alignement, « *antichambre* », selon le ministre, d'une intégration suscitant des réticences.

Une fois encore est maintenue la juxtaposition des régimes, renvoyant à plus tard l'arlésienne du régime unique !

L'Assemblée générale des caisses pourra créer un régime complémentaire vieillesse géré par le régime et institué par décret. Pour compenser la difficulté de revente des fonds de

---

[1] Le 8 décembre 1968, dans l'Isère, une trentaine d'artisans et de commerçants adressent au préfet une motion contre ces mesures. Nicoud réunit 15000 personnes dans un meeting à Grenoble en mars 1969 puis créé la Confédération Intersyndicale de Défense et d'Union Nationale des Travailleurs Indépendants.

[2] « L'État partenaire » titre d'un chapitre de « *Brève histoire de l'artisanat* », 1998, ouvrage cité, p. 45-50.

[3] Et en 1972, la TACA, taxe d'aide au commerce et à l'artisanat, due par les surfaces de distribution de 400 m^2.

[4] Sur les retraites « *Robert Boulin avait laissé entendre à Nicoud qu'il était d'accord pour en reparler avant la fin de 1970. Début 1971, ne voyant rien venir, Nicoud organise une manifestation* » à Libourne, dont le maire est M. Boulin. Suite aux affrontements avec les forces de l'ordre, Nicoud sera emprisonné. M. DAVID, *L'épisode CIDUNTI, 1968-1998*, 1998, ouvrage cité, p. 16.

[5] Loi n° 72-554 *portant réforme de l'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales*, JO du 4 juillet 1972, p. 6853. Votée par 382 voix pour et 96 abstentions, aucune voix contre, elle prévoit l'augmentation de 15 % des retraites, le droit au FNS.

commerce, une aide spéciale compensatrice des caisses vieillesse est mise en place en 1973 (remplacée en 1982 par l'indemnité de départ).

La **loi « *Royer* »** *d'orientation du commerce et de l'artisanat* du 27 décembre 1973, protectrice du petit commerce, pose le principe de l'harmonisation avec le régime général par des prestations maladie et familiales similaires, des retraites réajustées et l'alignement progressif des cotisations. Une circulaire ministérielle du 10 octobre 1973 propose des dispositifs d'exonérations des cotisations arriérées. Ces mesures, prenant en compte les revendications du CID-UNATI amèneront à terme son affaiblissement. Mais en 1974, il enlève les présidences de 21 CMR sur 27. Nicoud élu président de la CANAM veut réduire les cotisations, améliorer la couverture maladie et créer la « Maison sociale des travailleurs indépendants » sur le modèle MSA. Un an après, il démissionne devant l'évocation d'une augmentation des cotisations.

3. L'inutile contestation de la CDCA

La CDCA dirigée par Christian **Poucet**[1] s'oppose au monopole de la sécurité sociale et au poids des cotisations des indépendants qu'il encourage à suspendre les paiements. Adepte des méthodes souvent violentes à l'égard des organismes, il use aussi de moyens juridiques dilatoires par l'utilisation systématique des voies de recours comme l'opposition à contrainte.

Il estime qu'il devrait pouvoir assurer sa protection sociale auprès de toute compagnie d'assurance privée de la Communauté européenne et non auprès des Assurances générales de France (assureur conventionné avec une caisse maladie régionale). En 1993 la Cour de justice des Communautés européennes juge que les organismes de protection sociale des non-salariés ne constituent pas des entreprises au sens des articles 85 et 86 du traité[2].

Pour la Cour « *ces régimes poursuivent un objectif social et obéissent au principe de la solidarité* » nécessitant « *un système d'affiliation obligatoire* ». La notion d'entreprise n'est pas liée à son statut mais à son activité économique et les « *caisses de maladie ou les organismes qui concourent à la gestion du service public de la sécurité sociale remplissent*

---

[1] La Confédération de Défense des Commerçants et Artisans (CDCA) est issue de la fusion, en 1985, des C.D.C.A. Breton et du CDAC du Languedoc Roussillon. Elle devient en 1990, une Confédération de défense des commerçants, artisans, agriculteurs et professions libérales. Christian Poucet sera assassiné en janvier 2001.

[2] CJCE, 17 fév. 1993, Aff. C-159/91, Poucet c/ AGF et Calmurac et C-160/91 Pistre c/ CANCAVA. Le TASS de l'Hérault a posé à la CJCE deux questions préjudicielles pour savoir « *si un organisme chargé de la gestion d'un régime spécial de sécurité sociale doit être considéré comme constituant une entreprise au sens des articles 85 et 86 du traité, si la position dominante attribuée par les dispositions du droit interne d'un État membre à un organisme chargé de la gestion d'un régime spécial de sécurité sociale est compatible avec le marché commun* ».

une fonction de caractère exclusivement social ». Donc, pour la Cour de justice des Communautés européennes « *cette activité n'est pas une activité économique* ».

L'État partenaire va poursuivre ses actions en faveur des indépendants. La loi du 11 février 1994 *relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle*, dite **loi *Madelin***, permet des rachats de trimestres, la souscription de contrats d'assurance de prévoyance et retraite en franchise d'impôt et améliore le statut de conjoint collaborateur. À leur demande, une indemnité journalière maladie autofinancée est créée pour les artisans en 1995 puis en 2000 pour les commerçants. Les indépendants bénéficient comme les autres régimes en 1999 de la mise en place la CMU mais dans des conditions financières avantageuses[1]. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 aligne sur le régime général les remboursements des prestations en nature du petit risque et un décret du 3 mai 2002 les prestations en espèces.

B) *Démocratie sociale et régimes professionnels*

Si les régimes des indépendants s'étaient rapprochés de la gouvernance du régime général, ils avaient davantage conservé d'éléments de la démocratie sociale.

1. La démocratie sociale par la proximité

« *L'objectif premier est que l'administrateur soit au plus proche de l'assuré et du cotisant, qu'il soit un relais essentiel entre les intérêts et les aspirations de ces derniers et la caisse AVA* »[2]. Pour ce faire, le régime des artisans avait des structures proches de celles du régime agricole, servant d'exemple. L'**Assemblée Générale** des AVA, réunie au moins tous les deux ans par le CA national[3], examinait les propositions concernant la politique du régime.

De nombreuses « avancées » découlent de son action. À son initiative, permise par la loi *Boulin* du 3 juillet 1972[4], une consultation de 1977 aboutit à l'instauration du Régime Complémentaire des Artisans, celle de 2000 se prononça sur un projet de recouvrement intégral commun avec l'ORGANIC. Ces consultations, notables, des intéressés nécessitaient une forte implication des administrateurs pour aboutir à des taux de participation « *à la hauteur de l'enjeu* »[5], mais pouvaient entraîner des revendications corporatistes.

---

[1] Lors de la mise en place de la CMU les indépendants ont obtenu l'alignement des prestations sans celui du taux de cotisations (hausse du taux limitée au surcoût). D. POSTEL-VINAY, 2007, article cité, p. 209.
[2] E. PARDINEILLE, 2001, article cité, p.126.
[3] Article 8 du décret n° 77-930 du 4 août 1977 *relatif à la structure de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés des professions artisanales*, JO du 14 août 1977, p. 4215.
[4] La loi du 3 juillet 1972 permet à une assemblée plénière des délégués des CA des caisses de base réunie par la CANCAVA ou l'ORGANIC de décider de la création d'un régime complémentaire vieillesse ou invalidité-décès obligatoire institué par décret et géré par les régimes légaux (anciens art. L. 663-11à L. 663-14 CSS).
[5] E. PARDINEILLE, art. cité, p. 131. Le taux de participation de 40,87 % en 1977, chutait à 32,81 % en 2000.

Afin d'assurer une représentativité territoriale, des administrateurs de tous les départements siégeront au Conseil d'administration et dans des délégations départementales mises en place. Les administrateurs « *animent et contrôlent notamment dans le domaine de l'action sociale l'activité des services et des délégations départementales situés dans* [leur] *département* »[1]. Une Assemblée générale existait à l'ORGANIC mais pas à la CANAM.

La **loi du 3 juillet 1972**, au-delà de l'alignement des régimes d'assurance vieillesse sur le régime général, procède également à celui de la gouvernance quant aux modalités d'exercice de la tutelle, l'agrément ministériel des conventions collectives du personnel et à l'inscription des agents de direction des caisses (dont le rôle est accru) sur une liste d'aptitude. Les caisses nationales détermineront la politique nationale des régimes et encadreront (ainsi que la tutelle) les organismes de base comme au régime général, au grand dam des administrateurs de base[2].

2. Des régimes au service des indépendants

À côté des contestations, il faut souligner le rôle des élus et leurs initiatives

L'exercice de cette démocratie sociale un peu particulière (néo-corporatisme ?) est allée de pair avec « *une relation privilégiée* » avec les professionnels et « *la Caisse nationale est ainsi bien souvent érigée en interface entre le monde artisanal et les autres institutions publiques, tant par des activités de conseil que de lobbying* »[3].

Nous pouvons nous demander si ce rôle d'influence perdurera avec le RSI compte tenu de la diversité des artisans et commerçants ou si la force du nouveau régime unique le confortera ? Le monde de ces professionnels n'est pas uniforme, les commerçants (davantage des notables à l'origine que les artisans) ont peu d'organisations nationales, mais face à l'extérieur, comme le monde agricole, il se montre uni et cohérent.

En prenant l'exemple de l'artisanat, « première entreprise de France » selon son slogan, son syndicalisme au sein de l'Union Professionnelle Artisanale (**UPA**), regroupe les entreprises du bâtiment au sein de la CAPEB, de l'alimentation de détail dans la CGAD et de la production et des services dans la CNAMS[4]. Leurs positions n'ont pas été identiques sur l'autonomie du régime. À son origine, la fédération du bâtiment était pour un régime unique

---

[1] Art. 18, décret n° 77-930 du 4 août 1977, JO du 14 août 1977, p. 4215.

[2] « *… les attributions des pouvoirs des conseils se sont amenuisées de plus en plus. Nous sommes là pour copie conforme comme agent d'exécution de la tutelle. Nous ne sommes là en fait que pour pouvoir servir de parapluie* ». PV CA ORGANIC Toulouse du 14 mars 1974.

[3] E. PARDINEILLE, 2001, article cité, p. 131.

[4] En 1946 sont créées la Confédération Générale de l'Alimentation de Détail (CGAD), la Fédération Nationale Unifié des Maîtres et Artisans du Bâtiment (FNUMAB) devenue la Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment (CAPEB) en 1962. En 1947 la Confédération Nationale de l'Artisanat (CNA) devient la Confédération Nationale de l'Artisanat et des Métiers puis des services (CNAMS).
À noter également l'influence des caisses professionnelles dans les CA nationaux de l'AVA et l'ORGANIC.

au sein du régime général, les deux autres défendant l'autonomie. Toutefois l'unité s'est faite autour de principes essentiels (obligation, répartition, solidarité entre générations et dialogue)[1] et la création de l'UPA en 1975 a limité l'influence des organisations contestataires. Notons que les artisans (à l'origine des chefs d'entreprise, ensuite anciens salariés devenus patrons) ont peu été attirés par les mouvements de Nicoud et de Poucet qui ont plus été suivis par des commerçants.

La population artisanale multiforme a nécessité « *une conciliation entre les principes d'égalité entre les assurés et de soutien aux populations fragilisées* »[2]. Les relations personnalisées des caisses à l'écoute des artisans expliqueraient l'attachement au régime et sa légitimité auprès des pouvoirs publics. De même, l'ORGANIC avait mis en place l'accueil systématique des nouveaux cotisants.

La qualité de service caractérisait les régimes d'où la nécessité de la maintenir, tout comme le souhait des administrateurs de conserver leur rôle.

Les travailleurs indépendants et leurs régimes de protection sociale présentent des **spécificités** telles que le lien étroit entre les cotisations et les droits acquis conditionnés par leur paiement, l'instabilité des revenus pour nombre d'entre eux[3]. Elles impliquent leur prise en compte par des modalités du recouvrement souples qui étaient effectuées par les régimes des « non-non » et le seront plus difficilement par le nouveau régime social des indépendants, l'État confiant ces encaissements aux URSSAF[4], ainsi que nous allons le voir.

§ 2 La création du Régime Social des Indépendants

Incidemment, l'article 10 de la loi du 3 juillet 1972 prévoyait que les caisses retraites pourraient « *se regrouper ou fusionner avec les caisses mutuelles régionales d'assurance maladie, pour mettre en commun leurs moyens* ».

La création d'un seul régime, justifiée pour simplifier les démarches des cotisants, résulte de la volonté des pouvoirs publics attachés aux intérêts des indépendants et sera ensuite relayée par les présidents des régimes (A).

Une mise en place trop rapide du régime, voulue par les gouvernements, va être à l'origine de difficultés de gestion des ressortissants (B).

---

[1] E. PARDINEILLE, 2001, article cité, p. 133.
[2] *Idem*, p. 134.
[3] « *… tributaires des conditions économiques, d'activités cycliques ou saisonnières et de leurs relations avec leurs débiteurs et leurs créanciers* ». P.-Y. BOCQUET, L. ESLOUS, F. SALAS, 2011, rapport cité, p. 335
[4] « *Essayer de couler le processus du recouvrement des travailleurs indépendants dans un processus industrialisé conçu pour d'autres publics apparaît comme un contre sens* ». Ibid. p. 334.

A) *La conception par ordonnances*

La conception d'un régime unique va associer les pouvoirs publics et les professionnels amenés ensuite à désigner leurs administrateurs.

1. Un « accouchement aux forceps »

Telle est l'expression de l'ancien Directeur de la CANAM pour qualifier la **fusion de trois régimes** mettant en œuvre des réglementations et métiers différents et nécessitant d'arbitrer de multiples conflits d'intérêt (administrateurs, agents de direction…)[1].

Suite à un rapport de novembre 1998 des Inspections générales des affaires sociales (IGAS) et de l'industrie et du commerce (IGIC) proposant vingt-six mesures d'harmonisation et de simplification, Mme Lebranchu, secrétaire d'État demande aux régimes l'examen de « *la mise en place d'un recouvrement intégré* ». Elle aboutit à l'adoption par les CA des trois régimes et de l'ACOSS, en décembre 2000, de « *12 propositions communes* » (pour améliorer leur coordination mais dans le respect de leurs compétences) reprises par la LFSS pour 2002[2].

Le secrétaire d'État, Renaud **Dutreil**, veut « *marquer son passage* »[3]. La multiplicité des organismes sociaux gênant la création des entreprises, il indique que le gouvernement va mettre en place un « *guichet social unique* » pour les charges sociales. Craignant la prééminence des URSSAF, les présidents des trois caisses nationales proposent au secrétaire d'État le 12 mai 2003 de créer un régime social des indépendants par fusion des trois régimes[4]. Suite à un amendement parlementaire le confiant aux caisses de retraites, un nouveau rapport d'expertise suggère le libre choix par les cotisants de l'interlocuteur social unique[5], solution retenue par la loi d'habilitation du 2 juillet 2003[6].

Durant le deuxième semestre 2003, un comité de pilotage composé des directeurs et d'administrateurs des caisses nationales devait proposer un projet abouti. Il peine à se mettre

---

[1] D. POSTEL-VINAY, 2007, article cité, p. 207.

[2] Les indépendants recevront une information coordonnée sur leurs droits et obligations et sur les échéances des cotisations. En cas de dette sera mis en œuvre un recouvrement amiable et contentieux, concerté et coordonné.

[3] D. LIGER, 2006, article cité, p. 63. Renaud Dutreil a été secrétaire d'État de mai 2002 à mars 2004 puis ministre des PME, du Commerce, de l'Artisanat et des Professions libérales du 1er juin 2005 au 15 mai 2007.

[4] « *Les présidents des trois régimes, face à la menace du libre choix et à la menace que faisait peser la volonté de certains de confier tout le recouvrement aux URSSAF, se sont dit qu'il était temps de constituer le régime social des indépendants en fusionnant les trois régimes dans un régime de type MSA* ». J.-J. JAMMET, 2004, article cité, p. 137.

[5] Les réactions à cet amendement conduisent le Premier ministre à confier une nouvelle mission à l'IGF, l'IGAS, l'IGIC, permettant de le faire rejeter au Sénat. Le rapport de mars 2003 préconise le libre choix de l'interlocuteur unique ou le développement de services communs entre réseaux. D. POSTEL-VINAY, 2007, p. 208, 209.

[6] L'article 24 de la loi prévoit que le Gouvernement pourra, par ordonnance, faire bénéficier les indépendants de services communs à plusieurs régimes, de l'intervention mutualisée d'un fonds d'action sociale en cas de difficulté (et d'un, le cas échéant, en URSSAF) et d'un interlocuteur unique de leur choix pour les cotisations.

d'accord sur l'organisme chargé du recouvrement et va bénéficier d'une **mission d'appui** des inspections générales (des Finances et des Affaires Sociales) qui permettra aux conseils d'administration des caisses nationales de se prononcer fin 2003. Seule la CANAM est favorable au libre choix, les trois autres caisses nationales votent pour un interlocuteur social unique (ISU) sans libre choix. Cette solution est retenue par le Gouvernement qui ne voulait qu'un seul organisme d'encaissement par une délégation de compétence aux URSSAF, concrétisée dans la loi du 9 décembre 2004[1].

Soulignons le rôle initiateur de la CANAM et celui moteur du ministre du Commerce et de l'Artisanat dans la mise en place de la réforme[2]. Le relais sera ensuite assuré par les présidents des caisses nationales notamment celui de la caisse d'assurance maladie également vice-président de l'ORGANIC et qui dirigera le nouveau régime. La démarche sera avalisée par une consultation des indépendants.

La Direction de la Sécurité sociale a accompagné techniquement la réforme[3], les inspections générales ont, à la demande du gouvernement, servi de point d'appui. À partir de la mise en place de l'idée de simplification ancienne se retrouvent ici les traits du néo-corporatisme : action concertée d'une volonté politique de l'État et des professionnels (craignant une absorption par le régime général) associée à l'intervention de la haute fonction publique[4].

2. Après les ordonnances de 2005, des élections peu participatives

La loi 2004-1343 du 9 décembre 2004 *de simplification du droit* (art. 71 12) permet au Gouvernement de créer, par ordonnance, un régime social des indépendants. À sa suite, une **ordonnance du 31 mars 2005**[5] institue une **instance nationale provisoire** (INP) chargée de le mettre en place au 1er janvier 2006. Composée de 56 membres émanant des Conseils

---

[1] Selon deux administrateurs CIDUNATI du RSI, « *les Urssaf refusent que le recouvrement des cotisations* « allocations familiales » *personnelles de professionnels indépendants soit confié aux RSI et menacent de déclencher une grève* ». P. FORESTIER, L. COUASNON, 2011, article cité, p. 1109.

[2] « *Le ministre du Commerce et de l'Artisanat a joué un rôle d'aiguillon. Décidé à marquer son passage, Renaud Dutreil a convaincu les deux Premiers Ministres successifs de l'intérêt de cette réforme, passé un pacte avec les responsables de la Sécurité sociale et de la Santé et organisé une consultation nationale auprès de 20 000 commerçants et artisans* ». D. LIGER, 2006, article cité, p. 63.

[3] « *Au départ, nous avons prôné la coopération entre les régimes de préférence aux réformes institutionnelles dont nous subodorions la difficulté. La volonté politique, due au très faible succès de ces politiques de coopération et à l'impatience sur la simplification vis-à-vis des travailleurs indépendants, a poussé à l'idée d'un guichet social unique* ». D. LIBAULT, 2004, article cité, p.170.

[4] « *la mobilisation exceptionnelle des administrations centrales, des corps d'inspection et des hommes politiques sur la création du RSI s'explique en partie par l'importance attachée par les gouvernements successifs à la promotion du travail indépendant* ». D. POSTEL-VINAY, 2007, article cité, p. 209.

[5] Ordonnance n° 2005-299 du 31 mars 2005 *relative à la création à titre provisoire d'institutions communes aux régimes de sécurité sociale des travailleurs indépendants*, JO du 1er avril 2005, p. 5873.

d'administration des caisses nationales, elle se substitue à eux en juin 2005 pour proposer le schéma d'implantation des caisses, préparer la fusion des trois caisses nationales et négocier les garanties conventionnelles pour les agents.

Les décisions de l'INP sont mises en œuvre par un nouveau directeur général unique, aux compétences similaires à celles des directeurs du régime général. Il est nommé par l'État, exerce les attributions des directeurs des caisses nationales du régime qu'il dirige, peut annuler une décision de caisse de base méconnaissant la convention d'objectifs et de gestion ou le contrats pluriannuels de gestion et être mandaté pour négocier, conclure les accords collectifs du personnel.

Deux **ordonnances du 8 décembre 2005**[1] créent le RSI (organisation administrative et financière des caisses), l'Interlocuteur social unique (ISU) et les délégations de certaines activités du recouvrement.

Si le régime va être constitué politiquement après avoir désigné ses administrateurs, ce n'est qu'après la nomination de son directeur général qu'il va être mis en place, ce qui nous paraît significatif de l'importance relative des administrateurs élus et du directeur général nommé par décret.

Leurs **élections** (pour six ans, par correspondance et à la proportionnelle) sont organisées dans chaque caisse par une commission présidée par le directeur général du RSI (ou son représentant) et non plus par la tutelle régionale. Étant ouvertes à toutes les listes, leur nombre est important (187 pour 934 sièges) : à côté de nombreuses listes régionales, les listes « Santé retraite en mouvement (UPA) » obtiennent 246 sièges et le CID-UNATI (et les listes voisines), 145[2]. Lors du scrutin du 3 avril 2006, la participation électorale n'est pas celle attendue (21,42 % en métropole) et pose la question de l'intérêt des assurés et de la réalité de la « démocratie sociale » au RSI.

Les Conseils d'administration des caisses régionales installés le 17 avril 2006 désignent leurs représentants au conseil d'administration de la caisse nationale qui réélit pour président celui de l'instance nationale provisoire le 30 mai 2006. Le régime a démarré, non au 1er janvier comme prévu, mais au 1er juillet 2006 après la nomination du nouveau directeur général du RSI nommé le 30 juin.

---

[1] Ordonnance du 8 décembre 2005 n° 2005-1528 *relative à la création du régime social des indépendants* et ordonnance n° 2005-1529 *instituant un interlocuteur social unique pour les indépendants*, JO du 9 déc. 2005.

[2] Chez les artisans 89 listes pour 422 sièges, pour les commerçants 82 listes pour 430 sièges ; 7 listes professions libérales pour 82 sièges. Listes UPA : 41 % des sièges artisans (171), 18 % des commerçants (75) ; CID-UNATI 9,5 % des sièges (41 commerçants, 40 artisans), listes voisines 33 sièges commerçants et 31 sièges artisans. Source : Communiqué de presse RSI du 10/04/06.

Au plan administratif le partage de compétences avec les URSSAF va être source de difficultés.

B) *Une mise en place techniquement difficile*

L'enjeu du nouveau régime est double : dans des délais contraints, entre 2005 et 2008, fusionner au sein du RSI les caisses retraites et maladie puis mettre en place un partage du recouvrement avec les URSSAF dans le cadre de l'ISU, l'interlocuteur social unique.

1. Un interlocuteur social pas vraiment unique

La fusion concerne des organismes aux métiers et systèmes informatiques différents. L'organisation et les modalités de gestion des caisses retraites étaient voisines pour le versement de prestations et leur encaissement. Elles différaient pour le contentieux qui était décentralisé dans les caisses ORGANIC et dans des services inter-régionaux à l'AVA. En assurance maladie les tâches de production étaient assurées par des organismes conventionnés (OC), les CMR ayant un rôle limité à leur contrôle et à la gestion des risques.

La création du RSI a nécessité :

- une nouvelle organisation des caisses à partir d'un organigramme cible définie au niveau national ; un accompagnement social mis en œuvre en octobre 2006, la négociation de conventions collectives uniques se substituant à celle de chaque régime[1] ;

- la migration des dossiers des caisses professionnelles spécialisées vers les organismes régionaux et entre ceux-ci selon le domicile de l'assuré (proximité voulue par les élus) ;

- la convergence des systèmes d'information et le regroupement immobilier des caisses.

Il en résultera des surcoûts et notamment une augmentation sensible de la masse salariale en 2009[2]. Ces « chantiers » ont été conduits en mode gestion de projet par des groupes de travail.

Le nouveau régime devait permettre aux artisans et commerçants, à compter de 2008, d'avoir un seul interlocuteur, l'URSSAF pour l'encaissement des cotisations personnelles du régime qui leur est délégué.

Mais ils en conserveront deux pour les prestations, le RSI pour les retraites et les organismes conventionnés en maladie et même trois si nous y ajoutons les allocations

---

[1] « *au terme d'un an et demi de négociations avec les partenaires sociaux des trois entités du RSI, et en présence de la Direction de la Sécurité Sociale et du Ministère des Finances* ». D. LIGER, 2006, article cité, p. 66.

[2] « *Les charges de personnel évoluent de +7 %, principalement en raison des effets de la mise en œuvre de la nouvelle classification du personnel, du versement d'une prime variable* ». Rapport annuel 2009 du RSI, p. 92.

familiales versées par les CAF. En dépit d'une simplification apparente, le RSI n'étant pas un régime universel[1], la difficulté était de faire communiquer des mondes différents[2].

Pour l'**interlocuteur social unique** (**ISU**) la question étant de déterminer qui serait l'interlocuteur du cotisant, sa mise en place s'est déroulée difficilement entre le RSI et l'ACOSS[3], sous l'œil des ministères[4] et aboutira à la désignation d'un arbitre.

Finalement, le cotisant aura plutôt **deux interlocuteurs** en fonctions des événements.

Le Régime social des indépendants sera chargé de l'affiliation, de la déclaration unique de revenus, des orientations du recouvrement et du contrôle, du contentieux, du fonds d'action sociale.

Il « délègue » aux URSSAF qui selon l'ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005 « *exercent pour son compte et sous son appellation* » le calcul, l'appel, l'encaissement des cotisations (par prélèvements mensuels ou trimestriellement par chèques libellés au nom du RSI). Les Unions de recouvrement participeront aussi à l'accueil et l'information et assureront une partie du recouvrement amiable.

L'ACOSS est chargée du contrôle et de la gestion de la trésorerie, élément déterminant au plan financier, expliquant en grande partie le rôle d'encaissement des cotisations dévolu aux URSSAF, mais ayant abouti à une grande complexité de partage des tâches et de traitement[5].

2. Des difficultés sous-estimées

La mise en place de l'interlocuteur social unique a nécessité en 2007 l'harmonisation de la réglementation de calcul des cotisations, une convention commune, trois « expérimentations d'accueil », une communication d'envergure, les rapprochements des fichiers URSSAF/ RSI et les échanges entre les systèmes informatiques autour du système SNV2 (très ancien) de l'ACOSS.

---

[1] « *… ni par les populations qu'il couvre (certains professionnels libéraux n'étant pas affiliés au RSI), ni par les risques qu'il gère (ses prestations de retraite, d'invalidité/décès et d'indemnités journalières maladie étant réservées à ses affiliés artisans et commerçants), ni dans ses modalités d'action, qu'il délègue pour partie à des tiers* ». P.-Y. BOCQUET, L. ESLOUS, F. SALAS, 2011, rapport cité, p. 3.

[2] systèmes informatiques très différents comme les métiers (maladie et retraites) et les approches des cotisants entre des URSSAF administratives ayant pour objectif la remontée des encaissements et des caisses des non-salariés plus proches d'eux et dont les cotisations permettent de constater les droits maladie et vieillesse.

[3] Le RSI/ISU « *soulève des inquiétudes du côté des personnels, des dirigeants et des administrateurs. Ces inquiétudes sont normales. Ce qui est moins normal, ce sont les attaques d'une branche à l'autre, qui ont créé un climat délétère malsain. Nous avons pour souci de dépassionner ce débat* ». D. LIBAULT, 2004, article cité, p. 170.

[4] Une mission nationale a travaillé, dès mai 2006, à un projet commun aux deux réseaux et rendu compte régulièrement à un groupe interministériel réunissant la Direction de la Sécurité sociale, la Direction du commerce, de l'artisanat et professions libérales, le Budget. Source : P. THEODORE, 2007, doc cité, p. 109.

[5] « *Il est résulté des différents arbitrages une imbrication des compétences des deux réseaux dans un découpage aux contours tourmentés dont le partage du recouvrement amiable constitue la parfaite illustration* ». P.-Y. BOCQUET, L. ESLOUS, F. SALAS, 2011, rapport cité, p. 316.

L'objectif du Régime social des indépendants, mis en avant par la COG 2007-2011, était d'avoir une **approche globale** de l'assuré (conseil, prévention santé…) et d'aider le cotisant en difficulté en faisant un « *recouvrement social* »[1] grâce au nouveau fonds d'action sociale[2]. Cet objectif est-il atteint ?

La mise en place du RSI et de l'ISU a accumulé les difficultés liées à la succession des opérations de fusion des caisses puis du partage des tâches avec les URSSAF, entraînant des conflits de priorité et une longue liste de dysfonctionnements[3].

Surtout leur **complexité** a été sous-estimée par le RSI, l'ACOSS et la tutelle avec un calendrier de mise en place, peu réaliste, imposé par les pouvoirs publics.

Dès le début 2008 les incohérences entre les fichiers vont avoir des conséquences pour nombre de cotisants (affiliations retardées, appels de cotisations erronés ou absents) décontenancés par des cotisations mensuelles paraissant plus lourdes et obligeant le RSI à apporter de la souplesse dans l'encaissement.

De ce fait une « mission d'audit et d'appui au régime social des indépendants », confiée par les ministères de tutelle en avril 2008, à l'Inspection générale des affaires sociales aboutit à un rapport d'étape qui, en juillet 2008[4], identifie des risques, politiques, sociaux et financiers pour le RSI et préconise une organisation resserrée autour d'un directeur de projet.

De plus le régime a dû faire face à des **réformes externes** ayant nui à son fonctionnement et notamment à la création du statut de l'auto-entrepreneur à compter de 2009[5] qui va entraîner une augmentation sensible de ses charges de production dans tous ses secteurs d'activité.

3. Un bilan négatif pour les assurés et les encaissements

En dépit de la mensualisation des paiements, de l'encaissement par les URSSAF et des effectifs affectés au recouvrement par celles-ci et le RSI (4600 agents), la dégradation des opérations de recouvrement est notable. Les majorations de retard ont fait l'objet de remises automatiques en 2008 et les premières contraintes n'ont été délivrées qu'en juillet 2009.

---

[1] Expression du président du RSI (objectif d'assurer un traitement personnalisé). P. THEODORE, 2007, p. 114.

[2] Action sociale, aide aux cotisants en difficulté : 29,4 M€ en 2009 (sur 104,5 M€ d'action sanitaire sociale individuelle). La prise en charge totale ou partielle des contributions et cotisations sociales personnelles, y compris du régime général, a fait l'objet de 16 153 aides (aide moyenne de 1 823 €) pour 0,9 % des cotisants.

[3] fiabilisation des fichiers insuffisante, système informatique du RSI non unifié, système SNV2 des URSSAF ancien pas adapté à l'ouverture des droits, partage des compétences entre le RSI et les URSSAF impliquant des échanges informatiques permanents entre leurs systèmes informatiques, évolutions réglementaires tardives.

[4] Rapports-études, *L'Interlocuteur social unique audité par l'IGAS*, Mission d'audit et d'appui au Régime social des indépendants (RSI), (Protection sociale informations n° 660 du 22/10/2008). Consulté le 29 janvier 2009 : http://www.wk-rh.fr/mybdd/upload/bdd_136/rapport-Igas-Regime%20social-des-independants.pdf

[5] Et réformes des retraites induisant des liaisons inter-régimes complexes à mettre en œuvre.

Le montant des cotisations restant à recouvrer cumulé est de 7,5 milliards d'euros pour les années 2005-2010. Pour l'année 2010 la dépréciation pour créances douteuses s'élève à 1,3 milliard d'euros et la situation du recouvrement ne s'est guère améliorée en 2011[1]. Les commissaires aux comptes ont refusé la certification des comptes de 2008 à 2010 et les comptes 2010 ont été rejetés par le Conseil d'administration. Le Directeur général ne terminera pas son mandat de six ans, ayant été remplacé en juillet 2011.

Ces **pertes de cotisations** et cette dégradation du service rendu au RSI et dans les URSSAF n'a entraîné que peu de réactions visibles des indépendants et du personnel, ni de remises en cause[2]. Leur médiatisation a été faible, le rapport du Médiateur de la République de 2009 est presque le seul à relever ces dysfonctionnements. La mise en place de l'ISU a entraîné des dommages similaires pour les URSSAF et a eu probablement pour conséquence dans la dernière convention d'objectifs et de gestion (COG) de l'ACOSS de prévoir des relations attentionnées avec ses tiers délégataires.

Le préambule de la première COG 2007-2011 du RSI lui donnait « *pour objectif la réussite de la mise en place de ce nouveau régime au service du travailleur indépendant* » mais elle a fait l'objet de deux avenants réduisant les objectifs et augmentant les moyens.

Pour l'IGAS l'évaluant, son bilan « *est globalement négatif pour ses assurés* »[3] et l'inspection générale préconise pour la nouvelle COG d'être « *clairement centrée sur la restauration de la confiance entre le régime et ses affiliés, ses collaborateurs et ses partenaires, en rétablissant les conditions d'un exercice normal du service public* »[4].

La convention d'objectifs et de gestion État-RSI 2012-2015 signée le 27 février 2012 en tient compte et dans son préambule, « *comprend un engagement majeur d'amélioration de l'interlocuteur social unique* » notamment par un nouveau système informatique partagé avec les URSSAF et limite le nombre de postes non remplacés[5]. Finalement l'objectif est un

---

[1] Fin décembre 2011 le taux global restes à recouvrer était de 22,9 % (25,3 % en déc. 2010) : 6,9 % pour les mensuels et 43,7 % pour les trimestriels. Hors taxations d'office le taux est de 13,6 % (12,1 % en 2010) 4,8 %, pour les mensuels, 28 % pour les trimestriels. RSI, *Tableau de bord financier*, n° 55, février 2012, p. 7.

[2] « *Indépendamment de toutes ces difficultés, vous imaginez les réactions non seulement des assurés mais aussi des administrateurs du RSI, qui n'étaient déjà pas des « amoureux fous » des URSSAF* […]. *De toute façon, il aurait été plus difficile encore de revenir en arrière* […]. *Sans compter qu'il était hors de question, pour les pouvoirs publics, de perdre la face* ». D. LIGER, 2010, article cité, p. 57.

[3] P.-Y. BOCQUET, L. ESLOUS, F. SALAS, 2011, rapport cité, p. 3 qui note les anomalies sur les comptes, un recouvrement se déroulant dans un « *logique inexorable* », les difficultés de liquidation des dossiers retraites et invalidité liés à la situation du compte cotisant, l'échec de l'ISU.

[4] *Ibid.* p.4. Pour l'IGAS, p. 5, « *la crise que connaît le RSI n'est pas seulement une crise des moyens mais aussi le symptôme d'un système fondé sur la disparition de l'homme derrière des processus automatisés* ».

[5] 120 pour 360 départs en retraite, le taux de reste à recouvrer doit passer à 5,5 % en 2015. *Les Échos*, 13 mars 2012, p.5. La COG développe en 136 pages trois axes (améliorer la qualité du service aux assurés, gérer les risques en cohérence avec les politiques publiques, développer la performance) déclinés en 16 programmes.

rétablissement de la qualité du service rendu à l'horizon 2015 et les indicateurs assignés en la matière restent inférieurs à ceux du régime général.

Cette création du régime et de l'ISU aura été néfaste pendant de longues années pour les assurés, coûteuse en moyens administratifs et en pertes de cotisations compensées par la Contribution Sociale de Solidarité des Sociétés (C3S) payée au final par les consommateurs, points que nous allons examiner au titre du financement du régime et de sa gouvernance.

SECTION 2. LA GOUVERNANCE DU RSI

Le RSI a une gouvernance proche de celle du régime général. Mais il conserve des spécificités dans la gestion de l'assurance maladie et bénéficie de financements externes (§ 1). À côté, il gère aussi des régimes de retraites complémentaires pour les artisans et commerçants. À la demande du RSI ces régimes vont être unifiés (§ 2).

§ 1 Le RSI responsable des régimes de base

Le régime est composé, depuis juillet 2006, d'une caisse nationale « *dont le rôle dans le RSI excède largement celui d'une tête de réseau* »[1] et de 30 caisses de base[2]. Sa gouvernance est inspirée de celle du régime général mais prend en compte celle des caisses nationales fusionnées (A). Le régime gère les régimes de base de retraite et l'assurance maladie (B).

A) *Une gouvernance proche de celle du régime général*

La répartition des pouvoirs Caisse nationale/caisses de base rappelle celle du régime général mais dans ce régime la caisse nationale assure des fonctions de production et les administrateurs des caisses de base sont, comme au régime agricole, élus.

1. Une Caisse nationale protéiforme au poids très important dans le régime

Ses pouvoirs sont voisins de ceux de ses homologues du régime général. Elle assure le financement et l'équilibre financier des branches maladie des indépendants, vieillesse des artisans et commerçants (et de leurs régimes complémentaires). Elle coordonne, contrôle l'action des caisses de base et conjointement avec elles des organismes conventionnés, valide leurs comptes. Elle est compétente en matière de prévention, d'action sanitaire et sociale,

[1] P.-Y. BOCQUET, L. ESLOUS, F. SALAS, 2011, rapport cité, p. 147.
[2] 26 caisses régionales communes aux artisans et commerçants, 2 caisses maladie pour les travailleurs libéraux (Paris et Province), 2 caisses dans les DOM. Elles remplacent 92 caisses.

d'organisation du contrôle médical, de mise en œuvre des actions conventionnelles, des conventions collectives du personnel.

Mais la Caisse nationale est le résultat d'une **fusion complexe** de trois caisses nationales aux périmètres d'activités différents. Elle les a toutes reprises et les a même étendues. Aussi, elle a été « *investie dès l'origine d'une multitude de missions allant bien au-delà des fonctions classiques de tête de réseau qu'exercent les caisses nationales de sécurité sociale* » en faisant un organisme « *protéiforme* »[1].

Elle emploie 20 % des effectifs du régime pour exercer **quatre métiers** : de tête de réseau (avec une fonction d'animation insuffisante) ; de maîtrise d'œuvre informatique (en difficulté face à l'ISU) ; de fonctions support (achats, fonction juridique, comptable) surdimensionnées alors qu'elle a largement externalisé la validation des comptes des caisses régionales ; de production.

En effet, pour cette fonction de production un tiers de son effectif encaisse la C3S, assure les immatriculations et le contentieux du régime. Son site d'Auray de l'ancienne caisse de l'hôtellerie du régime ORGANIC est devenu le Centre national d'immatriculation commune et assure un appui à la liquidation retraite des caisses en difficulté.

La Caisse nationale intervient directement dans le **contentieux** du régime par cinq services inter-caisses du contentieux (SICC). Ils effectuent le recouvrement forcé à partir de l'envoi des contraintes aux huissiers avec un partage des tâches complexes entre les caisses régionales du RSI, les SICC[2] et les URSSAF chargées du recouvrement amiable pour les « primo-débiteurs » jusqu'au 30ème jour suivant la date d'exigibilité. L'Inspection générale des affaires sociales a préconisé une répartition par pôles de compétences, solution non retenue dans la Convention d'objectifs et de gestion 2012-2015[3]. Ce traitement de contentieux qui se veut centralisé (par souci d'uniformisation ?) nous paraît complexe, pas forcément efficace et déresponsabilisant.

La Caisse nationale est devenue responsable du **conventionnement** des organismes d'assurances externes payant les prestations maladie. Elle en assure le pilotage par la conclusion avec leurs associations de coordination d'une convention nationale d'objectifs et

---

[1] P.-Y. BOCQUET, L. ESLOUS, F. SALAS, 2011, rapport cité, p. 147 (et p. 33 pour les éléments suivants).

[2] « *La mise en œuvre du volet judiciaire du recouvrement forcé est de la responsabilité du* [SICC] *qui reçoit copie des contraintes le concernant et les valide. Il recueille l'avis de la caisse régionale avant de procéder à une assignation en recouvrement judiciaire ou avant d'engager une saisie vente immobilière. A la demande du SICC, la caisse régionale soumet au* [CA] *les admissions en non valeur. Le SICC coordonne également son action avec l'URSSAF, le travailleur indépendant pouvant également être employeur et en cette qualité débiteur auprès de l'URSSAF* ». P.-Y. BOCQUET, L. ESLOUS, F. SALAS, 2011, rapport cité, p. 340.

[3] Le recouvrement tant amiable que contentieux serait assuré par les caisses du RSI qui géreraient les contraintes et les relations avec les huissiers, les SICC n'intervenant qu'en phase contentieuse. Ibid. p. 317, 340.

de moyens (CNOM)[1]. Cette multiplicité d'interventions du national liée notamment au maintien des sites de production et de leurs agents, nuit à son efficacité.

À la différence d'une caisse nationale du régime général - établissement public administratif -, celle du régime social des indépendants est un organisme de droit privé également chargé d'une mission de service public et placé sous la tutelle de l'État[2]. Mais dans ce régime, si les pouvoirs du Directeur général sont similaires à ceux des directeurs des caisses nationales du régime général, il doit davantage prendre en compte les administrateurs élus et « *composer* » avec un Conseil d'administration non paritaire (et, en principe, ce CA a moins de divergences internes)[3].

2. Un conseil d'administration émanant des caisses de base

« *La Caisse nationale est administrée par un conseil d'administration composé des représentants des caisses de base élus par leur conseil d'administration* » (art. L 611-5 CSS). Comme dans le régime agricole, ce CA (de cinquante membres)[4] est l'émanation des caisses régionales et « *peut siéger en sections professionnelles pour délibérer sur les questions propres à un ou plusieurs groupes de professions* ». Il élit son président dont le mandat est, comme au régime général, renouvelable une fois et deux vice-présidents. Des commissaires du Gouvernement y siègent représentant les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget[5]. Contrairement au passé et au régime agricole, il n'y a plus d'Assemblée générale.

Le Conseil d'administration détermine sur proposition du directeur, les orientations de la convention d'objectifs et de gestion, les propositions relatives à l'évaluation des charges et produits du régime de base de la branche maladie et les principes régissant les actions de contrôle, de prévention et lutte contre les abus et les fraudes[6].

---

[1] Afin de mettre en œuvre la COG. Cette CNOM décline les objectifs des OC en matière de service des prestations maladie, d'accueil et les objectifs d'encaissement des cotisations maladie des professions libérales.

[2] Art. L. 611-3 CSS.

[3] « *Je dois donc composer avec les élus et ne pas me montrer trop dominateur. Cette spécificité a été instituée par le monde de la santé qui, par mesure de précaution, souhaitait disposer d'un « œil technocratique » veillant au bon fonctionnement du régime* ». D. LIGER, 2006, article cité, p. 65.

[4] 42 représentants des caisses de base (un par caisse, 2 si plus de 150 000 ressortissants) et 8 des professions libérales. À titre consultatif, 2 représentants UNAF, 4 des OC et le directeur et un administrateur de l'ACOSS.
La proposition de loi relative à la gouvernance de la sécurité sociale et à la mutualité du 22 novembre 2011 reprend l'article 63 de la loi « Fourcade » du 10 août 2011 invalidé par le conseil constitutionnel comme cavalier : le Conseil d'administration du RSI serait composé des « *présidents des caisses de base et des personnes qualifiées désignées* ». Son rapporteur a souhaité « *que les professions libérales ne soient pas lésées par cette réforme* » et a proposé de supprimer cette disposition, ne conservant que la prorogation du mandat des caisses de base du 4 avril 2012 au 30 novembre pour ne pas interférer avec l'élection présidentielle. Y. BUR, 2012, rapport cité, p. 18.

[5] Assistent également au Conseil d'administration à titre consultatif le directeur, l'agent comptable, le médecin-conseil national.

[6] Art. R. 611-9 CSS.

Mais la nouvelle gouvernance de la CNAM a été transposée et le Conseil d'administration a plus un **pouvoir d'opposition** à la majorité qualifiée que d'approbation sur les propositions du Directeur général et sa nomination[1].

Comme dans les autres caisses nationales, le CA est saisi pour avis des projets de textes législatifs et décrets. Il « *peut faire toutes propositions de modification législative ou réglementaire dans son domaine de compétence. Les propositions de nature législative sont transmises au Parlement* », possibilité efficacement utilisée par la caisse nationale du RSI.

Il a un rôle important de gestion des régimes complémentaires et propose au ministère leurs règlements financiers. Il a mis en place une commission permanente composée du bureau et des présidents des principales commissions dans un souci de réactivité et de globalité d'examen des thématiques.

Les administrateurs ont un rôle plus actif qu'au régime général dans la vie de « leur régime » : émanant des caisses de base ils ont la légitimité de l'élection mais un « *manque de formation et de savoir-faire en matière d'administration* »[2].

Est notable, le rôle important du Président de la Caisse nationale pour accompagner la mise en place du régime et maintenir son unité[3]. Le Directeur général gère la caisse nationale et dispose de prérogatives similaires à celles du régime général, ayant le pouvoir budgétaire et prenant les mesures d'organisation et de fonctionnement des caisses[4]. Il négocie la COG avec l'État et la signe avec le Président.

3. Les caisses locales

Les caisses de base « *sont administrées par des conseils d'administration* » qui sont composés de travailleurs indépendants en activité et retraités élus pour six ans[5].

---

[1] Ainsi, lorsque le directeur général lui présente sa proposition, le CA peut en demander une seconde à laquelle il ne peut s'opposer qu'à la majorité des 2/3. Cette majorité qualifiée est requise pour que le CA s'oppose à la nomination du DG nommé par décret pour six ans ou qu'il soit favorable à sa cessation de fonctions.

[2] D. LIGER, 2010, article cité, p. 55. D'autant que la gestion des assurances retraites et maladie est très technique.

[3] Il « *a, depuis le début des opérations de construction du RSI, tant dans sa phase provisoire que depuis l'entrée en vigueur du régime, contribué de manière essentielle à la réussite de chacune des phases de l'opération en s'y impliquant personnellement. Il a à la fois eu la volonté, malgré les difficultés, de confirmer les objectifs fixés et de soutenir les pouvoirs publics dans leur choix ; il a réussi à maintenir l'unité du régime tant vis à vis des administrateurs de la caisse nationale que de ceux des caisses de base* ». Rapport d'audit, *L'Interlocuteur social unique audité par l'IGAS*, 2008, *op. cit.*, p. 29.

[4] Comme au régime général : prescription de mesures d'amélioration de la gestion des organismes et en cas de carence substitution ; marchés passés pour leur compte ; répartition des dotations budgétaires, approbation des budgets, mise en œuvre des schémas directeurs informatiques ; substitution au CA ou au directeur en cas de carence pour ordonner l'exécution d'une dépense ou le recouvrement d'une recette (art. L. 611-6 II al. 4 CSS).

[5] 24, 30 ou 36 administrateurs en fonction de l'importance de la caisse.

Classiquement, le conseil d'administration vote les statuts et le règlement intérieur mais le fait sur la proposition du directeur. Il en est de même pour l'approbation des budgets de gestion et d'intervention. Le CA délibère sur les politiques d'actions sanitaires et sociales (dans le cadre des orientations nationales), les modalités du traitement des réclamations et le contrat pluriannuel de gestion. Il contrôle l'application par le directeur et l'agent comptable des dispositions réglementaires et de l'exécution de ses décisions.

Mais il ne désigne plus et ne contrôle plus les organismes conventionnés qui le sont par la Caisse nationale.

La Caisse nationale a un rôle de « **tête de réseau** » par rapport aux caisses de base : pouvoir de contrôle, centralisation des opérations financières, mise en œuvre ou coordination d'actions de contrôle des prestations pour détecter les fraudes et abus, représentation auprès des pouvoirs publics (et rappelons qu'elle a des activités de « production »).

La taille disparate des caisses régionales conduit la convention d'objectifs et de gestion 2012-2015 à prévoir qu'un programme de **mutualisation** des activités à l'intérieur du régime sera défini au plus tard fin septembre 2012 par la caisse nationale et piloté par elle[1]. Il concernera aussi les actions inter-régimes en matière de formation partagée avec les autres régimes et surtout d'informatique conditionnant après 2014 le déblocage de plus de 10 % de ses crédits de fonctionnement par l'État : la Direction de la Sécurité sociale est attentive à la réalisation de son « plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale ».

Depuis l'instauration du RSI les directeurs et agents comptables sont nommés selon l'ancienne procédure du régime général : le directeur général propose trois candidats et nomme celui retenu par le CA local. Alors que la loi « Bachelot » a confié cette désignation aux Directeurs des Caisses nationales du régime général, ce système des « **trois noms** » a été maintenu pour le RSI (crainte des conseils d'administration élus et/ou faiblesse de l'enjeu ?).

Les directeurs sont salariés des organismes où ils exercent leurs fonctions. Le directeur de la caisse nationale peut y mettre fin pour un motif tiré de l'intérêt du service selon des modalités similaires à celles du régime général (notamment après l'avis du président de la caisse). Il peut aussi (ainsi que le Conseil d'administration national) proposer au ministre de la Sécurité sociale le retrait d'agrément d'un agent de direction (art. R. 611-58 CSS).

---

[1] Domaines concernés dans la COG : accueil téléphonique, achats, contrôle et évaluation des pratiques en assurance maladie, lutte contre les abus et fraudes, réduction globale des fonctions supports.

B) ***La gestion des régimes légaux***

Le RSI gère deux régimes de retraite de base (l'un pour les artisans, l'autre pour les commerçants)[1]. Pour l'assurance maladie, les indépendants ayant souhaité choisir l'organisme assureur, la gestion des prestations est déléguée aux organismes conventionnés qui ont perdu l'encaissement des cotisations dans le cadre de l'interlocuteur social unique sauf en ce qui concerne les professions libérales.

La démographie du régime a justifié des financements externes.

1. Une démographie atypique

Entre 1970 et 1995 le nombre des artisans et commerçants stagne autour de 1,2 million[2], puis va croissant depuis le milieu des années 2000 et fin 2011 le régime en compte près de 2 millions (1 942 308) sans les auto-entrepreneurs. Particularité du régime, ses cotisants sont à 70 % des hommes.

Le statut des **auto-entrepreneurs** permet aux activités de faible chiffre d'affaire de ne payer les cotisations que sur l'activité réalisée et à un taux réduit, la perte de recettes des régimes étant compensée par l'État[3]. Sa création a « dopé » les effectifs du régime depuis 2009 de près de 40 % (particulièrement pour les professions libérales et les commerçants) qui de ce fait compte fin 2011, 2,67 millions de cotisants.

En assurance vieillesse le nombre de retraités est supérieur à celui des cotisants avec une particularité : sur les 2 010 850 retraites servies aux commerçants et artisans fin 2011, seuls 647 677 pensionnés sont couverts par l'assurance maladie du Régime social des indépendants, soit moins du tiers (32,2 %). En effet ces retraités quasiment tous **poly-pensionnés** (à 95 % pour les artisans et à 91 % pour les commerçants) reçoivent une pension d'autres régimes, le plus souvent du régime général : leur durée d'assurance y étant en général plus longue que celle accomplie au RSI, c'est le régime général qui, dans ce cas, assurera leur couverture en assurance maladie[4]. La durée moyenne cotisée est de 14 ans au RSI pour les nouveaux retraités artisans et de 11 ans pour les commerçants (pour une durée tous régimes respectivement de 39 et 37 ans).

---

[1] La COG 2012-2015 prévoit (p. 20) de « *préparer la fusion des régimes vieillesse de base, sans modifier les équilibres financiers du régime* », cette fusion étant est « *fortement contrainte par le SI actue*l ».

[2] J-A SLOANE, 2010, article cité, p. 1197. Fin 2011, les auto-entrepreneurs (727 939) représentent plus du quart (27,26 %) des assurés en activité. Chiffres 2011 *in* RSI, Tableau de bord financier, n° 55, fév. 2012, 8 p.

[3] Statut créé par la loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie pour un chiffre d'affaires annuel limité en 2012 à 81 500 € pour activité d'achat/revente et 32 600 € pour les prestations de services (en 2010, près la moitié avait un chiffre d'affaire nul, 25 % de moins de 1772 €. *L'essentiel du RSI en chiffres données 2010*, p. 32).

[4] Seuls 5 % des cotisants ont eu une double carrière artisanale et commerciale et 7 % des nouveaux retraités sont poly-pensionnés au sein du RSI. P.-Y. BOCQUET, L. ESLOUS, F. SALAS, 2011, rapport cité, p. 365.

Cette **faible période d'assurance** (et des revenus déclarés) explique la modicité des pensions servie par le RSI[1]. Le rapport démographique du régime demeure faible.

L'assurance maladie a proportionnellement moins d'ayants droits (les enfants étant souvent couverts par leur mère si elle cotise au régime général) et de retraités couverts que le régime général, ce qui explique une consommation médicale moindre. Fin 2010, 4,041 millions de personnes sont couvertes en assurance maladie dont 2,185 millions d'actifs.

2. De multiples sources de financement

L'amélioration du rapport démographique du régime a entraîné une hausse des transferts de **compensation** dus par la branche maladie et une diminution de ceux reçus par les régimes vieillesse.

Mais ces variations n'ont pas d'incidence financière pour ces régimes qui sont par construction équilibrés grâce à la Contribution Sociale de Solidarité des Sociétés (**C3S**). Le RSI a reçu en 2010 à ce titre 1,8 milliard d'euros pour l'assurance maladie et 2 milliards d'euros pour l'assurance vieillesse. Affectée à l'origine entièrement aux indépendants, pour faire face à la progression du phénomène sociétaire chez les commerçants et au développement des grandes surfaces, soumise ensuite au « *jeu habituel des finances publiques* »[2] en matière de transferts, la C3S demeure majoritairement affectée au RSI qu'elle équilibre. Elle est versée par l'ensemble des grandes entreprises commerciales, publiques, du secteur coopératif[3] et de ce fait payée *in fine* par les consommateurs : pour les indépendants (« non-non » et agricoles) existe donc déjà une « simili TVA sociale » peu connue !

Les **cotisations** financent à peine la moitié des prestations des régimes de base : en 2010, en assurance maladie 35 %, en assurance vieillesse 55 % pour les artisans, 48 % pour les commerçants[4]. Par rapport au régime général, leur taux est identique pour les allocations familiales (5,40 % sur la totalité des revenus), sur des bases voisines pour les cotisations vieillesse[5] et très inférieur pour celles d'assurance maladie :

---

[1] Les pensions moyennes de droits propres des régimes de base RSI sont de 275 € pour les commerçants et 324 € pour les artisans. Le RSI sert un tiers de l'ensemble des pensions d'un retraité du RSI, celle du régime général étant la plus importante. Source : RSI, 2010, document cité.

[2] J.-F. CHADELAT, 2006, rapport cité, p. 40.

[3] Au chiffre d'affaires HT supérieur à 760 000 € et au taux de 0,16 %. Le produit recouvré en 2010 est de 5.076 M€ dont 954 M€ au titre de la Contribution Additionnelle (instaurée par la loi du 13 août 2004 pour participer jusqu'en 2010 au redressement financier de l'assurance maladie). Sa répartition est modifiée à compter de 2011. (La C3S et la C3S Additionnelle, http://www.participations-exterieures.le-rsi.fr/c3s/enbref/index.asp#chiffres). À compter de 2010 la Taxe sur les surfaces commerciales (TASCOM) est recouvrée par la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) et perçue au profit de la commune d'implantation de l'établissement imposable.

[4] RSI, *L'essentiel du RSI en chiffres, données 2010*, p. 199.

[5] 16,65 % dans la limite du plafond, taux identique au régime général mais dans lequel 1,70 % sont déplafonnés.

- 13,55 % pour le régime général sur la totalité des revenus (hors accidents du travail),

- pour les indépendants les cotisations décroissent avec les revenus et sont au maximum de 9 %[1], soit inférieures de plus d'un tiers à celles des salariés du régime général.

Cette moindre contribution peut-être partiellement justifiée par une moindre consommation médicale[2], la couverture maladie étant similaire à celle du régime général (le risque accidents du travail n'est pas isolé). Mais, au final, nous pouvons en conclure que si le régime de base d'assurance maladie des indépendants est quasiment « aligné » sur le régime général pour les prestations, il n'en est pas de même pour les cotisations.

§ 2 Les Régimes complémentaires, exemples des évolutions du RSI

Les régimes complémentaires vont être progressivement mis en place de façon séparée pour les artisans et commerçants (A). Ils permettent une instruction unique des dossiers pour les deux étages de la retraite et à la suite de la convention d'objectifs et de gestion 2007-2011 les retraites complémentaires vont être unifiées (B). Il conviendra de s'interroger sur les forces et faiblesses du régime (C).

A) *Des régimes complémentaires en assurance maladie et vieillesse*

Plusieurs régimes complémentaires sont gérés par le régime social des indépendants en retraite et assurance maladie.

1. Des régimes habituellement rattachés au régime légal d'assurance maladie

Les **indemnités journalières** ne font pas partie du régime de base, mais constituent un régime complémentaire autofinancé.

Elles sont mises en place seulement en 1995 pour les artisans, seuls à accepter cette extension de la couverture obligatoire et à minima[3]. À l'intérieur de l'ancienne caisse nationale d'assurance maladie était ainsi instaurée une couverture sociale à la carte en fonction du bon vouloir des professionnels : corporatisme et solidarité réduite à un groupe ! En 2000, les commerçants accepteront d'en bénéficier et depuis le 1er juillet 2007, les régimes d'indemnités journalières des artisans et commerçants ont été unifiés.

---

[1] 6,50 % dans la limite du plafond, 5,90 % entre un et cinq plafonds pour les prestations en nature ; 0,70 % dans la limite de cinq plafonds pour les prestations en espèces ; (plancher minimum de 40 % du plafond de la sécurité sociale, en vieillesse, 200 heures de SMIC) ; 1,80 % (artisans) et 1,30 % (commerçants) pour l'invalidité décès dans la limite du plafond. À défaut de couverture en accident de travail, leur couverture est assurée par le risque maladie, ce qui accroît encore le différentiel d'effort contributif (taux AT moyen de 2,28 % au régime général).

[2] Les indépendants ont une consommation médicale estimée inférieure de 20 % à celle des salariés à âge égal. D. POSTEL-VINAY, 2007, article cité, p. 209.

[3] Délai de carence de 14 jours, ramené à 7 jours en 2000 ; durée d'indemnisation portée de un à 3 ans en 2002.

Le régime d'**invalidité-décès** des artisans est créé par l'AVA dès 1963 (invalidité totale et définitive à toute profession) et en 1986 pour « l'incapacité au métier ». Il faut attendre 1975 pour la création par l'ORGANIC des régimes décès et invalidité des commerçants (et 2004 pour l'invalidité partielle).

Ces régimes sont gérés en **répartition provisionnée**, les revenus financiers devant constituer à terme une source de financement pérenne complétant les cotisations[1]. Les excédents annuels constituent des réserves financières, qui fin 2011 étaient de 1,02 Md€ et représentaient de l'ordre de cinq années de prestations pour les artisans ainsi que pour les commerçants.

Leurs prestations et taux de cotisations restant différents[2], l'un des objectifs de la convention d'objectifs et de gestion 2012-2015 est d'*« engager des travaux d'harmonisation des prestations invalidité et décès en vue de la fusion de ces régimes »*.

2. La mise en place des régimes complémentaires retraite

La loi du 3 juillet 1972 a permis aux indépendants de créer ces régimes gérés par leurs caisses de base (AVA, ORGANIC, CNAVPL et CNBF). Leur mise en place a été plus complète chez les artisans créant en **1978** un régime obligatoire (par points et rétroactif à compter de 1973) et un facultatif.

La même année, les commerçants créent deux régimes : l'un obligatoire dit « des conjoints »[3] ; l'autre complémentaire d'assurance vieillesse facultatif (RCF) fonctionnant paradoxalement en répartition et concurrentiel tout en étant géré par les caisses ORGANIC sur la base du code de la Sécurité sociale.

Le « *nouveau régime complémentaire obligatoire* » (**NRCO**) des commerçants ne sera mis en place qu'en **2004**, suite à une décision de l'Assemblée générale des délégués d'ORGANIC, qui est validée par le ministre et intégrée dans la loi de réforme des retraites de 2003.

Prévus et réglementés par le Code de la Sécurité sociale, les régimes complémentaires sont des régimes en points qui doivent être financièrement équilibrés. Ils sont régis par des décrets

---

[1] « *Pour que le système soit efficace, le taux de rendement de la réserve* […] *doit être supérieur au taux de croissance des revenus qui servent d'assiette aux cotisations. L'obtention d'un rendement financier supérieur au taux monétaire implique une prise de risque, qui doit être conciliée avec l'objectif de sécurité des placements. Et si le taux de rendement de la réserve est supérieur en termes réels à la croissance des revenus des artisans et des commerçants, alors sur longue durée le taux de cotisation du régime doit pouvoir être stabilisé en-dessous du niveau nécessaire à une répartition non provisionnée* ». P.-Y. BOCQUET, L. ESLOUS, F. SALAS, 2011, rapport cité, p. 359.

[2] Taux de cotisations invalidité dans la limite du plafond : artisans 1,80 %, commerçants 1,30 %.

[3] Basé sur un droit « de conjoint », la liquidation des droits pour le titulaire était soumise à une condition d'âge du conjoint : il devait être âgé d'au moins 65 ans au moment de la liquidation du titulaire.

fixant les taux des cotisations mais suivent les propositions de la Caisse nationale du RSI qui détermine aussi par règlement les prestations servies, leur revalorisation[1] et gère les régimes.

Le Régime social des indépendants a abandonné (sur recommandation de la Cour des comptes) les activités de retraite facultative des caisses AVA et ORGANIC qui n'étaient pas sans rappeler le régime COREVA de la MSA[2]. Ils sont aujourd'hui gérés par des mutuelles. La convention d'objectifs et de gestion prévoyait que la Caisse nationale définirait le rôle d'information des caisses de base sur les offres des opérateurs en la matière mais les élus n'ont pas souhaité poursuivre cet objectif[3].

3. La gestion financière par la répartition provisionnée

Si un principe d'équilibre financier annuel est de règle, les régimes complémentaires sont financés par des ressources propres à base de cotisations mais gérées dans une perspective de long terme en « répartition provisionnée », technique mise en place par les indépendants.

Compte tenu de leurs dates de création, la montée en charge des régimes a été différente.

Celui des **artisans** a été généreux par l'attribution de points « gratuits » (pour les années 1973-1978, antérieures à sa création)[4].

Aussi, dans les années 1990, il connaît ses premières difficultés et ses administrateurs mettent en place des plans quinquennaux amenant, en 1996 et 2002, une diminution du taux de rendement[5], une hausse des cotisations et une faible revalorisation des pensions[6].

Ces réformes ont permis de retarder à 2032 la date prévisible d'extinction des réserves et d'améliorer temporairement le solde technique (cotisations moins prestations de l'année). Ce dernier devant devenir négatif dès 2009, les administrateurs de la section artisanale du RSI ont pris fin 2007 des mesures d'augmentation des cotisations, de diminution du rendement et des revalorisations des pensions[7] permettant de n'utiliser les réserves qu'en 2016 (et devant

---

[1] Le règlement (approuvé par le ministre de la Sécurité sociale, celui du budget pouvant s'y opposer), détermine les principes d'évolution des paramètres, précise ceux de gestion des réserves (art. D. 635-5 CSS).

[2] « … *les relations institutionnelles avec les deux mutuelles MNRA (pour les artisans) et Médicis (pour les commerçants) en matière de commercialisation de produits de retraite facultatifs ont été rompues. L'intrication des liens a été progressivement dénouée, aussi bien en matière d'agents que d'immobilier* ». P.-Y. BOCQUET, L. ESLOUS, F. SALAS, 2011, rapport cité, p. 360.

[3] *Ibid.*

[4] « *en 2007, le tiers des droits servis n'a pas été cotisé.* [Le régime] *a consacré à ce financement plus de la moitié des réserves qu'il aurait pu constituer* ». RSI, *Zoom*, n°25, décembre 2008, RSI, 8 pages, p.4.

[5] 11,5 % jusqu'en 1996, 8,3 % en 2002, 7 % en 2005 (soit une récupération des sommes versées en 14 ans (100/7). Source, Zoom, N° 4, avril 2007, RSI, 4 p., d'après graphe p. 1.

[6] Mesures 2002 : hausse du taux de cotisation de 6 % à 7 % en 2005 ; gel de la valeur de service du point de 2003 à 2005 ; décision de revaloriser les pensions les années suivantes au plus comme l'indice des prix hors tabac ou le revenu artisanal s'il évolue plus faiblement (principe repris dans l'art. D. 635-8 CSS).

[7] Hausse des cotisations de 0,2 % en deux ans et création d'une majoration de 0,4 % entre un et quatre plafonds sécurité sociale. Baisse de 0,4 point du rendement du régime ; revalorisation des droits gratuits plus faible.

s'épuiser en 2036). Il convient de souligner le caractère complet et courageux de ce plan qui s'attache à maintenir un taux de remplacement de 19 %[1] même s'il ne peut entièrement assurer la pérennité du régime à long terme (et si des aides externes financent en partie les retraites de base)[2].

Depuis 2004 pour les **commerçants** le « nouveau régime complémentaire obligatoire » (NRCO) s'est substitué au régime « des conjoints », a repris ses droits acquis, liquide et verse ses anciennes prestations. Le taux de cotisation du NRCO est passé de 3,50 à 6,50 % avec un taux de rendement de 7,20 % ; ce régime jeune pouvait constituer des réserves et avoir des perspectives favorables à long terme, les projections ne faisant pas apparaître de difficultés à horizon de cinquante ans.

Le passé et les avenirs contrastés des deux régimes faisaient douter d'une solidarité entre eux. Même s'ils avaient des points communs - étant des régimes par points et en répartition provisionnée - différaient le comportement des cotisants par rapport au social, l'histoire et les paramètres des régimes plus favorables chez les commerçants[3]. Pourtant, dès 2007, avec le RSI est envisagée l'harmonisation de leur pilotage, la loi sur les retraites de 2010 va permettre une réforme en profondeur.

B) *Les novations du RSI*

Suite à la mise en place du Régime social des indépendants, les régimes complémentaires vieillesse vont être unifiés et des propositions d'évolution de la protection sociale voir le jour. Elles concernent peu les régimes des professions libérales, lesquelles ont voulu rester en marge du nouveau régime.

1. La création d'un régime complémentaire des retraites unique

Par le point 2.6 de la convention d'objectifs et de gestion 2007-2011 « *préparer et assurer les évolutions structurelles des régimes complémentaires de retraite* », la Caisse nationale du RSI se fixait pour objectifs « *d'assurer ou d'améliorer* » leur solvabilité, « *d'harmoniser progressivement ces régimes, en préservant leur équilibre financier* ». Elle engagerait une étude de « *faisabilité technique d'une fusion de ces deux régimes en fin de période conventionnelle* ».

---

[1] Le taux de remplacement est le rapport entre la pension et le revenu moyen pour 40 ans de cotisations.

[2] Ici aussi on notera la faiblesse des pensions versées liée à celle des bases de cotisation : en 2007, 834 408 bénéficiaires ont perçu 710 millions € (montant annuel moyen de 850 €).

[3] Cotisations calculées sur un minimum de 200 SMIC horaire dans les deux régimes mais à des taux différents : artisans : 7,20 % jusqu'au plafond, 7,60 % entre un et quatre plafonds sécurité sociale, taux de rendement de 6,60 % ; commerçants : 6,50 % dans la limite de trois plafonds, taux de rendement de 7,20 %.

En janvier 2010, son conseil d'administration conduit, avec les présidents et directeurs des caisses régionales, une réflexion sur l'avenir des deux régimes qui va déboucher sur leur fusion. Les **sections professionnelles** définissent les orientations du nouveau régime[1] avec pour objectif de garantir la pérennité des régimes par leur fusion et d'améliorer les prestations notamment les pensions de réversions (mesure populaire et relativement peu coûteuse)[2]. L'augmentation des cotisations serait limitée avec un taux commun de 7 %, le taux de remplacement serait de 19 %, les réserves qui seraient mises en commun en 2013 dureraient jusqu'en 2050.

Le 21 septembre 2010, les sections professionnelles valident le projet, autorisent la fusion des deux régimes complémentaires et donnent mandat au président du RSI de solliciter, dans le cadre du pouvoir de proposition législative du CA national, le dépôt d'un amendement dans le projet de **loi portant réforme des retraites**[3]. Il fera l'objet, peu après, d'un article additionnel à ce projet de loi, « *à l'initiative* » du rapporteur de la commission des affaires sociales du Sénat qui deviendra l'article 57 de la loi. Il crée en 2013 le régime unique avec transfert des réserves, légalise les pratiques du régime (revalorisation des points différenciée) et introduit les rachats des cotisations. Un décret déterminera les règles de pilotage périodique permettant notamment de respecter des critères de solvabilité.

Le RSI a une **politique de gestion des réserves** définie par ses commissions des placements et des opérations financières associant des experts. À l'origine, les sommes inemployées versées à un compte courant au Trésor portaient intérêt à un taux fixé par arrêté ministériel. Depuis 2002 elles peuvent être placées en valeurs mobilières, en immobilier et prêts et dépôts[4]. Fin 2011 les réserves représentant de l'ordre de dix milliards d'euros soit sept années de prestations[5]. Un projet de règlement financier commun aux deux régimes complémentaires a été adopté fin 2007, conformément aux objectifs de la convention

---

[1] Maintien du taux de remplacement entre 18 et 20 % ; identité des taux et plafonds de cotisations et de calcul de pensions ; augmentation des cotisations limitées (de 5 à 10 € par mois pour un revenu moyen) ; réduction des disparités des droits acquis ; détermination du rendement assurant l'équilibre à moyen terme du régime.

[2] Mesures d'amélioration de la situation des veufs et des veuves (condition d'âge abaissée à 55 ans pour tous ; condition de ressources assouplie à deux plafonds ; capital décès forfaitaire). Reconstitutions de carrière pour les commerçants (à l'image des artisans) : ouverture du droit en fonction de l'âge du titulaire ; alignement sur l'âge légal (60 ans en 2010). RSI, *L'essentiel du RSI 2009*, p. 246.

[3] P.-Y. BOCQUET, L. ESLOUS, F. SALAS, 2011, rapport cité, p. 363 et Sénat, Rapport n° 733 de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, portant réforme des retraites, par Dominique LECLERC, T. I, 29 septembre 2010, p. 176.

[4] Article R623-3 CSS modifié par décret n° 2002-1314 du 25 octobre 2002 (art. 1), JO 1er novembre 2002.

[5] « *qui lui permettent d'assurer le paiement de ces pensions pendant au moins 40 ans* ». Le portefeuille comprend 45 % d'obligations, 30 % d'actions, 14 % de produits monétaires, 11 % d'actifs immobiliers. La gestion de 6 Md€ est déléguée à des sociétés spécialisées.
RSI, « Les placements financiers du Régime Social des Indépendants : Une stratégie qui contribue au financement des retraites jusqu'en 2050 », communiqué de presse, 2 mars 2011.

d'objectifs et de gestion[1], par le conseil d'administration, transmis aux autorités de tutelle et mis en place. Le CA définit les orientations générales de la politique de placement, sur proposition des commissions financières en fonction de règles prudentielles inspirées de celles des placements des entreprises relevant du code des assurances.

Notons que si le jeune régime complémentaire des commerçants va, par la fusion, aider celui des artisans, la prévision de fin des réserves à 40 ans, en 2050, est fonction d'un taux d'intérêt réel de 2,5 % au-delà de l'inflation pouvant paraître élevé[2].

2. Les préconisations du Livre blanc du RSI

Le RSI a mené en 2009 une réflexion associant les organismes du régime et des experts[3]. Elle débouche sur la publication le 4 décembre 2009 de son « Livre blanc » par lequel le régime « *entend prendre toute sa place dans le débat public sur l'avenir de notre système de protection sociale* »[4].

Le premier thème concerne la **couverture assurance maladi**e. Le livre blanc préconise de rendre obligatoire la complémentaire santé pour tous les assurés et ayants droit sur la base d'un **socle minimal** et de développer des dispositifs permettant aux indépendants d'accéder aux contrats de groupes. Est évoquée une modification du périmètre des prises en charge de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC) et une évolution possible du système vers trois niveaux : AMO et AMC obligatoires et troisième pilier optionnel (comme en retraite).

Le livre blanc propose aux assureurs complémentaires santé de les associer davantage à la gestion du risque par une contractualisation avec des offreurs de soins en contrepartie d'engagements sur l'accès aux soins[5], à la prévention et à la promotion de la santé publique. Sera recherché avec elles, un partenariat spécifique sur la prise en charge à venir du risque dépendance.

Les **propositions** « ***financement*** » veulent élargir l'assiette des cotisations sociales pour pérenniser les ressources du régime et renforcer l'équité des prélèvements[6] :

---

[1] Convention d'objectifs et de gestion État-RSI 2007, 2011, signée le 2 mai 2007, 90 p. citation p. 36.

[2] Selon une étude du RSI la performance des actifs du régime des artisans sur 4 ans, de 2007 à 2010, en termes réels sur longue période a été de 3,86 %. P.-Y. BOCQUET, L. ESLOUS, F. SALAS, 2011, rapport cité, p. 373.

[3] *Le Livre Blanc du Régime Social des Indépendants, « réflexions prospectives sur l'avenir de la protection sociale des Indépendants »*, déc. 2009, 72 p. Diffusé auprès des pouvoirs publics, parlementaires impliqués dans les questions sociales, acteurs et experts de la protection sociale, organisations professionnelles, médias.

[4] Avant-propos du président du RSI http://www.le-rsi.fr/livre-blanc/avant_propo/avant_propo.php.

[5] Qui rappelle la politique de constitution de réseaux de soins des assureurs complémentaires, cf. infra. p. 353.

[6] « *dans la mesure où les cotisations représentent seulement une partie de nos ressources, comprise selon les risques entre 47 % et 70 %. Le reste vient d'autres ressources dont la pérennité n'est pas forcément garantie - comme la C3S, la contribution sociale de solidarité des sociétés - et de la compensation démographique* ».

- instaurer pour les sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés une cotisation minimale validant une année de retraite ; dans un second temps étendre l'assiette des cotisations à une partie des dividendes (en cas de rémunération du dirigeant nulle ou sans relation avec les résultats) ou à défaut instaurer une cotisation forfaitaire ;

- remettre à plat les systèmes d'exonération, qui ont perdu leur lisibilité au fil du temps.

Il convient de souligner l'intérêt de cette démarche : elle met sur la place publique des pistes d'évolution de l'assurance maladie (avec une place de choix donnée aux assureurs complémentaires) et propose une amélioration de la couverture des indépendants. Elle légitime le nouveau régime auprès des politiques tout en réalisant une opération associant les caisses du RSI permettant de gommer les difficultés de mise en place du régime. Toutefois, elle peut paraître un peu anachronique face aux problèmes quotidiens rencontrés par nombre de cotisants et d'assurés du régime ; elle donne un plus grand rôle aux assurances complémentaires santé dans l'intérêt de certains assurés du régime mais au détriment de la solidarité interprofessionnelle à l'exemple des professions libérales.

3. Des professions libérales toujours en marge

Si le RSI a réuni trois réseaux de caisses, demeure la question de l'intégration des régimes retraites des professions libérales[1].

Ils résultent, eux aussi, de la loi du 17 janvier 1948 mais sont organisés sur une base professionnelle. Leur organisation autonome comprend une Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (**CNAVPL**) et dix « Sections Professionnelles »[2], dotées de la personnalité juridique et de l'autonomie financière et n'ayant pas d'organisation dans les régions. Le Conseil d'administration de la CNAVPL est composé des présidents des sections.

Les sections assurent pour le compte de la caisse nationale le recouvrement des cotisations et le service des prestations du **régime de base** qui a été modifié par la loi du 21 août 2003 : mise en place d'un régime par points et durée de cotisation alignée sur celle du régime général. La section des avocats a été remplacée par le décret du 22 septembre 1954 par une

---

Autre particularité du RSI : la diversité des statuts sociaux et fiscaux de ses cotisants. Celle-ci peut parfois conduire à des situations d'iniquité en termes de nécessaire solidarité entre les adhérents d'un même régime. » Dominique LIGER, directeur général du RSI, *Le Livre Blanc du Régime Social des Indépendants*, 2009, p. 7, 8.

[1] « *la création du RSI est une étape institutionnelle non négligeable mais imparfaite puisque l'ensemble des indépendants n'y est pas associé* ». D LIGER, 2006, article cité, p. 70.

[2] Notaires ; officiers ministériels ; médecins ; chirurgiens-dentistes et sages-femmes ; pharmaciens ; infirmiers et autres auxiliaires médicaux ; vétérinaires ; agents généraux d'assurance ; experts comptables et commissaires aux comptes ; autres professions (caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse, CIPAV).

caisse indépendante, la Caisse Nationale du Barreau français (**CNBF**)[1]. Les régimes **complémentaires** regroupent des régimes de retraites obligatoires, « supplémentaires » et invalidité-décès, gérés par chaque section[2].

La couverture en **assurance maladie** est assurée par le RSI mais demeure incomplète, les professions libérales ayant refusé les indemnités journalières ainsi que l'interlocuteur social unique, les cotisations restent encaissées par les organismes conventionnées. Ces professions sont rattachées à deux caisses gérant leur assurance maladie (Île-de-France et province).

Ces régimes des professions libérales restent donc figés sur une solidarité uniquement professionnelle. Ne voulant pas payer pour les autres indépendants, ils « *veillent à ce que leurs cotisations ne comblent pas le déficit de leurs partenaires. C'est la raison pour laquelle ils ont refusé que leur système de retraite rejoigne le RSI, malgré sa fragilité structurelle* »[3]. Mais leur démographie favorable en font des contributeurs importants à la compensation par rapport à leurs ressources et ne les incite pas à être solidaires.

C) *L'utilité du régime des indépendants*

Due à la volonté des gouvernants - attentifs au monde des indépendants - de réaliser une réforme rapide, la mise en place du régime social des indépendants suivie de celle de l'interlocuteur social unique s'est voulue une simplification administrative pour les cotisants. Mais cette réforme est restée « *au milieu du gué* »[4] du fait de ses dysfonctionnements qui de plus induisent à court et moyen terme des surcoûts.

1. Un régime pérennisé dans la douleur

L'unification conforte le RSI pour longtemps face au risque d'intégration dans le régime général et le légitime par la « **démocratie sociale** »[5], le Conseil d'administration national étant composé d'administrateurs des caisses de base élus. Défenseur du nouveau régime, dont les anciens présidents ont promu l'unité, ce conseil a su tirer parti à la suite de la convention d'objectif et de gestion conclue avec l'État de sa possibilité de proposition législative.

---

[1] Pour tenir compte de « *la spécificité de la profession et de l'apport considérable des droits de plaidoirie* » qui financent avec les cotisations personnelles des avocats le régime de retraite base qui est « *de près du double de celle des autres libéraux* » selon son site. http://www.cnbf.fr/index.php?idrub=157&page=visite_historique4

[2] Dans toutes les sections des régimes d'Assurance Vieillesse Complémentaires Obligatoires (à l'exception des sages-femmes), d'Invalidité-Décès (à l'exception des notaires) et supplémentaires dits ASV (Avantages Supplémentaires Vieillesse) pour les médecins et le personnel médical conventionné.

[3] D. LIGER, 2006, article cité, p. 65.

[4] D. POSTEL-VINAY, 2007, article cité, p. 214.

[5] « *La confirmation de ce modèle de démocratie sociale, aussi parfaite que possible, consacre pour le long terme l'existence d'une organisation de Sécurité sociale propre aux professions indépendantes. Elle reconnaît en même temps* ***l'utilité de la fonction intégrative de la démocratie sociale*** ». *Idem*, p. 215.

Il a saisi l'opportunité de la réforme des retraites pour réaliser la fusion des régimes complémentaires des artisans et commerçants assurant une solidarité entre eux et conservant un système de répartition provisionnée bien géré sur le long terme. Il s'est rapidement positionné sur l'avenir de la protection sociale et voudrait dans le livre blanc assurer une pérennité des financements par une contribution plus importante des sociétés.

Le RSI poursuit ainsi un processus d'amélioration des droits qui, suite à la contestation du CID-UNATI, a permis la mise en place d'un régime harmonisé, complet (exception faite du risque professionnel).

Il demeure avantageux, la moitié du financement des régimes de base étant assuré par **la solidarité des autres** régimes (compensation démographique) ou payés *in fine* par le consommateur (C3S) alors que le taux des cotisations en assurance maladie reste nettement inférieur à celui du régime général. Comme dans le régime agricole, son rôle majeur de gestion se concentre sur ses prestations financièrement autonomes (indemnités journalières, retraites complémentaires). Les objectifs des indépendants d'aligner leur protection sociale sur celle des salariés mais à moindre coût grâce à des financements externes et en conservant la gestion du régime ont, comme pour les exploitants agricoles, été atteints[1].

Le RSI a des ambitions en matière de service rendu ou de développement de nouvelles activités[2] mais n'a pu encore les concrétiser. Le réseau des caisses régionalisées ne paraît pas faciliter la proximité, ni la démocratie sociale qui avait été réalisée par l'AVA par ses administrateurs issus de tous les départements et l'Assemblée générale n'a pas été maintenue. Si la gouvernance des régimes de base est fortement inspirée du régime général et de la CNAM, la caisse nationale du RSI, protéiforme, veut assurer probablement trop de tâches au détriment du pilotage de son réseau.

Les prochaines élections d'octobre 2012 sur des listes différenciant toujours les artisans et commerçants ne devraient pas renforcer la cohésion d'un régime dont il est permis de se poser la question de son utilité pour les indépendants.

Plusieurs éléments permettent d'en douter.

---

[1] Pour le président du RSI : « *C'est à force de discussions que nous avons amélioré notre protection sociale.* […] *La question se pose : pourquoi notre régime est-il encore spécifique ? Nous sommes proches du régime général, mais nous ne sommes pas prêts à payer les mêmes cotisations que les assurés du régime général* ».
G. QUEVILLON, 2006, document cité, p. 1/10.

[2] Dominique LIGER, l'ancien DG du RSI, ambitionnait qu'il devienne un régime modèle, souple et novateur.de par sa taille et pouvant développer de nouvelles activités, notamment des services à la personne.
Pour l'ancien directeur de la CANAM, Daniel POSTEL-VINAY (2007, article cité) la mission du RSI pourrait s'élargir à la promotion de la création d'entreprise et assurer la couverture du risque de perte d'emploi sous la forme d'une aide à la création ou reprise d'entreprise.

2. Une utilité relative du régime ?

Dans ce régime aussi, l'intervention de la tutelle est grandissante, comme les pouvoirs du directeur national, les cadres dirigeants reçoivent la même formation que ceux du régime général par l'EN3S (mais avec peu de mobilité inter régime). La gestion des retraites de base y est similaire et coordonnée.

Si la relation de service et l'offre globale sont mises en avant, la proximité des caisses de base est devenue relative et les services rendus y sont actuellement inférieurs à ceux du Régime général. Contrairement à ce dernier, du fait de sa taille, le Régime social des indépendants ne dispose pas de certains professionnels tels les délégués de l'assurance maladie, les services sociaux[1].

La **frontière entre statuts** d'indépendants et de salarié reste parfois floue[2] alors que les différences de consommation médicale se sont réduites[3]. Les coûts de gestion sont supérieurs à ceux du régime général et (paradoxalement ?) ont progressé avec la fusion du régime en dépit d'un accroissement de son effet de taille : hausse sensible de la masse salariale du fait des nouvelles conventions collectives et du maintien des effectifs, coût de la maintenance informatique élevée, coûts des nouveaux locaux des caisses réunies[4].

Surtout, à notre sens, la remise en question du Régime social des indépendants est liée, outre à ses financements externes, à la **faible durée d'activité des indépendants dans le régime**, inférieure à celle qu'ils effectuent dans le régime général. Bien qu'en expansion démographique ce régime couvre peu d'enfants ayants droit et seulement le tiers de ses retraités en assurance maladie dont il sous-traite la gestion à des organismes conventionnés au nom du libre choix de l'assureur. Le RSI peut donc être considéré comme un **régime de passage** (après une activité au régime général) quelque peu supplétif. Si la démocratie sociale y est mise en avant, les élections des administrateurs ne mobilisent qu'une minorité des cotisants et de retraités. L'encaissement des cotisations, confié aux URSSAF, lui échappe, même s'il se montre attentif aux cotisants en difficulté. La couverture du régime n'est pas totale par rapport aux risques (prestations familiales versées par les CAF, professions libérales restées à l'écart).

---

[1] Ou de prévention des risques professionnels en l'absence de couverture spécifique de ce risque.

[2] Sont affiliées au régime général les gérants minoritaires des SARL, les professions médicales conventionnées. Ce flou est accentué par le développement des auto-entrepreneurs au statut compatible avec une activité salariée.

[3] En 2007, 2180 € remboursés par bénéficiaire au régime général, 1840 € au RSI (18,5 % d'écart.). Source : SLOANE J-A, 2010, article cité, p. 1198.

[4] Surcoût estimé à au moins 40 %. *Idem*, p. 1199.

La masse salariale du RSI a augmenté entre 2006 et 2011 de 10,9 % (était prévue une diminution de 3,4 % dans la version initiale de la COG). Après une baisse initiale, les effectifs en CDI ont retrouvé en 2010 leur niveau de 2006 (et ont augmenté en CDD). P.-Y. BOCQUET, L. ESLOUS, F. SALAS, 2011, rapport cité, p. 198, 201.

Nombre de ces facteurs militeraient pour une **intégration du RSI** au sein du régime général, à l'exception des régimes complémentaires qui resteraient autonomes[1]. Une future réforme des retraites, à base de comptes notionnels ou de régime par points, permettrait de l'envisager. Mais seraient remis en cause un système néo-corporatiste[2] et le dogme de la libre détermination des couvertures sociales par chaque groupe social.

Pourrait-être également envisagée la constitution d'un seul régime des non-salariés regroupant le RSI et les exploitants agricoles, les salariés agricoles étant réellement intégrés au régime général. D'autant que le maintien d'un autre régime à côté du régime général pourrait éviter une plus grande mainmise de l'État sur la Sécurité sociale du fait d'un certain contrepoids des professions indépendantes élisant leurs administrateurs.

***

Au terme de ce chapitre et de ce titre, il est significatif que chez les indépendants (et les exploitants agricoles) au-delà de la notion de régime leur donnant, en principe, un libre choix de l'assureur en couverture maladie et assurant en retraite la couverture de base et complémentaire par une seule caisse, apparaît la primauté du groupe professionnel. Ces professionnels hostiles à l'intégration au régime général ont su obtenir, souvent par la contestation, la reconnaissance et l'aide de l'État.

La mise en place du RSI est caractérisée par une cogestion de cette réforme par l'État et les professionnels qui n'est pas sans rappeler celle de la protection sociale agricole et permet de retrouver les éléments du néo-corporatisme. Cette réforme reprend l'héritage du passé des régimes retraites. Mais elle résulte aussi de logiques institutionnelles avec un partage des tâches aberrant entre le Régime social des indépendants et les URSSAF et entre une caisse nationale du RSI protéiforme et des caisses régionales quelque peu dépossédées.

C'est probablement l'exemple à ne pas suivre en matière de réforme administrative. Cette réforme a été conduite précipitamment sous l'aiguillon d'hommes politiques attachés à marquer leur passage ; son coût se chiffre en milliards d'euros de cotisations qui ne seront pas encaissées et son bilan est, en reprenant l'expression de l'Inspection générale des affaires

---

[1] Bien qu'utilisant des techniques proches, leur intégration à l'ARRCO paraît difficile compte tenu des réserves financières acquises. En cas de fusion avec le régime général, les nouveaux conseils d'administration des caisses du régime général pourraient comprendre une section professionnelle spécifique aux indépendants.

[2] « *La mise en place du RSI peut être présentée comme une opération de rationalisation administrative, contenant la promesse raisonnablement lointaine d'une sensible réduction du coût de la gestion de la protection sociale des professions indépendantes. C'est déjà un objectif ambitieux, eu égard à la force des conservatismes et à l'usure éprouvée par les pouvoirs publics à faire prévaloir l'intérêt général face aux corporatismes, dans un dossier qui, pour ces motifs, a été à plusieurs reprises à deux doigts d'être refermé, alors même que ses enjeux financiers et sociaux sont plutôt modestes à l'échelle de la Sécurité sociale* ». D. POSTEL-VINAY, 2007, article cité, p. 217.

sociales, « *globalement négatif pour ses assurés* ». Contrairement aux époques de l'apogée des mouvements contestataires, les ressortissants sont remarquablement patients face aux difficultés administratives subies par certains d'entre eux.

La gestion des retraites complémentaires des indépendants n'est pas sans rappeler celle des régimes complémentaires des salariés que nous allons examiner dans le prochain titre.

Titre Deuxième.

LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

Issue de l'initiative des salariés et des employeurs, devenue importante compte tenu des limites des régimes de base, cette protection sociale est paradoxalement davantage méconnue des universitaires[1]. Pourtant son importance financière la place en montant pour les retraites complémentaires à plus des deux-tiers de celles du régime général et leur gouvernance originale a inspiré en son temps celle du régime d'assurance chômage (voire du régime général en 1967 avec l'introduction du paritarisme).

Pierre Laroque considérait qu'il appartenait aux intéressés d'améliorer leur couverture sociale[2]. En 1990, Jean-Jacques Dupeyroux écrivait : « *Le système légal de sécurité sociale mis en place après la dernière guerre mondiale comportait de graves insuffisances et de graves lacunes. Comme le liquide qui se répand dans les creux d'une surface, les partenaires sociaux se sont employés à pallier ces défaillances* »[3].

L'article 18 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 a permis le maintien des institutions de prévoyance ou de sécurité sociale d'entreprise sous réserve de leur autorisation ministérielle et de n'accorder que des « *avantages s'ajoutant* » à ceux de la sécurité sociale. Il va devenir l'**article L. 4** du code de la sécurité sociale[4]. Dans son cadre, seules les institutions de prévoyance créées par les partenaires sociaux (dites « *L. 4* ») et les mutuelles dites « *45* » (leur fonctionnement étant régi par l'ordonnance n° 45-2456 du 19 octobre 1945 *portant statut de la mutualité*) pouvaient intervenir mais seulement pour servir des avantages aux

---

[1] En France, cette « *forme de couverture* […] *n'en représente pas moins le point aveugle de la recherche sur la protection sociale, qui tend à se concentrer sur les seuls dispositifs légaux* ». L. apROBERTS, E. REYNAUD, 1998, rapport cité, p. 4.

[2] « *il semble qu'il soit nécessaire de limiter la variation des prestations par un plafond. En effet, au-dessus d'un certain revenu, c'est le devoir des intéressés eux-mêmes de faire un effort volontaire de prévoyance libre*. » P LAROQUE, « Le plan français de sécurité sociale », *Cahiers français d'information*, n° 51, 3 fév.1946, p 11.

[3] J.-J. DUPEYROUX, « Le nouveau régime de la prévoyance complémentaire. La fin d'une grande ambition », *in Le Monde* du 16 février 1990.

[4] Art L. 4 « *Les institutions de prévoyance ou de sécurité sociale de toute nature autres que celles visées aux articles L 1er à L 3* [sécurité sociale, régimes agricole et spéciaux] *et que les sociétés mutualistes, établies dans le cadre d'une ou plusieurs entreprises au profit de travailleurs salariés ou assimilés, ne peuvent être maintenus ou créées qu'avec l'autorisation du ministre du Travail et de la Sécurité sociale et en vue seulement d'accorder des avantages s'ajoutant à ceux qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale* ». Cet article (identique à l'article 18 de l'ordonnance 45-2250 du 4 octobre 1945 *portant organisation de la sécurité sociale*, JORF du 6 oct. 1945, p. 6281) est devenu l'article L. 731-1 CSS et a été abrogé par la loi n° 94-678 du 8 août 1994.

salariés s'ajoutant à ceux de la sécurité sociale. Ce sera d'abord le cas pour la retraite complémentaire de l'AGIRC puis de l'ARRCO.

Nous allons examiner dans ce titre les contours et les problématiques de cette protection sociale complémentaire qui renvoie à des questions de gouvernance mais aussi à ses rapports avec la protection légale et aux assurés.

Nous avons vu dans les chapitres précédents l'intervention de l'État dans la gestion des régimes légaux. Dans les régimes complémentaires, en principe financés uniquement par les salariés et employeurs, l'État intervient-il et dans l'affirmative quelle est l'étendue de son intervention ?

Ces **régimes de retraites** sont d'origine conventionnelle mais ont été généralisés par la loi. Remplissant une mission d'intérêt général, ils bénéficient de prérogatives voisines de celles des caisses de sécurité sociale notamment pour encaisser d'importantes cotisations. En est-il logiquement résulté un plus grand contrôle et un interventionnisme de l'État ? Sinon les partenaires sociaux suspectés d'irresponsabilité dans la gestion du régime général ont-ils dans ces régimes un rôle réel de gestionnaires n'hésitant pas à les réformer et à remettre en cause des avantages ? Autant de questions à se poser. Comme dans les régimes légaux, nous étudierons aussi la répartition des attributions entre les échelons centraux et les institutions de retraite et leur pratique de démocratie sociale.

La protection complémentaire concerne aussi les autres domaines des assurances sociales par la prise en charge des soins de santé, des compléments de salaires, de l'invalidité, du décès, etc. Cette couverture facultative et collective au niveau de l'entreprise ou des branches professionnelles est souvent confiée à des **institutions de prévoyance**, aux activités de plus en plus commerciales. Leurs liens demeurant importants avec les institutions de retraites complémentaires au sein de groupes de protection sociale, nous examinerons leur gestion par les partenaires sociaux.

Sera ensuite étudié le rôle des autres acteurs, **mutuelles et assurances,** la loi « Évin » du 31 décembre 1989 officialisant les interventions de ces dernières. Après cette loi, l'application des directives assurances communautaires va, en prévoyance, substituer aux principes basés sur la répartition ceux de l'assurance et de la capitalisation.

La loi du 8 août 1994[1] les transpose et codifie, par le **livre neuvième** du code de sécurité sociale, les « *Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux*

[1] Loi n° 94-678 du 8 août 1994 *relative à la protection sociale complémentaire des salariés et portant transposition des directives n° 92-49 et n° 92-96 des 18 juin et 10 novembre 1992 du Conseil des communautés européennes*, JO du 10 août 1994, p. 11655.

institutions à caractère paritaire »[1]. Il en résulte une harmonisation des obligations des intervenants ; les « *L. 4* » devenant des « institutions de prévoyance » paritaires[2] interviennent à côté des mutuelles « 45 » régies en 2001 par un nouveau code de la mutualité et les assureurs privés. Ces réformes opèrent un passage de régimes à des « **garanties collectives** » assurantielles, protégeant l'assuré par des couvertures de solvabilité. Quelles incidences a pu avoir ce changement de paradigme pour la gouvernance des opérateurs et dans leur recherche d'une taille critique face à la concurrence ? Ces points seront à examiner.

La couverture de la santé est effectuée par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Ses insuffisances ont amené l'intervention des opérateurs en complémentaires santé dans le cadre de l'**assurance maladie complémentaire** (AMC) dont le rôle institutionnel est reconnu par la création d'une union nationale résultant de la loi du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie*. Nous examinerons ses relations avec les régimes légaux souvent accusée de se désengager du « petit risque ».

L'État n'ayant pas pour ces couvertures facultatives les mêmes pouvoirs d'édiction de règles qu'en Sécurité sociale, quels sont ses moyens d'intervention en la matière et ses relations avec les opérateurs ? Question que nous nous poserons. Nous nous demanderons aussi si ces assureurs ont le même type de relations avec les professionnels de santé que les régimes légaux. Est souvent évoqué le risque d'une assurance maladie à deux vitesses réduisant la couverture d'une partie de la population. Qu'en est-il et quelles sont les actions éventuelles des intervenants en charge des couvertures maladie obligatoire et complémentaires pour prévenir un éventuel « *effet Matthieu* »[3] bénéficiant aux plus protégés ?

---

[1] Il comprend cinq titres :
Titre I : « Dispositions générales relatives à la protection sociale complémentaire des salariés » prévoyant que les « garanties collectives » complémentaires à celles de la sécurité sociale sont déterminées par des conventions ou des accords collectifs selon les dispositions du code du travail (art. L. 911-1 CSS) ; Des arrêtés des ministres de la sécurité sociale et du budget peuvent élargir tout ou partie des dispositions d'accords étendus (art. L. 911-4 CSS). Les dispositions du titre 1er sont d'ordre public et il prévoit des clauses obligatoires et prohibées ;
Titre II : Dispositions relatives aux retraites complémentaires obligatoires, aux institutions de retraite complémentaire et à leurs fédérations ;
Titre III : Institutions de prévoyance et opérations de ces institutions ;
Titre IV : Institutions de retraite supplémentaire (IRS) ;
Titre V : Contrôle des institutions.

[2] à but non lucratif, ayant pour objet « *de contracter envers leurs participants des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine* », « *de couvrir les risques de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie* » et le risque chômage (art. L. 931-1 CSS).

[3] Dans l'évangile selon Saint Matthieu au chap. 25 verset 29, il est écrit : « *Car à celui qui a, l'on donnera, et il aura du surplus ; mais à celui qui n'a pas, on enlèvera même ce qu'il a* ». Source : Jacques BICHOT, « L'effet Matthieu revisité », *Droit social*, juin 2002, p. 575 à 581, citation p. 575. Expression souvent utilisée par Jean-Jacques DUPEYROUX.

Nous terminerons par ces questions qui renvoient à l'efficacité de la gouvernance des deux « *assurances maladie* »[1] pour satisfaire les besoins de leurs assurés.

Le premier chapitre sera consacré aux régimes de retraites complémentaires des salariés[2] et aux institutions paritaires. Le second examinera la prévoyance complémentaire notamment dans sa couverture de l'assurance maladie.

---

[1] *Les assurances maladie*, titre d'un « Que sais-je ? » de février 2012 de Pierre-Louis BAS et de Didier TABUTEAU.

[2] Les retraites complémentaires des indépendants et celles des exploitants agricoles ont été étudiées avec l'examen de leurs régimes légaux qui assurent cette partie complémentaire.
Les Institutions de retraite supplémentaire ne seront pas examinées, étant transformées par la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003 en Institution de prévoyance (ou fusionnée avec une IP) ou en Institution de gestion de retraite supplémentaire (IGRS), assurant la gestion administrative du régime, les fonds étant transférés à un assureur. Au demeurant, ces régimes n'ont pas été généralisés par la loi.

Chapitre 1.

LES RETRAITES COMPLÉMENTAIRES

Les régimes de retraites complémentaires sont une particularité française et ont été créés à l'origine en contrepartie de l'acceptation du régime général par les cadres. Rendus obligatoires par la loi, ces régimes conventionnels par répartition constituent le second étage du premier pilier des retraites, à côté du premier étage des régimes de base et sont comme eux régis par le code de la sécurité sociale. Gérés par les partenaires sociaux, en quoi leur gouvernance est similaire ou différente de celle du régime général ? Pour le secteur privé, les deux plus importants sont l'AGIRC et l'ARRCO qui seront examinés dans une section 1.

La convention collective créant le régime retraite des cadres intégrait aussi une partie prévoyance. À l'origine, ces couvertures vont être assurées par des institutions régies par l'article « L. 4 » CSS. Suite à la séparation des activités de retraite et de prévoyance des Groupes paritaires de protection sociale (GPS) seront constitués pour continuer à réunir les institutions de retraites et celles de prévoyance. La gouvernance de ces groupes souvent méconnue est une construction originale émanant des partenaires sociaux. Dans un secteur concurrentiel comment les ont-ils fait évoluer ? La section 2 sera consacrée à leur étude.

SECTION 1. DES RÉGIMES DE RETRAITES DE POIDS

L'importance des deux régimes « complémentaires » est loin d'être secondaire : en 2010, leurs prestations - plus de 65 Md€ - représentent le quart de l'ensemble des retraites versées (et 69 % de celles du régime général)[1]. Si pour les salariés, ces retraites représentent en moyenne 40 % de leur retraite totale, pour les cadres elles sont supérieures à la pension du régime de base : 57 % du total des pensions pour un cadre et 31 % pour un non cadre.

Vitrines d'un paritarisme qualifié de consensuel, les deux régimes, AGIRC et ARRCO, sont entièrement gérés par les partenaires sociaux dont les accords nationaux réguliers adaptent régulièrement les règles : comment le font-ils et est-ce de façon toujours unanime ? Nous examinerons ces points dans un § 1. Les régimes réunissent des institutions de retraites

[1] En 2010, 43,3 milliards d'euros de retraites versées par l'ARRCO à 11,2 millions de retraités (17,5 millions de cotisants), 22,4 milliards d'euros par l'AGIRC à 2,5 millions de retraités (3,7 millions de cotisants).
Source : Instance de coordination AGIRC-ARRCO-CTIP, rapport 2010 cité, p. 14.

complémentaires (IRC) et les fédérations nationales AGIRC et ARRCO ; nous analyserons quelle est leur répartition des pouvoirs et quelles sont les spécificités de leur gestion par rapport aux régimes de retraite légaux (§ 2).

§ 1 L'AGIRC et l'ARRCO, des régimes devenus similaires

Après avoir créé une retraite complémentaire pour les cadres, les partenaires sociaux vont développer des régimes pour les autres salariés et bénéficier de l'appui de l'État pour les rendre obligatoires (A). Depuis les années 2000 les rendements des deux régimes et leurs réglementations se sont rapprochés et nous nous demanderons jusqu'où peuvent aller ces rapprochements (B).

A) *Une création des partenaires sociaux appuyée par la loi*

Les Assurances sociales excluant les cadres par un plafond d'affiliation, des régimes conventionnels couvrant généralement la vieillesse et le décès avaient été créés sous l'impulsion du patronat.

1. L'AGIRC, le régime modèle

En 1945, la Sécurité sociale limite notamment les prestations retraites[1] par le plafond de cotisation et prévoit un régime unique remettant en cause d'anciens régimes de retraites gérés par les employeurs alors que l'organisation de la Sécurité sociale est basée sur la gestion ouvrière[2]. D'où, ici aussi, une opposition des cadres à l'affiliation au régime général, soucieux du maintien de leurs avantages acquis qui vont subsister, suite à une négociation menée entre le Conseil National du Patronat Français (CNPF) et les organisations de cadres et d'ingénieurs, sous la forme d'institutions de protection sociale complémentaires[3].

La *Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres*, signée le **14 mars 1947**[4], crée l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC). Elle définit à la fois un mode de gestion à base d'institutions paritaires et de fédéralisme (la

---

[1] Ainsi que les indemnités journalières justifiant la mise en place de régimes de prévoyance pour les compléter.

[2] En1945, plus de 200 000 salariés couverts par des régimes privés, en capitalisation, qui s'étaient constitués en dehors des assurances sociales grâce aux conventions collectives. P. CHAPERON, 1999, article cité, p. 465.

[3] Les objections au nouveau régime général viennent essentiellement de la CFTC et de la CGC. Ambroise Croizat, ministre du Travail et de la Sécurité sociale « *proclame solennellement devant l'Assemblée que les avantages actuellement acquis, en vertu des régimes particuliers par le personnel des cadres et ingénieurs seront intégralement sauvegardés* ». Il convoque une commission paritaire (industriels et syndicats représentatifs des cadres et ingénieurs), sursoit à leur immatriculation pendant ses travaux. A. BARJOT *dir.*, 1988, ouvrage cité, p. 49, 50.

[4] Agréée par arrêté ministériel du 31 mars 1947 qui agrée aussi une convention de maintien des avantages acquis. JO 24 avril 1947.

fédération ayant un rôle de compensation des charges et de contrôle des institutions) et un régime de prestations obligatoires, retraites complémentaires et décès. Elle institue donc un **double paritarisme**, de conception, comme acte fondateur du régime et de gestion[1], associant moitié de représentants des salariés et des employeurs.

Ce régime de retraite, en répartition et par points, concernait les entreprises des branches adhérentes au CNPF pour compléter la retraite des ingénieurs et cadres (et dans des conditions limitatives à des catégories voisines)[2] sur la partie des salaires supérieure au plafond Sécurité sociale. Sa gestion va être assurée par de nombreuses institutions créées par les partenaires sociaux mais le régime est unique avec une réglementation et des paramètres identiques quant au salaire de référence et à la valeur du point.

Le régime AGIRC a aussi été un élément majeur d'**identification des cadres**, son histoire est « *profondément liée à celle de la CGC* »[3] et, en 1988, les régimes des cadres supérieurs y sont intégrés et est créée une « tranche C » comprise entre quatre et huit fois le plafond de la sécurité sociale.

Sa **gestion paritaire**, concurrente de la démocratie ouvrière de la Sécurité sociale, servira de **modèle** aux régimes complémentaires des salariés non cadres[4] ; sont créés pour eux, dans les années 1950[5], de nombreux régimes par répartition, aux réglementations différentes. Aussi, l'accord du 15 mai 1957 crée l'Union nationale des institutions de retraite des salariés (UNIRS), pour les organiser, instaurer une compensation financière, mais cette tentative de régime unique n'aboutit pas, une cinquantaine d'institutions restant à l'écart.

L'accord interprofessionnel du **8 décembre 1961**, signé par toutes les organisations patronales et salariées, étend l'obligation de cotiser à l'ensemble des entreprises adhérant au CNPF et crée « l'Association des régimes de retraites complémentaires » (ARRCO) chargée

---

[1] « *dans cette conception originale de la protection sociale complémentaire, l'institution et le régime se confondent ; on en voit du reste la démonstration dans les régimes de retraite complémentaire obligatoires, seuls survivants de ce droit des « L. 4 »*». J. BARTHÉLÉMY, 2006, article cité, p. 12.

[2] **L'article 4** de la CCN de 1947 concerne les ingénieurs et cadres définis à partir des classifications professionnelles prévues par les conventions collectives de travail, la qualité de cadre résultant des fonctions exercées par l'intéressé indépendamment de la rémunération, du coefficient hiérarchique ou du diplôme.
Les « *assimilés cadres* » de **l'article 4 bis** étaient les salariés, aux emplois ayant au moins un coefficient 300 dans les « arrêtés Parodi ». **L'article 36** étendait dans certaines branches professionnelles le régime aux « *autres collaborateur*s » aux emplois ayant un coefficient entre 200 et 300 dans les classifications de « type Parodi ».
À noter qu'un accord du 8 décembre 1988 instaure la garantie minimale de points (GMP de 120 points) permettant d'assurer un minimum de droits pour les salaires voisins du plafond de la sécurité sociale.

[3] L'AGIRC a « *été un élément déterminant dans la constitution des cadres en tant que groupe social et dans la structuration du paysage syndical français.*». L. apROBERTS, E. REYNAUD, 1998, p. 62.

[4] Et à l'assurance chômage en 1958, voire au régime général en 1967.

[5] L'amorce de l'extension des retraites complémentaires aux non-cadres peut être recherchée dans la conclusion, le 15 septembre 1955, des accords Renault. JurisClasseur Protection sociale, 3/2011, fasc. 810.

« *d'assurer la pérennité des régimes et de promouvoir entre eux une coordination et une compensation appropriées* » (art. 6). L'ARRCO va réunir des régimes aux règles disparates et qui conserveront lors de cette création une autonomie certaine.

2. De l'extension des régimes à des taux de cotisations uniques

Les accords des régimes AGIRC et ARRCO avaient été étendus aux entreprises non adhérentes au CNPF, mais en étaient exclues les branches qu'il ne couvrait pas[1]. La **loi du 29 décembre 1972** généralise les deux régimes à leur demande ; ils deviennent obligatoires pour tous les salariés et anciens salariés du régime général et agricole[2]. Mais si cette loi prévoit une solidarité interprofessionnelle et générale entre les institutions, elle conserve leur nature conventionnelle et donc leur gestion par les seuls partenaires sociaux.

Ces régimes vont être impactés par l'ordonnance du 26 mars 1982 abaissant à 60 ans l'âge de la retraite à taux plein pour les assurés du régime général. En 1983 un accord définit son adaptation aux régimes complémentaires et une convention financière conclue avec l'État crée l'Association pour la structure financière (**ASF**) pour supporter le surcoût des allocations de garantie de ressources et de retraite complémentaire versées aux salariés âgés de 60 à 65 ans.

Les contraintes financières amènent les fédérations à prendre des mesures pour équilibrer les régimes, d'abord séparément (dès 1992, le « taux d'appel » des cotisations ARRCO est porté à 125 %, en 1995 à l'AGIRC)[3] puis de façon coordonnée.

La crise financière de l'année 1993 va conduire à supprimer les taux facultatifs et à revenir sur des avantages. Ces mesures vont faire apparaître au grand jour des **oppositions syndicales**.

Depuis l'origine, les entreprises cotisaient sur un taux minimum obligatoire et pouvaient cotiser à titre facultatif au-dessus de ce taux[4]. Les partenaires sociaux vont rendre le **taux obligatoire unique** pour augmenter les ressources des régimes et faire face aux menaces de la Communauté européenne quant à un monopole difficilement justifiable sur des opérations facultatives. Ainsi, l'accord ARRCO du 10 février 1993 supprime la possibilité de nouvelles souscriptions au-delà de 6 % et relève progressivement, à partir de 1996, le taux minimum de

---

[1] Soit environ un million de salariés et 5 à 600 000 retraités des petits commerces, de l'hôtellerie, du travail temporaire, de certaines professions libérales et associations. Source P. CHAPERON, 1999, article cité, p. 471.

[2] Loi n° 72-1223 du 29 décembre 1972 *portant généralisation de la retraite complémentaire au profit des salariés et anciens salariés*, JO du 30 déc. 1972.

[3] Un versement de 125 ne sera pris en compte pour l'acquisition des droits que sur une base 100.

[4] Fin 1992, taux minimum ARRCO de 4 %, maximum de 8 % (taux moyen constaté 5 %). AGIRC minimum de 8 % pour les adhésions antérieures à 1981 (sinon 12 %), maximum de 14 % ou 16 %.

4 % pour qu'il devienne, en 1999, un taux unique à 6 %. À l'AGIRC, en 1993, pour la première fois les encaissements diminuent. La négociation de l'**accord du 9 février 1994**[1] fixant à terme un taux unique de 16 %, voit s'opposer au sein du CNPF la traditionnelle Union des industries métallurgiques et minières (**UIMM)** et la Fédération française des sociétés d'assurances (**FFSA**). Cette dernière, branche montante, voulait limiter le taux obligatoire pour développer les produits en capitalisation[2].

Cet accord AGIRC de 1994 réduit aussi des avantages pour enfants pour les droits en cours d'acquisition et liquidés, ce qui conduit la **CGT** à ne pas le signer et, nouveauté, à le contester en justice[3].

À la suite d'une question préjudicielle du Conseil d'État, la Chambre sociale de la Cour de cassation considérera, dans un arrêt sans renvoi du 23 novembre 1999, que « *s'il incombe aux institutions de retraite complémentaire d'assurer en permanence l'équilibre financier des régimes qu'elles gèrent* […] *elles ne peuvent remettre en cause, quel que soit leur mode d'acquisition, le nombre des points acquis par les participants dont la retraite a été liquidée avant l'entrée en vigueur de l'accord de révision* »[4].

Est ainsi posé par la Cour de cassation le principe d'**intangibilité des pensions liquidées**, obligeant l'AGIRC à rembourser 2,714 milliards de francs pour les pensions liquidées avant l'accord de 1994 et qui avaient été réduites (en faisant « *l'arrêt le plus coûteux de l'histoire du droit français* »)[5].

La loi du 8 août 1994 renforce le rôle des fédérations qui « *assurent une compensation des opérations réalisées par les institutions de retraite complémentaire* » et les contrôlent.

3. Les rapprochements des régimes par les accords de 1996

Les soldes techniques (cotisations moins prestations) sont déficitaires en 1995 et les perspectives préoccupantes, notamment pour l'AGIRC[6].

---

[1] L'accord AGIRC du 9 fév. 1994 prévoit un taux porté de 10 % en 1994 à 16 % au 4e trimestre 1997. Celui du 25 avr. 1996 prévoit finalement de passer à 15 % en 1998 et à 16 % en 1999 (taux moyen constaté près de 14 %).

[2] « *La FFSA, dont l'influence est croissante à l'intérieur de l'organisation patronale, a notamment pesé de tout son poids pour essayer d'obtenir que le taux unique ne soit pas porté au maximum de 16 % prévu pour les opérations facultatives. Ce qui aurait laissé un champ plus important aux produits en capitalisation*. […] *Le patronat, sous l'impulsion de l'UIMM et de son négociateur Pierre Guillen, a finalement fait le choix d'assurer la pérennité de l'AGIRC en se ralliant au principe du passage à 16 %, option que défendaient aussi bien les syndicats que les gestionnaires techniques du régime* ». L. apROBERTS, E. REYNAUD, 1998, rapport cité, p. 57.

[3] Des actions ont aussi été engagées par une association de retraités et à titre individuel par deux retraités.

[4] Cass. Soc., 23 nov. 1999, *Agirc:* Bull. civ. V, n° 453.

[5] P. MORVAN, 2011, ouvrage cité, p. 710.

[6] Les chiffrages du CNPF estimaient les déficits en 2015 à 30 milliards de francs pour l'ARRCO et à 130 milliards de francs pour l'AGIRC. Source P. CHAPERON, 1999, article cité, p. 475.

Aussi, **trois accords** interviennent le **25 avril 1996** : deux spécifiques à l'AGIRC et l'ARRCO et, pour la première fois, un accord « *portant dispositions communes à l'AGIRC et à l'ARRCO* ».

Signé par tous les syndicats, sauf la CGT, l'**accord commun** est conclu pour dix ans « *dans une perspective de consolidation sur le long terme* » et prévoit des rencontres d'actualisation en 1999 et 2002. Il pose les principes d'une solidarité financière entre les deux régimes[1] et d'affectation prioritaire des ressources aux prestations.

Les deux accords AGIRC et ARRCO opèrent une importante baisse des rendements permettant, en grande partie, l'équilibre à terme des régimes[2] et augmentent les taux des cotisations de l'AGIRC et de la tranche B de l'ARRCO portés à terme à 16 %. Sera ainsi plafonné à terme l'effort contributif dans les régimes complémentaires, comme au régime général depuis les années 1980, ce qui pourra permettre le développement de systèmes assurantiels en capitalisation[3].

Ils prévoient aussi des diminutions importantes des frais de gestion et d'action sociale qui sont désormais fixés par les conseils d'administration des fédérations dont les pouvoirs sont accrus : ils pourront désormais sanctionner les institutions ou de leurs dirigeants ne se conformant pas à aux statuts, aux règlements et décisions de la fédération et de la Commission paritaire[4].

L'accord spécifique à l'ARRCO change ses fondements : elle était l'« **Association *des institutions*** *gérant* ***des régimes*** *complémentaires de retraite par répartition* ». Elle devient une « ***fédération d'institutions*** *gérant un* ***régime unique*** *de retraite par répartition*» : « *l'Association* <u>*pour le régime*</u> *de retraites complémentaire des salariés* ». Ce régime unique se substituera, au 1er janvier 1999, aux quarante-quatre régimes antérieurs et unifie les valeurs

---

[1] À compter de 1996, par la neutralisation des effets de l'évolution du plafond supérieure à celle du salaire moyen qui réduit l'assiette des cotisations de l'AGIRC.

[2] Augmentation du « salaire de référence » d'achat des points en fonction de l'évolution des salaires majorés de 4 % à l'AGIRC et 3,5 % à l'ARRCO entre 1996 et 2000, alors que la valeur du point servi évoluera comme le salaire moyen diminué de un point.

[3] « *Quelques mois après la signature des accords du 25 avril 1996, le processus législatif* […] *a d'ailleurs été relancé et a finalement débouché sur l'adoption début 1997 de la loi sur l'épargne retraite. L'objectif visant à plafonner l'effort contributif dans les régimes ARRCO et AGIRC, atteint à travers les accords du 25 avril 1996, était poursuivi depuis plusieurs années par la FFSA. Il s'inscrit en fait dans un projet plus global, explicitement formulé par les assureurs, qui consisterait à plafonner les ressources affectées à l'ensemble des régimes en répartition, régimes de base et complémentaires* ». L. apROBERTS, E. REYNAUD, 1998, rapport cité, p. 60.

[4] Sanctions : avertissement ; blâme ; interdiction d'effectuer certaines opérations : suspension temporaire de dirigeants ; retrait total ou partiel d'agrément ; transfert d'office de tout ou partie des opérations gérées. Art. 8, accord AGIRC, art. 22, accord ARRCO. Et actuellement en plus : révocation du CA et nomination d'un administrateur provisoire ; proposition au ministre du retrait d'autorisation de fonctionner de l'institution.

de points. L'accord donne à la nouvelle fédération ARRCO un rôle important de pilotage, de contrôle des institutions et de leurs regroupements[1].

Ces accords mettent donc en place des mesures rigoureuses pour équilibrer le système et opèrent une profonde réforme des structures. Nous sommes loin des réactions affichées par les syndicats sur la réforme des retraites du régime général en 1993 (effet induit par un paritarisme réellement gestionnaire ?)[2].

Après la suppression des taux facultatifs, pour conserver à leurs régimes de retraite par répartition leur monopole, les partenaires sociaux ont demandé au Gouvernement de relever du **Règlement européen 1408/71** de coordination des régimes de sécurité sociale[3]. Le Gouvernement français a notifié le 29 mai 1999 cette demande d'intégration qui a pris effet au 1er janvier 2000, écartant le risque pour ces régimes d'être assimilés à des fonds de retraites soumis à la concurrence[4].

Les deux régimes deviennent très voisins, les institutions de régimes complémentaires étant chapeautées par les fédérations. Néanmoins ils conservaient des différences quant à leur gestion, avantages assurés et rendements.

Progressivement les partenaires sociaux vont les estomper.

B) *De régimes « frères » à un régime unique ?*

Les ajustements financiers réguliers des régimes et les réformes des retraites du régime général vont être à l'origine de nombreux accords entre les partenaires sociaux.

1. L'accord du 10 février 2001 sous influence du MEDEF

Dans le contexte de **refondation sociale** du MEDEF, cet étonnant accord, « *Retraites complémentaires AGIRC et ARRCO* » n'est conclu que jusqu'à fin 2002[5].

---

[1] Par l'art. 22, son CA doit répartir le prélèvement global entre les institutions de retraites complémentaires (IRC), mettre place un contrôle de gestion sur elles, approuver tout investissement informatique, immobilier et financier dépassant un seuil fixé par lui, faciliter voire organiser tout regroupement d'IRC engendrant des économies et promouvoir toute mutualisation des coûts.

[2] Accord AGIRC signé par toutes les organisations (sauf la CGT pour celui de l'ARRCO et l'accord commun).

[3] Règlement (CEE) n°1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 *relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté*. Les partenaires sociaux avaient demandé son application pour l'UNEDIC en 1973, mais y étaient opposés pour l'AGIRC-ARRCO pour « *préserver leur autonomie de gestion vis-à-vis des pouvoirs publics* ». L. apROBERTS, E. REYNAUD, 1998, rapport cité, p. 42.

[4] Mais, par l'arrêt Albany sur un régime néerlandais, les pouvoirs publics pouvaient « *rendre obligatoire, à la demande des organisations représentatives des employeurs et des travailleurs d'un secteur déterminé, l'affiliation à un fonds sectoriel de pension* », entreprise au sens du traité, et lui conférer « *le droit exclusif de gérer dans un secteur déterminé un régime de pension complémentaire* ». CJCE, 21 sept. 1999, Affaire C-37/96, Albany International BV contre Stichting Bedrijfspensioenfonds Textielindustrie.

[5] Signé par le MEDEF, la CGPME, l'UPA, la CFDT et la CFTC.

En effet, « *l'adaptation des régimes de retraite complémentaire doit être articulée avec la réforme du régime de base d'assurance vieillesse* », à laquelle le législateur est invité d'emblée par l'accord et dont « *les signataires expriment les principes* » :

- définir et garantir un niveau de pension (supposant l'arrêt de la dégradation du taux de remplacement) et stabiliser pendant dix ans les taux de cotisation[1] ;

- définir une perspective à vingt ans donnant une « *bonne visibilité* » aux salariés et employeurs : « *privilégier la variable de la durée de cotisation pour l'accès à la retraite à taux plein* », « *mettre en place un dispositif favorisant la liberté de choix pour le départ à la retraite* » à partir de 60 ans, « *introduire la possibilité de liquidation avant 60 ans des pensions des salariés ayant commencé à travailler tôt et/ou ayant accompli des travaux particulièrement pénibles* ». Est prévue l'adaptation des régimes complémentaires par des négociations « *dès la réforme du régime général décidée* ».

Si cette invite aux gouvernants sera sans effets immédiats, les pistes de « **retraite à la carte** » suggérées dans cet accord seront reprises dans la réforme des retraites de 2003[2].

Suite aux difficultés de l'Association pour la structure financière (ASF), le MEDEF n'ayant pas signé son renouvellement en 2000, l'accord crée une *Association pour la Gestion du Fonds de Financement de l'AGIRC et de l'ARRCO* (AGFF) gérée par les fédérations pour financer le surcoût des pensions liquidées avant 65 ans ; ses cotisations seront désormais encaissées par les institutions de retraites complémentaires (et non plus par les ASSEDIC).

Cinq **annexes du 26 mars 2001** complètent l'accord et sont particulièrement importantes pour la gouvernance des régimes (et, comme nous le verrons, pour le rapprochement des institutions).

L'annexe n° 1[3] définit le montant des dotations de gestion dont les gains de productivité (1% à l'AGIRC, 2 % à l'ARRCO) seront affectés à un fonds d'intervention commun AGIRC-ARRCO pour financer des projets des institutions et/ou initiés par les fédérations aux pouvoirs, de ce fait, accrus. Elle prévoit l'harmonisation des réglementations par les

[1] Demande paradoxale alors que les rendements continuaient de baisser à l'AGIRC-ARRCO (et au régime général depuis la réforme – de fait acceptée - de 1993) ; est plus conforme aux intérêts du MEDEF, celle de stabilisation des taux de cotisation : en fait les syndicats signataires se rangent aux souhaits du patronat.

[2] Ainsi la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 *portant réforme des retraites* prévoit un montant total de pension égal à 85 % du Smic net, le principe d'un partage des gains d'espérance de vie entre l'activité (2/3) et la retraite (1/3) augmentant automatiquement la durée de cotisation, introduit une surcote pour les assurés poursuivant leur activité au-delà de 60 ans et des départs anticipés avant 60 ans pour « carrières longues » et pour les handicapés.

[3] Annexe n° 2 : orientations relatives aux regroupements des institutions et adhésion des nouvelles entreprises ; annexe n° 3 : critères d'évaluation des groupes/institutions pour favoriser les rapprochements ; annexe n° 4 : contrats d'objectifs entre l'institution et sa fédération ; annexe n° 5 : contrat de service dans l'hypothèse où l'institution de retraite complémentaire (IRC) confie tout ou partie de sa gestion à des organismes de moyens.

commissions paritaires réunies en formation commune et le rassemblement des moyens de gestion des deux fédérations sous la forme d'un groupement d'intérêt économique (GIE)[1].

Les accords de 2003 à 2009 sont dans le prolongement de l'accord de 2001.

Celui du 13 novembre 2003 prend en compte la réforme des retraites du 21 août 2003 notamment pour les carrières longues. Il prend acte, vingt ans après, de l'abaissement de la retraite à 60 ans et majore les cotisations AGIRC de 0,30 point à partir de 2006 (dont les deux-tiers seront supportés par les salariés !). Les accords postérieurs (des 16 juillet 2008 et 23 mars 2009)[2] prorogent les dispositions de l'accord de 2003 jusqu'au 1er avril 2009 puis jusqu'au 31 décembre 2010.

La crise économique de 2008 amène une perte de ressources évaluée à 9 milliards d'euros entre 2008 et 2010 et des déficits comblés par un prélèvement sur les réserves[3] rendant nécessaire (avec la démographie en dégradation) un rééquilibrage des régimes facilité par la réforme des retraites. Notons que la diminution des recettes due à la crise a été moins mise en avant pour augmenter les bornes d'âge de départ en retraite au régime général pour lequel c'est la situation démographique qui a justifié sa réforme de 2010.

2. L'accord du 18 mars 2011, vers l'uniformisation des régimes

Après la loi de réforme des retraites du 9 novembre 2010, les partenaires sociaux ont entamé le 25 novembre des négociations pour adapter les régimes complémentaires[4]. Pour le patronat l'objectif est de stabiliser le taux des cotisations (dont l'augmentation était demandée par les syndicats salariés), pour les syndicats le maintien des rendements des pensions, la CFDT souhaitant aussi un rapprochement des régimes notamment pour les droits familiaux. L'accord définitif, signé le 18 mars 2011, reprendra la plupart des éléments d'un premier projet de la délégation patronale du 9 mars amendé et accepté par la CFDT.

Les bornes d'âge de départ en retraite augmentent de deux ans au régime général, les partenaires sociaux - hostiles côté salariés pour la plupart à la réforme - finiront par les accepter et notamment le report de l'âge du taux plein de 65 à 67 ans, à l'exception de la

[1] Elle harmonise les structures et remplace l'Assemblée générale de l'AGIRC par une commission paritaire élargie et l'action sociale est stabilisée pour 2001 et 2002 à son niveau 2000 (600 millions de francs à l'AGIRC, 1 500 millions de francs à l'ARRCO).

[2] Lors des négociations de l'accord de 2009, le MEDEF voulait augmenter l'âge de départ d'un an (et compenser par des trimestres pour ceux qui avaient commencé à travailler tôt), les syndicats s'y sont opposés. Cet accord poursuit les indexations différentielles du point, le plafonnement de la gestion, de l'action sociale en € constants.

[3] Si jusqu'en 2008 les régimes sont excédentaires, les réserves ont diminué de près de 10 Md€ entre 2009 et 2011 (réserves de moyen et long terme tombées à 53,1 Md€ fin 2011). Source *Les Echos.fr*, 19 décembre 2011.

[4] Ils ont conclu le même jour un accord reconduisant jusqu'au 30 juin 2011 les dispositions de l'AGFF pour permettre aux salariés de continuer à prendre leur retraite sans abattement au 1er janvier 2011.

CGT[1]. Ce sont ces **reports d'âge** qui occasionneront, à terme, la majeure partie des économies de l'accord, plus que les mesures spécifiques aux régimes complémentaires.

Néanmoins, cette négociation commune AGIRC-ARRCO aboutit à un quasi **alignement** des deux régimes. Il en est ainsi dès 2011 pour les rendements (pension obtenue pour un euro cotisé) de l'AGIRC sur ceux de l'ARRCO par une revalorisation différente des pensions (de 2,11 % à l'ARRCO et de 0,41 % à l'AGIRC).

L'accord stabilise ces rendements de 2013 à 2015[2], stoppant leur baisse ancienne. Il uniformise, à compter de 2012, les majorations familiales à 10 % pour trois enfants et plus et les plafonne à 1 000 € par an et par régime, mesure favorable aux assurés de l'ARRCO et plus pénalisante pour ceux de l'AGIRC[3]. Il prévoit de poursuivre « *la mise en cohérence* » des prestations (droits directs et dérivés, avantages spécifiques)[4].

En gestion pour réduire le fonds de roulement et augmenter les réserves, le versement des pensions, qui était trimestriel et à terme à échoir, sera mensualisé au plus tard au 1er janvier 2014. La dotation de gestion est maintenue en euros constants pour 2011 et 2012 et sera réduite de 2 % de 2013 à 2015 ; celle d'action sociale est maintenue pour 2011 en euros constants puis en euros courants de 2012 à 2015. Ces mesures de limitation des dépenses émanant des partenaires sociaux sont plus drastiques qu'au régime général.

3. Devenir des régimes et de l'AGIRC

Outre la pérennisation de l'AGFF jusqu'en 2018, l'accord de 2011 prévoit des points d'étape chaque année pour analyser la situation financière et au second semestre 2015 pour évaluer les effets des mesures de l'accord et fixer les paramètres des régimes après 2015 à partir de prévisions actualisées.

Il pourra en résulter une nouvelle baisse des rendements si les hypothèses économiques optimistes de l'accord - taux de chômage de 7 % et productivité du travail augmentant de 1,5 % par an - ne sont pas au rendez-vous.

---

[1] « *Fait marquant, tous les syndicats sauf la CGT ne font plus du maintien de l'âge du taux plein à 65 ans un préalable à la discussion. La CFDT demande au patronat d'améliorer son texte, tout en saluant des avancées. Les autres syndicats exigent une hausse des cotisations, ce que le Medef refuse* ». *Les Echos.fr*, 9 mars 2011.

[2] Indexations du coût d'achat et de service du point identiques (salaire moyen moins 1,5 point et au minimum sur les prix). L'écart de rendement entre les deux régimes de 5 % en 1995 (9,20 % à l'AGIRC, 8,76 % à l'ARRCO) était de 1,67 % en 2010 (6,70 % AGIRC, 6,59 % ARRCO). Entre 1995 et 2010 la diminution des rendements a été de 24,8 % à l'ARRCO et de 27,2 % à l'AGIRC.

[3] À l'ARRCO la majoration était de 5 % pour 3 enfants et plus et de 8 % à l'AGIRC pour 3 enfants (plus 4 % par enfant en plus dans la limite de 24 %). Une majoration de 5 % pour enfant à charge au moment de la retraite existant à l'ARRCO est créée à l'AGIRC.

[4] Un groupe de travail paritaire AGIRC-ARRCO sera constitué au cours du second semestre 2011 et « *des réunions paritaires se tiendront au cours du 1er semestre 2013 pour faire le point d'avancement de ces travaux* »

Grace à cet accord les résultats techniques sont moins dégradés et pourraient retrouver un équilibre précaire en 2018 avant de se détériorer ensuite. La situation financière de l'AGIRC restera plus difficile que celle de l'ARRCO. Pour les assurés, les deux régimes sont très voisins en matière de cotisations et vont le devenir pour les prestations et les rendements. Depuis longtemps, le lien **AGIRC-cadres**, n'est plus unique, un protocole d'accord du 6 juin 1973 les ayant fait cotiser à l'ARRCO sur leur salaire inférieur au plafond sécurité sociale.

La question de la pérennité des régimes se reposera à l'horizon 2018, voire avant, alors qu'au plan syndical, le devenir de l'AGIRC paraît incertain.

L'accord de 2011 a été signé par trois syndicats salariés, CFDT, CFTC, CGT-FO. **Non signé par la CFE-CGC** (et la CGT), la centrale des cadres a contesté son extension et son élargissement par courrier de son président (qui présidait alors l'AGIRC !) au ministre du Travail le 16 juin 2011[1] et a indiqué intenter un recours contentieux[2]. Cette contestation pose la question du rôle de la CGC dans la gestion du régime des cadres, voire dans le paritarisme.

L'AGIRC pourrait être remise en cause à la suite du **renouvellement des présidences** : le 31 janvier 2012, la CFDT a enlevé la vice-présidence à la CFE-CGC (qui codirigeait le régime depuis l'origine) et, dans le cadre de l'alternance, la présidera en 2014. Ce changement historique pour le régime ne pourrait-il pas, à terme, aboutir à une fusion avec AGIRC-ARRCO tant aujourd'hui les différences sont peu apparentes entre les deux régimes[3] ? Déjà le projet d'accord du 9 mars 2001 envisageait de « *renforcer l'arrimage des régimes Agirc et Arrco en vue de leur consolidation* ». Une telle évolution impliquerait à la base le regroupement des institutions de retraites complémentaires de l'AGIRC et de l'ARRCO. Mais

---

[1] Motifs invoqués : UPA (Union professionnelle artisanale) non signataire de la Convention collective nationale de 1947 n'aurait pas dû participer à la négociation AGIRC ; négociation commune (intérêts des assurés AGIRC sacrifiés à ceux de l'ARRCO, revalorisations du point différentes) ; plafonnement des majorations familiales à 1 000 euros quasi virtuel à l'ARRCO et pénalisant à l'AGIRC. « *L'alignement de certaines dispositions entre les régimes de l'AGIRC et l'ARRCO constitue une remise en cause du statut de l'Encadrement en général et des spécificités de l'AGIRC en particulier, telles qu'elles ont été définies et précisées par les créateurs de ce régime de retraite et de prévoyance des cadres en 1947* ». Courrier du 16 juin 2011 du président de la CGC au ministre de Travail. Source : http://www.acam.asso.fr/divers/retraite/CourrierCGC16juin11MinistreTravail.pdf.
L'accord a été étendu et élargi par arrêté du 27 juin 2001, JO du 29 p. 10971.

[2] Le 20 juin 2011, la Secrétaire nationale CGC, annonce un contentieux contre l'accord de la CFE-CGC, de l'UGICT-CGT et de l'Union des Familles en Europe. Accord Agirc Arrco, la CFE CGC attaque en justice.mpeg.

[3] Ainsi qu'en témoignent les documents des régimes : circulaires communes, rapports d'activités identiques.
Déjà, en 2008, François CHÉRÈQUE s'interrogeait : « *Avons-nous besoin de deux caisses de retraite complémentaires, l'Arrco et l'Agirc ? Cela représente une centaine de mandatés CFDT occupés à gérer des doublons* ». *In* J.-M. LUTTRINGER, 2008, article cité, p. 1207.
Et en 2011, « *Est-il légitime de prolonger le statut des cadres dans le système de retraites ? La CFDT pose clairement la question* ». « Retraites des cadres : l'avenir de l'Agirc en question », *Les Échos*, 29/07/2011, p. 3.
Le frein à la disparition du régime de l'AGIRC semble être l'existence de la tranche C pour les cadres supérieurs : pourrait-elle être maintenue ?

elles sont déjà dans les mêmes groupes de protection sociale et leur gouvernance n'est-elle pas devenue similaire sous l'égide des fédérations ?

§ 2 Une gestion paritaire centralisatrice

Cette gestion des IRC est de plus en plus contrôlée par les fédérations AGIRC-ARRCO (A) qui la modernisent et préservent l'autonomie des régimes (B).

A) *La gouvernance des institutions et fédérations*

Les institutions de retraites complémentaires (IRC) gèrent les régimes complémentaires en appliquant les directives des fédérations AGIRC et ARRCO.

1. Les institutions de retraites complémentaires imposées aux entreprises

Le décret du 9 septembre 2004[1] réglemente leur fonctionnement.

Une IRC est créée par une convention ou un accord collectif entre organisations syndicales d'employeurs et de salariés représentatives dans le champ de compétence du régime institué et devant prévoir l'adhésion à une fédération (art. R. 922-1 CSS). L'autorisation de fonctionnement est accordée par le ministre chargé de la sécurité sociale sur proposition de la fédération, mais ces dispositions sont devenues théoriques en l'absence de créations nouvelles. Les institutions et leur fédération sont soumises au contrôle d'un commissaire aux comptes et de l'Inspection générale des affaires sociales.

Les institutions de retraites complémentaires sont « *des personnes morales de droit privé à but non lucratif remplissant une mission d'intérêt général, administrées paritairement par des membres adhérents* [les entreprises] *et des membres participants* [les salariés et retraités] *ou par leurs représentants* » (art. L. 922-1 CSS).

Elles réalisent les opérations de gestion de mise en œuvre des régimes conformément aux statuts et règlements de la fédération et peuvent mettre en place une action sociale pour les participants. Proximité avec la Sécurité sociale, les cotisations bénéficient comme celles du régime général des inscriptions de privilèges, mais le contentieux ressort des juridictions de droit commun civiles ou commerciales.

Les modalités de **désignation** définies par les statuts sont différentes pour les représentants des adhérents toujours désignés par les organisations d'employeurs (conjointement entre

[1] D. 2004-965 du 9 septembre 2004 relatif au fonctionnement et au contrôle des IRC et de leurs fédérations. JO du 10 sept. 2004, p. 15971

elles) et ceux des participants dont les délégués et administrateurs sont élus par les salariés et retraités ou désignés par chaque syndicat.

L'Assemblée générale paritaire[1] a souvent été remplacée par un « comité paritaire d'approbation des comptes » - désigné par les partenaires sociaux - qui exerce ses attributions. L'AG entend les rapports de gestion du CA, du commissaire aux comptes qu'elle nomme et approuve les comptes. Elle se prononce sur la fusion ou la dissolution de l'IRC. De fait, l'élection aux assemblées générales ou aux conseils d'administration par les salariés et retraités ne concerne plus que certaines institutions AGIRC (limitant le rôle originel de la démocratie sociale basée sur ces élections) et doit disparaître. En effet, l'Accord national interprofessionnel du 17 février 2012 *sur la modernisation du paritarisme* enjoint aux institutions AGIRC de mettre, dans les deux ans, leurs statuts en conformité avec cet accord prévoyant la désignation des administrateurs par les organisations nationales syndicales et patronales « *dans le respect des règles de la représentativité en vigueur* ». Cet ANI aura, par ailleurs, des incidences sur la gouvernance des IRC et de leur fédération[2].

L'article R. 922-34 CSS donne au **Conseil d'administration** de l'institution un rôle en principe majeur, étant « *investi des pouvoirs les plus étendus pour* [l']*administrer* »[3]. Il nomme le directeur général (DG) mais après agrément préalable du bureau de la fédération. Si le DG organise les services de l'institution et en assure la marche générale, ses pouvoirs lui sont délégués par le conseil d'administration selon une gouvernance plus proche du secteur privé que des régimes légaux. Ainsi, par exemple, sa rémunération est déterminée par le président, en accord avec le vice-président. De plus, sa délégation de pouvoirs du CA doit aussi être approuvée par la fédération.

Le pouvoir des institutions de retraites complémentaires a été encadré par les fédérations et leur attractivité canalisée par les « **adhésions jumelées** » résultant de l'annexe 2 de l'accord de 2001.

Les entreprises créées à partir de 2002 ont perdu le libre choix des institutions et adhéreront en fonction de leur département à l'une des deux désignées par les commissions

---

[1] Seuls les IRC dont les statuts avaient prévu des Assemblées générales les conservent suite à quatre arrêtés du 22 mai 2006 portant approbation des modèles de statuts des institutions de l'ARRCO, de l'AGIRC, des statuts et du règlement de l'ARRCO et de l'AGIRC. Bulletin officiel Santé, protection sociale, solidarités, n° 6, 15 juillet 2006, p. 146, p. 172, p. 193, p. 203.

[2] Il prévoit pour le fonctionnement des CA le vote main levée et par tête, à terme la parité femmes-hommes, des règles de « reporting » de l'activité des administrateurs et du directeur, deux comités obligatoires (de nomination et des rémunérations), la certification des comptes par un commissaire aux comptes choisi par le CA, des indicateurs de service rendu, la compétence des administrateurs assurée par des formations initiale et continue.

[3] 792 administrateurs dans 25 IRC ARRCO, 484 dans 18 AGIRC. Rapports d'activité ARRCO et AGIRC, 2010, p. 17.

paritaires des fédérations[1]. Cette « départementalisation » a été majeure pour favoriser le rapprochement et le développement des institutions les plus importantes et a changé un peu la nature du régime passant d'une adhésion choisie par l'entreprise de base à celle imposée par une décision du sommet[2].

Les institutions ont aujourd'hui avant tout un rôle de gestion, les règles du régime, ses ressources et prestations étant déterminées par les fédérations que les IRC ne peuvent quitter.

2. La gestion des régimes par les fédérations AGIRC, ARRCO et leur GIE

Les fédérations AGIRC et ARRCO ont le même statut juridique que les IRC et sont soumises comme elles à autorisation ministérielle. Elles mettent en œuvre les accords nationaux interprofessionnels sur les retraites complémentaires, font la compensation des opérations réalisées par les institutions. Elles les contrôlent, selon des procédures similaires à celles de la tutelle sur les organismes de sécurité sociale[3] et approuvent, de par les règlements des fédérations, leurs investissements immobiliers, informatiques, financiers en cession et acquisition, autorisent leurs réalisations sociales.

En l'absence d'assemblées générales dans les fédérations AGIRC (où elle est supprimée par l'accord de 2001) et ARRCO, une **commission paritaire** « **élargie** » désignée par le collège employeur et les cinq syndicats représentatifs des salariés exerce leurs attributions. Elle approuve notamment les comptes consolidés du régime et de la fédération. Ici aussi, les conseils d'administration paritaires de quarante membres sont, par l'article R. 922-44 CSS, *« investi*[s] *des pouvoirs les plus étendus* » pour administrer les fédérations. Ils veillent à l'application des statuts et règlements, déterminent la péréquation des dotations de gestion et d'action sociale, arrêtent les comptes et nomment le directeur général (qui est devenu commun aux deux fédérations). Ils se réunissent peu (quatre fois en 2010).

Le **président** de la fédération assure la régularité de son fonctionnement[4]. Comme dans les institutions, il appartient à un collège différent de celui du vice-président, assume avec lui, en

---

[1] Le choix est entre deux institutions dont une caisse « balai » à laquelle est immatriculée d'office l'entreprise (même sans salarié) qui n'a pas fait de choix trois mois après sa création. Cette disposition ne concerne que l'interprofessionnel, pour les caisses professionnelles l'accord de branche oblige l'entreprise à adhérer auprès de la caisse qu'il désigne.

[2] « *L'organisation de la retraite complémentaire tend à ne plus être fondée sur une pluralité d'institutions librement constituées qui seraient la base des fédérations qui compensent leurs opérations.* » P. LAIGRE, P. LANGLOIS, 2006, rapport cité, p. 148.

[3] Les règlements prévoient que les institutions d retraites complémentaires font l'objet d'un contrôle sur place au moins une fois tous les cinq ans. Les rapports de contrôle sont communiqués aux commissaires aux comptes de l'institution et de la fédération.

[4] Le président signe tous actes, délibérations ou conventions, représente la fédération en justice et dans les actes de la vie civile. Art. 20 des statuts de l'ARRCO, dispositions similaires à l'AGIRC.

alternance la présidence ce qui est un élément de paritarisme et de continuité[1]. Le bureau de quatorze administrateurs examine notamment les rapprochements des IRC et des groupes paritaires de protection sociales. Les **commissions paritaires** AGIRC et ARRCO assurent l'adaptation et l'interprétation des textes des régimes et leurs réunions sont devenues communes (six en 2010).

L'ARRCO et l'AGIRC sont membres, depuis 1998, de l'**AEIP** (Association européenne des institutions paritaires), organisme de lobbying listé par la Commission européenne[2].

Des instances communes aux deux fédérations ont été créées.

Ainsi un « **Comité de pilotage** » composé de dix administrateurs de chaque fédération a vu le jour pour mettre en place le Groupement d'intérêt économique (GIE) AGIRC-ARRCO créé le 1er juillet 2002. En effet, l'annexe 1 du 26 mars 2001 prévoyait une rationalisation de la gestion et une convergence informatique par le rassemblement des moyens de gestion AGIRC-ARRCO-AGFF (400 agents) dans un groupement d'intérêt économique (GIE). Le Comité est aujourd'hui chargé du suivi du GIE, de proposer les orientations des regroupements d'institutions de retraites complémentaires. Il fait aussi des propositions pour les dotations de gestion et l'action sociale, gère le fonds d'intervention commun.

Administré par un conseil d'administration[3], le **GIE** « opère » sous la responsabilité des CA des fédérations qui continuent d'administrer les régimes. Il a des fonctions de conception, de mise en œuvre des ANI et des décisions des instances paritaires et de leur contrôle. C'est devenu l'organe majeur pour les régimes ; en matière de retraite complémentaire il limite de fait le rôle des CA des fédérations et des IRC[4]. Il est chargé du suivi et de l'instruction des regroupements des IRC et de leurs groupes. Il anime, gère et audite le réseau des CICAS[5], intervient en matière de ressources humaines par un centre de formation professionnelle, un observatoire des métiers créé en 2007 et une bourse d'emplois.

---

[1] Pour le Président MEDEF d'un GPS : « *Dans un conseil, le président et le vice-président sont de collèges différents mais ils forment une équipe. Ils vont dans le même sens. C'est indispensable et c'est profitable. Nous ne raisonnons pas en termes de bénéfices mais nous sommes responsables de la gestion sur le long terme, pour les salariés comme pour les entreprises* ». AGIRC-ARRCO, *Les Cahiers de la retraite complémentaire*, 1er trim. 2011, p. 23.

[2] Fondé en 1996 par 4 organisations dont le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), *in* : *Les Cahiers de la retraite complémentaire*, 4e trim. 2011, p. 34.

[3] Composé paritairement de dix administrateurs de l'AGIRC et de l'ARRCO, dont les présidents et les vice-présidents, et autant de suppléants, pour que toutes les organisations soient représentées. Article 7, annexe 1 du 26 mars 2001.
L'assemblée générale nomme une Commission de contrôle de gestion qui lui rend compte de la gestion du GIE.

[4] Pour une administratrice CFTC d'une caisse ARRCO : « *L'essentiel se décide au niveau du GIE Agirc-Arrco. Nous sommes aujourd'hui davantage dans la validation. Il reste les commissions sociales* ». AGIRC-ARRCO, *Les Cahiers de la retraite complémentaire*, n° 4, 2e trim. 2011, p. 23.

[5] L'accueil des assurés est effectué, depuis 1971, par des CICAS (centres d'information de conseil et d'accueil des salariés) départementaux communs aux régimes complémentaires et géré par une IRC de rattachement.

Si nous rajoutons « l'Instance de coordination » avec le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), examinée ci-après, nous ne pouvons qu'être frappés de la multiplication du nombre d'instances au niveau national : nécessité de faire participer aux avis ou décisions les partenaires sociaux et/ou élément de consensus ?

B) ***Une gestion des régimes qui demeure autonome***

Cette gestion des régimes utilise souvent les mêmes outils que le régime général (contractualisation) mais sous le contrôle direct des fédérations et des partenaires sociaux attentifs aux intérêts des régimes même lorsque des obligations leurs sont imposées par la loi.

1. Des principes de gestion qui demeurent spécifiques

Depuis la réforme des retraites de 2003, les régimes AGIRC-ARRCO participent au côté de la CNAV au droit à l'information retraite par l'envoi de relevés individuels. Depuis 1996, les régimes complémentaires alignent l'assiette des cotisations sur celle du régime général. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 permet aux URSSAF de la vérifier dans le cadre de conventions de délégations entre l'AGIRC-ARRCO et l'ACOSS ; ce contrôle doit selon la convention d'objectifs et de gestion de l'ACOSS être mis en place en 2013. Les IRC et les fédérations appliquent le plan comptable des organismes de sécurité sociale adapté et leurs cotisations entrent dans les critères de convergence de finances publiques de Maastricht. Ils sont intégrés dans le Répertoire National Commun de Protection Sociale.

Mais les partenaires sociaux tiennent à conserver l'autonomie des régimes et développent ainsi une action sociale plus indépendante bien que limitée par son financement[1].

Ces régimes bénéficient d'un monopole légal et spécialisé pour les retraites, remplissant depuis la loi du 8 août 1994 « *une mission d'intérêt général* » qui leur permet de bénéficier tant d'une grande autonomie de gestion du régime[2] que de règles et prérogatives voisines de celles des organismes de sécurité sociale[3] mais **sans tripartisme** avec l'État.

En effet, l'État n'exerce pas de tutelle sur les actes ou les personnes[4]. Il n'intervient que pour élargir, étendre les accords nationaux interprofessionnels et le ministre chargé de la

---

[1] Les orientations 2009-2013 définies par les CA des fédérations visent à développer la prévention, prolonger l'autonomie à domicile, accompagner la perte d'autonomie en établissements (dont 68 sont la propriété d'IRC). L'objectif est aussi de « rénover le partenariat avec la CNAV » pour faciliter la complémentarité des actions et se détacher d'un financement complémentaire et automatique de l'aide-ménagère ou à l'amélioration de l'habitat.

[2] Définition de l'affiliation au régime, des cotisations, des prestations et de sa gestion par les partenaires sociaux.

[3] Notamment caractère obligatoire de l'adhésion, de l'affiliation, du versement des cotisations, statut de créancier privilégié de même rang que les organismes de Sécurité sociale.

[4] Le ministre de la Sécurité sociale reçoit seulement communication des procès-verbaux des CA, des documents soumis aux commissions paritaires des fédérations, de leurs circulaires et de leurs sanctions. Art. R. 922-61 CSS.

sécurité sociale approuve les statuts et règlements de retraite des institutions de retraites complémentaires et des fédérations AGIRC et ARRCO (art. L. 922-6 CSS). Les régimes sont contrôlés par l'Inspection générale des affaires sociales (et pourraient l'être aussi par la Cour des comptes) et leur autocontrôle émane des fédérations.

Le financement provient des cotisations avec un principe : « pas de charges nouvelles sans ressources nouvelles ». De ce fait, l'acquisition des points pour les périodes de chômage (et pré-retraites) ont été principalement couvertes par des contributions de l'Unédic et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour l'État.

Le maintien des équilibres financiers résulte d'ajustements périodiques avec une répartition des efforts par une augmentation des cotisations acceptée par le passé par le patronat (alors qu'il refusait d'augmenter celles du régime général) en contrepartie de la réduction des rendements.

Ces régimes ont constitué des réserves ayant une fonction de fonds de roulement de six mois (encaissement à terme échu, pensions trimestrielles payées d'avance) et de placement, les excédents techniques accumulés pouvant lisser de moindres encaissements conjoncturels.

La pension à cotisations définies est le produit du nombre de points acquis par la valeur du point de service au moment de la liquidation et reflète toute la carrière. L'équilibre de ces régimes est facilité d'une part à l'aide d'indexations des points différentes pour la valeur du prix d'achat (le salaire de référence), pour celle de liquidation (la valeur de service) et de revalorisation des pensions, d'autre part grâce à des taux d'appel majorés (de 25 %) n'attribuant pas de points.

Les partenaires sociaux bénéficient ainsi de plusieurs **paramètres d'ajustements**, opaques pour les cotisants[1] et facilitant des réformes des régimes sans accroc. Ils n'ont pas à « jouer » sur l'augmentation de la durée d'activité comme au régime général, mesure impopulaire qui génère l'opposition des syndicats. Dans ces régimes par points toute la carrière est retenue et la baisse des rendements (similaire à celles des régimes légaux) résulte des accords nationaux interprofessionnels des partenaires sociaux.

Peu visible, non-médiatisée, cette diminution indolore ne suscite aucune réaction de la base : « *Vérité en deçà des Pyrénées, erreur au-delà* »[2]...

---

[1] En dépit d'une transparence apparente, celle du nombre de points acquis. Mais la valeur du point du calcul de la pension ne sera connue qu'au moment de sa liquidation.
[2] PASCAL, Pensées, 294.

2. L'intégration et l'adossement neutres d'autres régimes

À la différence du régime général, l'attractivité de l'AGIRC-ARRCO est notable, intégrant dans les années 1990 plusieurs régimes d'entreprises ou de secteurs professionnels[1].

Comme pour la CNAV, la loi du 9 août 2004 *relative au service public de l'électricité et du gaz* prévoit que les IRC « *peuvent intervenir pour la partie des prestations servies par des régimes spéciaux existant avant le 6 octobre 1945, équivalente aux prestations d'assurance vieillesse qu'elles servent à leurs assurés* ». L'adossement des industries électriques et gazières a résulté de conventions signées, après trois décisions des commissions paritaires, le 7 février 2005 entre les présidents et vice-présidents de l'AGIRC, de l'ARRCO et le directeur de la CNIEG (et agréées par les ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'énergie).

Elles affirment le principe de **neutralité financière** et, contrairement au régime général, l'organisent. L'adossement ne doit pas détériorer l'équilibre technique à long terme des régimes complémentaires qui font financer un apport aux réserves techniques et aux frais de gestion.

Surtout, les conventions comportaient une « **clause de revoyure** » au 1er semestre 2010 pour faire un bilan des résultats de l'adossement. Elle a permis d'arrêter les taux définitifs de validation des droits passés assurant la neutralité financière pendant 25 ans. En effet, en l'absence de versement d'une « soulte » par la CNIEG (non souhaitée par cette caisse), seule une partie de ses engagements retraite a été externalisée auprès des régimes complémentaires et les droits passés n'ont été que partiellement repris, à hauteur de 54,8 % à l'ARRCO et de 94,7 % à l'AGIRC[2] (pourcentages portés à 59,2 % et 97,8 % après le réexamen intervenu en 2010).

L'expérience de ces régimes complémentaires en matière d'intégration et surtout leur autonomie par rapport à l'État leur ont permis de réaliser un adossement du régime des IEG financièrement équilibré et maintenant leurs intérêts, contrairement à la CNAV pénalisée par une évaluation subie, déterminée *a priori* et définitive de la soulte[3].

---

[1] En 1991, Compagnie générale des eaux et Crédit foncier de France ; 1993, Air France (personnel au sol), Banques Populaires, Association française des banques (AFB) ; 1994, régime général de sécurité sociale ; 1996, Caisses d'épargne ; 1997, secteur tertiaire agricole. Ces intégrations ont été validées par accords entre les partenaires sociaux AGIRC-ARRCO et ceux de l'entreprise ou du groupe professionnel. Pour l'intégration des organismes de sécurité sociale, le ministère des affaires sociales a aussi été partie prenante de la négociation. Source J.-C. WILLARD, 1er trim. 2005, article cité, p. 5.

[2] Les régimes ont donné le choix entre une validation partielle des droits, retenue par les IEG, ou intégrale avec paiement d'une contribution de maintien des droits (« soulte »). *Idem*, p. 6.

[3] La Poste devenant une SA au 1/03/2010, ses salariés embauchés à partir de 2011 cotisent à l'AGIRC ARRCO et une convention prévoit un transfert financier vers l'Ircantec. *Rapport d'activité 2010 AGIRC*, p. 16.

3. Les contrats d'objectifs

L'accord du 2 février 2001 prévoit des contrats d'objectifs dont le contenu est précisé par son annexe 4, entre les Fédérations et les IRC. Ils ne seront mis en place qu'en 2004.

Leur logique est similaire à celle des contrats pluriannuels de gestion entre caisses nationales et locales du régime général, mais, différences majeures ici, sans convention d'objectif avec l'État et avec des possibilités de sanctions[1].

Comme au régime général, les contrats initiaux avaient une durée de trois ans, portée à quatre dans les contrats 2011-2014 pour tenir compte du déploiement des applicatifs informatique et de la mise en œuvre des réformes retraites. Partant d'une situation hétérogène des IRC, les contrats ont d'abord visé à les faire progresser. Ensuite les engagements sont devenus plus exigeants : dès le contrat 2008-2010, les objectifs normés sont la cible à atteindre par toutes les IRC pour assurer « *un service fiable et homogène* » et « *affirmer la place de la retraite complémentaire dans la sphère sociale* »[2].

Dans le dernier contrat, 2011-2014, est visé un socle commun de services pour les retraites et l'action sociale[3], concrétisé par une **charte d'engagements de services** que chaque groupe doit ratifier. En gestion, les IRC doivent participer à la réussite de la mise en place du système d'information retraite, diminuer les coûts, améliorer les délais et la maîtrise des risques.

Élaborés en concertation avec les institutions, ces contrats, validés par les bureaux des fédérations, sont signés par les présidences et directions des groupes. Le contrôle de leurs résultats par les fédérations s'accentue : dès le deuxième contrat, elles mènent elles-mêmes des enquêtes de satisfaction et évaluent la réalisation des objectifs qui remplace l'auto-évaluation par les institutions de retraites complémentaires[4]. Elles font un suivi annuel des contrats et, la dernière année, un audit de conformité.

Les contrats « *sont devenus, depuis 2004, un outil majeur de pilotage pour les partenaires sociaux* »[5] en conservant une certaine autonomie des institutions et avec un contenu similaire

---

[1] Prévues par l'article 5 de l'annexe 2 de 2001. Les bureaux des fédérations après une injonction aux responsables de prendre les mesures nécessaires peuvent, après leur audition, suspendre le bureau et le conseil d'administration, retirer l'agrément du directeur général (qui perd ses fonctions), transférer des opérations à une IRC, retirer tout ou partie de l'agrément de l'Institution de retraites complémentaires.

[2] indique le DG AGIRC-ARRCO : « *Avec la deuxième vague de contrats, nous sortons de la sphère Agirc-Arrco pour nous engager dans une logique de globalisation du service avec les autres organismes de protection sociale* ». *Retraite Complémentaire*, AGIRC ARRCO, 1er trim. 2008, p. 17.

[3] Faciliter l'accès aux services de retraite complémentaire, délivrer une information fiable, homogène et mutualisée, garantir la continuité des ressources entre vie active et retraite ; proposer une action sociale conforme aux orientations stratégiques. Source : « Contrats d'objectifs 2011-2014, Une feuille de route stratégique et fédératrice », *Les Cahiers de la retraite complémentaire*, AGIRC-ARRCO, n° 4, 2e trim. 2011, p. 12.

[4] *Retraite Complémentaire* AGIRC ARRCO, 1er trim. 2008, p. 13.

[5] *Les Cahiers de la retraite complémentaire*, n° 4, 2e trim. 2011, p. 12.

aux conventions d'objectifs et de gestion du régime général (lesquelles ont pu inspirer les partenaires sociaux gestionnaires des régimes).

Bien que destinés aux institutions de retraite complémentaire, ces contrats peuvent avoir des incidences sur les groupes de protection sociale qui les chapeautent.

SECTION 2. GROUPES DE PROTECTION SOCIALE ET PARITARISME

Les Groupes paritaires de protection sociale (dont le sigle est « GPS ») regroupent des institutions de retraites complémentaires et les trois-quarts des institutions de prévoyance (IP). Leur gouvernance peu connue a souvent été adaptée de celle des entreprises privées par les partenaires sociaux (§ 1). Aujourd'hui, ils s'attachent à en conserver le contrôle par les fédérations AGIRC-ARRCO et en même temps à les développer par des regroupements, posant les questions de leur nombre à terme et de l'intérêt pour les partenaires sociaux de gérer des activités concurrentielles (§ 2).

§ 1 L'évolution de la gouvernance

L'accord commun AGIRC-ARRCO du 25 avril 1996 va définir les règles de gouvernance des GPS ensuite analysées par plusieurs rapports (A). En juillet 2009, un accord des partenaires sociaux est spécifiquement consacré à la gouvernance des groupes (B).

A) *L'accord fondateur de 1996*

L'accord de 1996 organise fortement les groupes, héritiers des institutions « L. 4 », autour des institutions de retraites, solution pouvant présenter des limites financières.

1. L'origine des GPS

Pour mettre en place la CCN de « *retraite et de prévoyance* » de 1947, les institutions « L. 4 » vont gérer les retraites complémentaires des cadres et leur couverture prévoyance[1]. Ce n'est qu'à partir des années 1990[2] que ces activités vont être séparées, la loi « Évin » du 31 décembre 1989 imposant de constituer des capitaux de couverture pour les engagements

[1] L'art. 7 de la CCN de 1947 prévoit une assurance décès obligatoire dont le taux (1,5 % au plafond) permettra aux cadres d'être souvent affiliés à un régime de prévoyance auprès d'une IP ou d'une compagnie d'assurance. Mais, position constante du patronat, la prévoyance sera cantonnée au niveau des entreprises ou des branches.

[2] Par exemple, dès 1986 est constituée l'association Groupe Malakoff, « *pour prendre en charge les moyens en personnel et en matériels nécessaires à la gestion du Groupe* ». L'origine du groupe remonte à la création en 1891 par des industriels du Comité des forges de France de la Caisse syndicale d'assurance mutuelle des forges de France contre les accidents du travail. Comité d'histoire de la Sécurité sociale, 2006, ouvrage cité, p. 661-710.

prévoyance, celle du 8 août 1994 limitant l'activité des IRC à la retraite par répartition en vertu du **principe de spécialité**[1] (Art. L. 922-3 CSS).

Néanmoins ces activités vont coexister par la constitution des GPS. Ils permettent aux entreprises de n'avoir qu'un interlocuteur en protection sociale complémentaire et peuvent ainsi réduire leurs frais de gestion voire bénéficier pour la partie prévoyance des fichiers des adhérents et participants (salariés et retraités) des institutions de retraites.

Importants quant à leurs activités, ces groupes sont peu réglementés et quand ils le sont, c'est incidemment, par transposition de directives européennes. Ainsi la loi de 1994 dote les fédérations AGIRC et ARRCO d'un « **droit de suite** » leur permettant, « *lorsque cela est nécessaire* », de vérifier la situation financière et le respect de leurs engagements des groupes auxquels appartiennent les IRC[2]. Une ordonnance du 29 août 2001 définit la constitution et l'objet des « groupements paritaires de prévoyance »[3], mais ne concerne que les organismes ayant des activités d'assurance et ces groupements ont eu peu de succès dans les GPS.

À la différence des groupes d'assurances, les GPS ne sont pas définis par la loi. Leur absence du code de la Sécurité sociale est d'autant plus étonnante qu'ils sont à la tête d'organismes dont les composantes principales (institutions de retraites complémentaires et institutions de prévoyance) font l'objet de dispositions précises par son livre neuvième. Les GPS ont été « réglementés » par de la « ***soft law*** » à l'occasion d'accords sur les régimes de retraite complémentaires émanant des partenaires sociaux dont l'objectif était double : leur contrôle par les IRC et leur regroupement dans un but d'économie de gestion.

2. Des principes de gouvernance de 1996 aux regroupements organisés

À la suite de la loi du 8 août 1994, l'Accord commun AGIRC-ARRCO du 25 avril 1996 consacre son chapitre II aux « *Institutions relevant de l'AGIRC et de l'ARRCO et adhérant à des "groupes"* ». Y est affirmé le principe de séparation juridique et comptable des activités afin « *que la maîtrise des organismes de gestion communs n'échappe pas* » aux IRC[4]. Les

---

[1] « *Le principe de spécialité est destiné à éviter que des risques liés à une activité autre que d'assurance, et donc non pris en compte dans les règles prudentielles, viennent mettre en péril la capacité de l'entreprise d'assurance à remplir ses engagements à l'égard des assurés* ». M. ROCARD *et al*, 1999, rapport cité, p. 29.

[2] Art. L922-5 CSS. Le contrôle peut être étendu aux groupements dont les IRC sont membres ainsi qu'aux personnes morales liées directement et indirectement à une institution par convention.

[3] Ord. n° 2001-767 *portant transposition de la directive 98/78/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 octobre 1998 sur la surveillance complémentaire des entreprises d'assurance faisant partie d'un groupe d'assurance et modifiant le code de la sécurité sociale et le code de la mutualité*, JO du 31 août 2001, p 13965.

[4] Art. 2 : « *Une véritable séparation des comptes et des flux financiers, une répartition équitable des charges de fonctionnement, une clarification des responsabilités entre les* [IRC] *et les organismes de prévoyance ou autres avec lesquelles elles cohabitent, exigent que la maîtrise des organismes de gestion communs n'échappe pas aux institutions de retraite complémentaire* ».

fédérations « *doivent être en mesure d'exercer leur mission de contrôle, en particulier, leur droit de suite* » de l'article L. 922-5 CSS sur les groupements.

L'accord définit des règles de gouvernance inspirées de celles des institutions de retraite complémentaires. Les GPS doivent être gérés par des associations loi de 1901, organisés sur la base d'un **paritarisme contrôlé** par les IRC avec une assemblée générale paritaire composée majoritairement de leurs représentants (à défaut, les IRC auront une minorité de blocage), un conseil d'administration également paritaire et une présidence basée sur l'alternance des représentants des employeurs et des salariés[1].

Les statuts types des GPS, adoptés par les conseils d'administration des fédérations en décembre 1996, vont distinguer **deux types de groupes**.

Les groupes « **simples** » rassemblaient des organismes sans but lucratif (paritaires, IRC et IP, mutuelles, sociétés d'assurance mutuelle) gérés par une association loi de 1901, structure unique d'orientation politique et de mise en œuvre des opérations de gestion[2].

Les groupes « **complexes** » comprennent en plus des organismes à but lucratif (sociétés de gestion d'épargne salariale, de courtage en assurance, de gestion financière, SA d'assurance[3]) pour intervenir hors du domaine de la protection sociale. Mais seules les institutions à but non lucratif sont membres de l'association de tête dite « ***association sommitale*** » qui « *exerce la conduite et la maîtrise d'un groupe* ». À côté, pour tout le groupe une ou plusieurs structures de gestion regroupe les moyens du GPS sous la forme d'un groupement d'intérêt économique ou d'une association[4].

Plusieurs circulaires de l'AGIRC et de l'ARRCO vont demander aux institutions de retraite membres de groupes de moyens d'adopter les statuts types des GPS (après une communication préalable aux fédérations pour approbation des projets) avant le 31 décembre 1997, date reportée au 30 juin 1998 et au 1er janvier 1999, reports significatifs de la difficulté de leur mise en place[5].

L'organisation des **regroupements** des GPS va résulter des annexes de l'accord de 2001. L'annexe n° 2 pour réduire les frais de gestion accentue les rapprochements entrepris depuis 1996 pour aboutir sous trois ans à 25 « *groupes d'institutions de retraite complémentaire* » ayant une caisse AGIRC et une caisse ARRCO. Ces opérations devront, dans les deux ans,

---

[1] Les administrateurs sont agréés par les partenaires sociaux des IRC, le CA nomme le Directeur général.
[2] G. BOUVEROT, Rapport sur la gouvernance des GPS, 2009, rapport cité, p. 17.
[3] Généralement filiales des IP (assurance vie, protection juridique, Incendie Accidents Risques Divers, IARD).
[4] G. BOUVEROT, Rapport sur la gouvernance des GPS, 2009, rapport cité, p. 18.
[5] Les statuts de référence et les circulaires imposeront de fait une majorité dans les AG pour les régimes complémentaires et permettront aux fédérations d'enjoindre à une IRC de quitter un groupe.

être proposées aux bureaux des fédérations qui seront compétents pour les autoriser[1]. L'annexe n°3 précise les critères d'évaluation par une approche globale d'examen des objectifs et résultats attendus.

Lorsqu'un GPS confie la gestion en totalité ou partie à un « organisme de moyens » les activités retraite doivent être séparées des autres, la répartition des charges transparente, des incompatibilités touchent les présidences et commissaires aux comptes[2] ainsi que les identités des composantes du groupe qui doivent être distinctes pour éviter une « *confusion d'image* ».

3. Les rapports Laigre-Langlois et de l'IGAS

Le « *rapport sur la gouvernance des groupes paritaires de protection sociale* » (dit rapport « *Laigre Langlois* ») est réalisé en **novembre 2006** à la demande des partenaires sociaux pour faire un point sur les règles de gouvernance. Sa première partie sur l'identité[3] et les structures des GPS note que les concepts de gouvernance émanent des partenaires sociaux au niveau national et non de l'accord des parties constituantes des GPS ; les mutuelles sont insuffisamment représentées dans les associations sommitales. Pour le rapport, la loi devrait définir dans le code de la sécurité sociale le statut des GPS et des associations sommitales.

Dans la deuxième partie sur la gouvernance, les auteurs reprennent notamment la doctrine de l'OCDE et des rapports Viénot et Bouton[4]. Sur les **conflits d'intérêts**, ils notent « *le conflit potentiel entre paritarisme de négociation et paritarisme de gestion* » lorsque l'accord collectif est contraire aux intérêts de l'assureur. Le conseil d'administration d'une institution de prévoyance doit plus veiller à l'équilibre technique des opérations et à sa solvabilité qu'à son développement. De par les statuts, l'association sommitale a des attributions partielles d'orientation des activités d'assurances alors que celles de retraite sont priorisées. Pour le rapport, elle devrait avoir des « *pouvoirs de contrôle et même d'injonction* » vis-à-vis de ses organismes assureurs en difficulté[5].

Les administrateurs des GPS devraient être nommés par les confédérations, se comporter en « *assureurs paritaires* » et avoir « *une connaissance et une expérience suffisante* »[6]. Dans le prolongement du rapport Bouton, sont préconisés des systèmes d'évaluation des travaux

---

[1] Et agréer la nomination des directeurs des IRC, approuver la délégation donnée au directeur par le CA.
[2] Président et vice-président d'IRC ne peuvent être administrateurs d'un autre organisme du GPS, doivent être nommés des commissaires aux comptes différents (pour les IRC, les autres activités et l'organisme de moyens).
[3] Est notée l'indifférence des assurés à leur égard. P. LAIGRE, P. LANGLOIS, 2006, rapport cité, p. 50.
[4] Cf. supra, p. 23 et s.
[5] *Idem* p. 172. Est aussi évoqué le risque lié aux intermédiaires en assurance dans les IP et sociétés d'assurance.
[6] *Ibid.*, p. 182. Les auteurs « *inclinent* » pour une désignation intégrale des administrateurs avec un « *rôle central* » des confédérations garantes des principes de nomination et nommant ceux des AS et des IP. Chacune désignerait dans chaque GPS un « *chef de file* » qui les réunirait régulièrement et lui rendrait compte (p 205 à 209).

des conseils et des administrateurs[1]. Leur formation - « *une question fondamentale* » - centrée sur les assurances, devrait être importante et qualifiante. Le comité d'audit et les commissions (technique, financière, des comptes) devraient pouvoir avoir recours aux experts de leur choix. Les auteurs préconisent la création d'une Association des groupes paritaires de protection sociale avec un CA paritaire émanant des partenaires sociaux nationaux.

En **2008**, le **rapport de l'IGAS** « *sur la fonction de contrôle au sein des institutions AGIRC et ARRCO* » s'intéresse particulièrement au droit de suite des fédérations. Pour l'IGAS, « *une conception ambiguë du champ d'intervention AGIRC-ARRCO* » soulève un problème de maîtrise des risques en l'absence de contrôle réel des fédérations sur les entités autres que les IRC au risque d'une « *requalification d'unité économique et financière* »[2].

Dans sa seconde partie, « *clarifier les responsabilités institutionnelles pour limiter les risques* », pour le rapport, **deux évolutions** relèvent du choix des partenaires sociaux : séparer à terme les IRC des Groupes, évitant la confusion entre mission d'intérêt général des retraites et activités concurrentielles ; sinon, renforcer le contrôle des GPS par le GIE AGIRC-ARRCO qui « *suivrait la solvabilité* » des institutions et vérifierait que le financement des moyens communs n'est pas fait pas au détriment des IRC[3].

Les contrôles de l'État, multiples[4], manquant de « *coordination institutionnelle et d'intensité* » devraient être adaptés au scénario retenu, préconisation restée sans suite.

B) *Une nouvelle gouvernance en 2009*

À la suite des deux rapports précédents, les partenaires sociaux eux-mêmes vont réexaminer la gouvernance des GPS et conclure à l'unanimité un accord sur le sujet.

1. Le rapport sur la gouvernance des GPS

Les partenaires sociaux ont réuni un groupe de travail sur la gouvernance des groupes paritaires de protection sociale qui a remis un rapport (dit « **Bouverot** ») le 16 mars 2009[5].

---

[1] Pour faire le point sur les modalités de fonctionnement du conseil, vérifier que les questions importantes sont convenablement préparées et débattues, mesurer la contribution de chaque administrateur aux travaux.
Ibid. p. 213.

[2] M. LAROQUE, D. NOURY, P. ROMENTEAU, 2008, rapport cité, p. 29. « *Chaque Groupe gère, plus ou moins conjointement, les réserves de ses IRC, IP, mutuelles et autres entités. Le risque d'une mise en cause éventuelle des fonds d'intérêt général des IRC au profit d'IP, mutuelles ou autres entités d'un Groupe, n'apparaît donc pas négligeable* » (risque de gestion de fait aussi souligné par le rapport « Laigre Langlois »).

[3] Les profits réalisés grâce à la retraite par les autres activités ne profitant pas suffisamment aux IRC qui constituent souvent une clientèle captive pour les IP et leurs sociétés grâce aux fichiers des actifs et retraités.
« *Le sujet délicat du financement du paritarisme mériterait d'être examiné en tant que tel* ». *Idem*. p. 43, 44.

[4] Le rapport cite : IGAS, ACAM, Autorité des marchés financiers, Commission bancaire, Cour des comptes.

[5] Groupe présidé par Georges Bouverot. Rapport sur la gouvernance des GPS, 2009, doc cité. M. Bouverot (MEDEF) a été depuis 1998 président ou vice-président de l'ARRCO. En 2009, il en était vice-président.

Le groupe de travail réaffirme l'intérêt du maintien et du développement des GPS (au rôle de « guichet unique »). Il fait des propositions reprises par l'accord de 2009, notamment sur le rôle majeur de l'Association sommitale, les pondérations des IRC et des IP à revoir[1] et remet en cause l'incompatibilité des commissaires aux comptes entre IRC et organisme de moyens (comme l'avait fait le rapport de l'IGAS) et celle des appellations des institutions de retraite qui devaient être différentes de celles des GPS.

Le rapport schématise le **périmètre des GPS** en cercles concentriques, fonctions de la proximité au paritarisme de leurs organismes constitutifs[2] :

- à but non lucratif et paritaires, au centre, assurant des garanties complémentaires améliorant la protection sociale (IRC, IP, Mutuelles et Sociétés d'assurance mutuelle) ;

- supports ou aux activités résultant de la négociation paritaire dans un deuxième cercle[3] ;

- non paritaires et offrant un service aux membres du GPS où à leurs ressortissants dans le troisième cercle[4] et les autres organismes dans un quatrième.

Il pose la question d'activités qui devraient être hors du champ des GPS et du niveau d'investissement pour des activités à risque financier ou du troisième et du quatrième cercle[5].

Sur les regroupements des GPS, certains partenaires sociaux du groupe de travail « *se sont interrogés sur l'opportunité de leur poursuite* ». Le rapport préconise de renforcer le rôle des fédérations pour « *exercer pleinement le droit de suite* », approfondir les répartitions des charges et instaurer « *un contrôle central des rémunérations des directeurs généraux* ».

2. L'accord du 8 juillet 2009 et ses suites

L'Accord sur la gouvernance des groupes paritaires de Protection sociale du 8 juillet 2009, signé par tous les partenaires sociaux, reprend les propositions du rapport « Bouverot ». Il souhaite mieux définir les responsabilités des partenaires sociaux « *qui ont la volonté d'exercer pleinement leur rôle dans le pilotage et le contrôle des GPS* ».

Il **définit les GPS** comme « *un ensemble structuré de personnes morales, ayant entre elles des liens étroits et durables, créé, piloté et contrôlé par les Partenaires sociaux* »[6].

---

[1] Le conseil d'administration pourrait avoir un représentant consultatif des mutuelles non partiaires. La désignation des membres du CA est une responsabilité majeure des partenaires sociaux au plan national, les confédérations devant valider les propositions des fédérations professionnelles dans les groupes professionnels.

[2] Cartographie des GPS en annexe 8, p. 395.

[3] Supports de moyens paritaires (GIE, association), groupements assurantiels, gestion d'épargne salariale.

[4] Sociétés d'intermédiation sociale, services à la personne, associations de gestion d'établissements de santé, sociétés immobilière, de gestion de tiers payant, d'assurance-vie.

[5] Les prises de participation financières et partenariats « *se sont développés jusqu'au champ concurrentiel et lucratif dans des domaines parfois éloignés des objectifs ayant présidé à leur création* ». G. BOUVEROT, Rapport sur la gouvernance des GPS, 2009, rapport cité, p. 88.

[6] Voir la suite de l'article 1 en annexe 6 reproduisant l'accord sur la gouvernance des GPS, p. 387 et s.

Le chapitre I, « *Rationnaliser le fonctionnement interne des GPS* », limite le poids des Institutions de retraites complémentaires mais défend leurs intérêts dans l'**Association sommitale** (AS), qui devient la « *structure unique de gouvernance* » des GPS. Sans moyens propres, elle a un rôle politique de surveillance du fonctionnement des instances[1], adopte une convention de fonctionnement s'imposant à toutes les composantes[2], nomme le directeur général (et décide de le licencier). Elle est constituée des organismes à but non lucratif[3], avec une assemblée générale de leurs administrateurs et un CA paritaire désigné par les partenaires sociaux, dans lesquels les IRC doivent avoir une minorité de blocage d'au moins 40 %.

Tous les groupes devront désormais avoir une association sommitale, conduisant à l'abandon de la notion de groupe simple.

Les **structures de moyens** mettent en commun ceux de gestion et « *n'ont pas de vocation politique* », mettant en œuvre les décisions de l'Association sommitale[4]. Le **directeur général** « *participe par ses propositions à l'élaboration des orientations générales du GPS et met en œuvre la politique et la stratégie définies* » par le CA de l'Association sommitale (art. 7). Son contrat de travail et ses évolutions sont fixés par un comité des rémunérations[5].

Le chapitre II a pour objectif de « *renforcer le suivi et le contrôle des GPS au niveau national* » par les fédérations AGIRC et ARRCO par leur droit de suite et leurs directives de répartition des charges. Les associations sommitales doivent veiller à la mise en œuvre par les institutions de prévoyance des recommandations de gouvernance du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) qui fera un rapport annuel sur leur suivi. Suivant les préconisations du rapport Bouverot, la coordination entre les Fédérations et le Centre technique sera faite par une « Instance de coordination AGIRC-ARRCO-CTIP » paritaire[6].

Les **statuts de référence** des groupes ont été modifiés en 2010 pour être adaptés à l'accord[7]. Ils précisent la composition du conseil d'administration paritaire de l'Association

---

[1] Elle veille au respect par l'ensemble des organismes de leurs obligations et engagements, au périmètre du GPS, s'assure que les comités d'audit et des rémunérations ont été mis en place et en vérifie le bon fonctionnement.

[2] Établie à partir d'un modèle type elle sera signée par chaque membre du groupe et « *énonce clairement* » les attributions de l'Association sommitale, des organes communs de gestion et de chacun des membres.

[3] IRC, IP, unions d'institutions de prévoyance, futures IGRS, mutuelles, unions de mutuelles et SAM. Les autres mutuelles non paritaires disposeront d'un statut de membre du CA avec voix consultative. Article 5.

[4] Voir schéma en annexe 7, p. 393.

[5] Composé au moins des présidences de l'AS et de la structure de moyen, il reçoit une information annuelle sur tous les éléments de rémunération des membres du comité de direction sur lequel il émet un avis. Art. 8.

[6] De dix membres : présidences des fédérations et du CTIP (soumettant le résultat des travaux à l'approbation de leurs CA) et partenaires sociaux non représentés dans les présidences, plus les directions générales.

[7] Circulaire AGIRC-ARRCO 2010-5-DRE du 24/03/2010, *Modification des statuts de référence de l'association sommitale des groupes paritaires de protection sociale*.

sommitale[1]. Le président et le vice-président nommés par le conseil d'administration doivent être issus d'une institution de retraites complémentaires[2].

Le **contrôle** par l'Association sommitale est effectué grâce à une structure d'audit interne du groupe vérifiant l'ensemble de ses activités, la maîtrise des risques, le fonctionnement des comités spécialisés. Celui des fédérations et leur droit de suite[3] ont été renforcés : si lors d'un audit d'une IRC par les fédérations des éléments matériels le justifient, le contrôle sera étendu à une autre entité du groupe après décision motivée du Directeur général de l'AGIRC-ARRCO. Pour s'assurer de la défense des intérêts de leurs régimes, les fédérations examinent la compatibilité de l'adhésion de l'IRC à l'association sommitale et de son maintien.

La formation des administrateurs des fédérations AGIRC-ARRCO et des institutions de retraites complémentaires était nécessaire pour gérer des groupes devenus complexes[4]. Sans aller jusqu'aux préconisations du rapport Laigre-Langlois, elle est renforcée[5].

L'importance donnée à la solvabilité et à la gestion des risques témoignent de l'influence du rapport Laigre-Langlois et du passage à un paritarisme de gestion.

§ 2 Stratégie et regroupements des Groupes de protection sociale

Depuis 1996, les fédérations AGIRC et ARRCO se sont attachés à réduire le nombre d'institutions de retraites complémentaires grâce à la départementalisation en 2002 et à de nouvelles applications informatiques diminuant le nombre de centres de traitement.

Il est permis de s'interroger sur cette stratégie reprise à leur compte par les GPS pour augmenter la taille de leurs activités concurrentielles (A). Ces regroupements contrôlés par les fédérations ne vont-ils pas aboutir à terme à ne laisser subsister que quelques groupes (B) ?

A) *Une stratégie offensive des Fédérations relayée par les GPS*

La stratégie de regroupement des Institutions de retraites complémentaires pour diminuer les coûts s'est appuyée sur l'informatique.

---

[1] Quinze postes pour chaque collège employeur et salarié choisis par les syndicats parmi les délégués à l'AG.

[2] La présidence est paritaire (alternance à mi-mandat). La majorité des administrateurs issus des IRC peut s'opposer (en séance ou dans les 15 jours) à toute délibération contraire aux principes fondamentaux des IRC.

[3] Les fédérations doivent avoir connaissance de toute convention conclue entre organismes membres du groupe et organes de gestion (de coopération, de partenariat, de gestion, ...). Le droit de suite « *justifie* » leur accès à tous les documents de l'AS et de tous les des membres. Statuts de référence des AS des GPS, art. 12.2.

[4] Pour un ancien délégué du CTIP, sur les administrateurs : « *Bénévoles, ils ne peuvent consacrer qu'un temps restreint dans l'exercice de leurs fonctions. Dotés d'une formation souvent insuffisante malgré les efforts accomplis dans ce sens, ils ne peuvent, à l'évidence et sauf exception, mener à bien par eux-mêmes les diligences nécessaires au contrôle d'une gestion évoluée* ». J. TEILLARD, 2000, article cité, p. 964.

[5] En 2010, près de 600 administrateurs ont assisté à une des 16 sessions proposées par les fédérations : formation initiale pour 72 d'entre eux et formation thématique pour les autres. *Rapport activité* ARRCO, 2010, p. 20.

Par ces rapprochements, les GPS ont développé leur partie prévoyance.

1. La stratégie des fédérations : les restructurations par les moyens de gestion

A priori, l'informatique dépendait des GPS notamment pour les applications prévoyance. Mais, sous l'impulsion des fédérations, les restructurations informatiques vont être liées à une nouvelle application retraite développée par les GPS les plus importants et les regroupements des plates-formes informatiques vont correspondre à ceux des groupes.

La réorganisation de ce domaine financée par les fédérations a eu pour base le principe de spécialité, nécessité légale de distinguer au sein des GPS les activités vieillesse de celles de prévoyance. Elle résulte aussi de la volonté des partenaires sociaux, par l'accord de 2001, de fusionner les IRC (et les GPS) pour réduire leurs coûts de fonctionnement à terme.

Le projet « **convergence informatique** » est lancé fin 2002. En juin 2003, est prise la décision de séparer (« *désimbriquer* ») les systèmes d'information retraites et prévoyance en conservant une interface commune de traitement des adhérents et participants.

Les responsabilités sont partagées entre politiques et gestionnaires. Les objectifs, budgets et priorités stratégiques informatiques sont définis par les bureaux et conseils d'administration des fédérations à partir des travaux de commissions spécialisées. La mise en œuvre dépend du Directeur général qui s'appuie sur un Comité de Maîtrise d'ouvrage stratégique représentant les plates-formes informatiques.

Le GIE AGIRC-ARRCO va piloter et mettre en place, avec le concours de certains GPS, une application unique (« **l'Usine Retraite** ») et un regroupement des centres de production et développement passant de 44 en 2000 à 6 en 2008 et à 4 en 2011 ! Il fait adopter un « *schéma directeur du système d'information retraite complémentaire 2011-2014* » qui a pour objectifs le déploiement de l'application Usine Retraite (devant être terminé en 213), son évolution, la mise en place d'une base fédérale et partagée (le « Référentiel de la Relation Individus »)[1], la réduction d'un tiers des coûts informatiques[2].

Un Centre national placé sous la responsabilité des fédérations centralisera le développement et les évolutions du système d'information[3].

---

[1] Permettant les actions d'informations issues des réformes des retraites 2003 - 2010, une meilleure connaissance des ressortissants des régimes et les échanges d'informations avec les autres régimes de retraite. Le principe initial était que chaque GPS soit propriétaire de ses données retraites. AGIRC-ARRCO, DSI Retraite complémentaire, *Une organisation engagée pour transformer et gérer l'informatique de la retraite complémentaire*, 12 p., p. 12.

[2] « *Ramenés* » à 14 % des coûts de gestion en 2014, pourcentage qui nous paraît élevé. Source, *idem* p.8.

[3] Fédérations qui contrôlent aussi, depuis 2011, deux nouveaux centres de développement et de production sous forme de GIE.

L'informatique contribue au rapprochement des deux régimes[1] et déjà pour le rapport Laigre-Langlois[2], la gestion de leurs opérations, se structurait peu à peu autour de grands GPS « *et, plus encore, autour de six plates-formes informatiques* ».

Côté **ressources humaines**, l'essentiel du personnel des GPS est soumis à la convention collective des Institutions de retraites complémentaires du 9 décembre 1993[3].

La gestion des ressources humaines des Groupes est devenue de la responsabilité exclusive de leurs directeurs. Une Association d'employeurs a été créée en 1993 pour négocier la convention collective et les avenants du personnel des IRC et des institutions de prévoyance[4]. La composition de son conseil d'administration (dix administrateurs des fédérations représentants des employeurs et salariés et quatre directeurs d'institutions) a été modifiée en 2005 pour être composé uniquement des directions (directeur général du GIE et quatorze directeurs de groupe). Les accords négociés au plan national peuvent être complétés par des accords d'entreprise, le rôle des groupes en GRH paraissant majeurs.

2. Pour les GPS, développer la partie assurantielle

Les rapprochements initiés par les fédérations vont être, au début, « *plutôt subis* » par les organismes d'assurance des groupes[5]. En 2001, les 47 GPS étaient encore morcelés : les « *opéables* » (de petite taille et déséquilibrés entre les métiers retraite et prévoyance) devaient être repris par des groupes « *réceptacles* » (de taille nationale ou groupes professionnels, équilibrés entre les métiers) mais les rapprochements qui ont eu lieu « *n'ont pas pris la forme annoncée* »[6].

L'accord du 13 novembre 2003, faisant le bilan de 28 groupes constitués au 1er janvier 2004, prévoit la poursuite des gains de productivité par le regroupement des IRC[7] et le Comité de pilotage AGIRC-ARRCO « *examinera la situation des groupes dont la taille pourrait paraître insuffisante au regard de l'ensemble AGIRC-ARRCO* ».

---

[1] « *Pour moi,* [vice-président CFDT d'un GPS] *la retraite complémentaire est "une", grâce notamment à l'interconnexion des systèmes informatiques* ». *Les Cahiers de la retraite complémentaire*, 1er trim. 2011, p. 22.
[2] P. LAIGRE, P. LANGLOIS, 2006, rapport cité, p. 149.
[3] *Idem*, p. 113. « *Cette convention collective a ensuite été élargie aux institutions de prévoyance régies par le Code de la sécurité sociale par un arrêté du 31 janvier 1995* » et s'est ensuite imposée à tous les organismes des GPS. La dernière classification des emplois est mise en place en 2009.
[4] 27 300 salariés ETP en 2010, + 13,9 % par rapport à 2000, dont 56,4 % pour la retraite, 43,6 % en activités concurrentielles. Instance de coordination, rapport cité, p. 32.
[5] P. LAIGRE, P. LANGLOIS, 2006, rapport cité, p.152.
[6] M. LAFITTE, A. BORDERIE, 2006, ouvr cité, p. 185. Pour ces auteurs, en 2001, sur 47 GPS, 35 ont moins de 1 % en retraite complémentaire et de 2 % en prévoyance, 9 moins de 5 % dans les deux domaines, 3 plus de 5 %.
[7] Qui « *devra être consolidé de sorte que, notamment, chacun des groupes ne comporte qu'une institution AGIRC et une institution ARRCO, au plus tard le 1er janvier 2006* ».

Aujourd'hui, c'est la partie prévoyance et en particulier complémentaire santé qui incite aux rapprochements. Sur ce secteur concurrentiel, les GPS ont des atouts pour élargir leur clientèle par leur accès aux fichiers des assurés et retraités des Institutions de retraites RC, de bonnes relations avec les partenaires sociaux dans les entreprises et la connaissance de leur sinistralité. Cette stratégie offensive passe par une diversification de l'offre (produits assurantiels et d'épargne)[1] qui nécessite des partenariats avec des assureurs traditionnels des secteurs mutualiste et coopératif. Ainsi s'explique l'entrée de « mutuelles 45 » dans les groupes sollicitées par des institutions de prévoyance.

Les Groupes de protection sociale sont donc confrontés à des **évolutions opposées**, d'unification de leurs opérations par les fédérations en retraite complémentaire, de diversification et de concurrence sur une partie assurantielle qui s'éloigne de la prévoyance. L'activité assurantielle des GPS représente 15,3 milliards d'euros dont les deux-tiers sont réalisés par 33 Institutions de prévoyance[2] et le tiers par leurs autres assureurs[3].

B) *Des regroupements ininterrompus depuis 1996*

Les Fédérations vont s'entourer de garanties avant d'autoriser les regroupements des GPS. En leur sein les activités assurantielles et concurrentielles côtoient celles des régimes de retraites obligatoires gérés par les institutions de retraite complémentaires ayant une mission d'intérêt général.

Cette coexistence d'activités sans et avec but lucratif n'est-elle pas sans dangers ?

1. Un processus sous le contrôle des fédérations

L'**Instance de coordination AGIRC-ARRCO-CTIP** a une présidence paritaire représentant à la fois les employeurs et salariés et les deux secteurs d'activité retraites et prévoyance[4]. Elle suit l'activité des GPS, donne des avis sur leurs dossiers de rapprochement et elle a élaboré les normes d'application de l'accord de 2009[5].

---

[1] Exemples épargne salariale, PERCO, assurance-vie, dépendance, assurance auto, multirisque habitation.

[2] 50 % en complémentaire santé, 25 % incapacité-invalidité, 20 % décès, 5 % retraite supplémentaire. Instance coordination AGIRC-ARRCO-CTIP, rapport cité, p. 36.

[3] 2,9 Md€ par 19 sociétés d'assurance et d'assurance mutuelles (principalement filiales de Malakoff Médéric et d'AG2R La Mondiale) et 2,1 Md€ par 52 mutuelles dans 11 groupes. Les autres activités sont réalisées par des sociétés de gestion d'épargne salariale ou de courtage. Le plus souvent les GPS ont désigné une institution de prévoyance comme entité de combinaison des comptes du groupe combiné (et un groupe paritaire de prévoyance pour Malakoff Médéric).

[4] Elle a créé un « Comité des Directeurs généraux des GPS » présidé par les DG des fédérations et du CTIP. Il a un rôle de prospective, étant chargé d'« *analyser les évolutions à venir et leur impact possible sur les GPS* ».

[5] L'Instance a aussi élaboré un modèle de convention de fonctionnement entre l'Association sommitale et les entités du GPS et elle met en place des formations pour les administrateurs (450 personnes concernées).

À la suite de sa « *méthode d'analyse du périmètre du groupe* »[1], l'Instance a examiné des dossiers de partenariat significatifs des relations envisagées par les GPS avec les assureurs à but non lucratif ou pas : entre Malakoff Médéric et CNP Assurances, AG2R et la MACIF.

Son « *processus à suivre pour toute demande de regroupement de deux GPS* » prévoit un examen externe et donne un rôle majeur aux fédérations. Deux cabinets conseils indépendants missionnés par les Associations sommitales examinent la solidité financière (en particulier en assurances de personnes) et l'organisation cible des rapprochements envisagés. Les dossiers sont ensuite étudiés par les services de l'AGIRC-ARRCO (et du CTIP pour le champ concurrentiel). L'Instance de coordination émet un avis ainsi que le CA du CTIP sur la partie concurrentielle.

Les Conseils d'administration de l'AGIRC et de l'ARRCO autorisent ou pas le rapprochement et en font un bilan deux ans après la mise en place de l'association sommitale du nouveau groupe.

Dans ce cadre, ils ont donné un accord au rapprochement des groupes Humanis/Novalis Taitbout. La création de ce nouveau groupe « Humanis » le 26 janvier 2012 illustre la rapidité de ces fusions[2]. Il devient le premier groupe en retraite (22,40 % de l'ensemble), le deuxième pour la prévoyance et veut faire jeu égal avec les assureurs[3].

2. Poids et devenir des Groupes

Le nombre de groupes et d'institutions de retraite aura été réduit de plus des deux-tiers entre 1996 (55 GPS avec 93 IRC ARRCO, 51 AGIRC) et fin 2010 (18 GPS avec 25 IRC ARRCO, 16 AGIRC)[4].

La plupart des GPS ne comptent plus qu'une institution ARRCO et AGIRC. Le premier rapport annuel sur les GPS publié par l'Instance de coordination fait leur cartographie à fin 2010 : 16 GPS métropolitains sont dirigés par une association sommitale.

---

[1] « *Méthode d'analyse de la légitimité d'inscrire dans le périmètre du GPS un partenariat, une participation ou, plus généralement, une activité du champ concurrentiel* ». Elle concerne les projets soumis à une Association sommitale (AS) par une de ses entités du champ concurrentiel et ceux soumis à l'Instance de coordination par une AS. Critères d'analyse : intérêt stratégique du projet, logique financière ou réglementaire, amélioration de l'offre de service, respect de la prudence, lisibilité du projet, garantie de l'identité paritaire.
Source : Instance de coordination, rapport cité, p. 38- 41.

[2] D'un côté, fin 2006, rapprochement des groupes MV4 et PARUNION sous nom de Novalis ; janvier 2009, fusion de Novalis avec Taitbout qui devient Novalis Taitbout. De l'autre, le 27 janvier 2011 fusion des groupes Vauban et Humanis avec Aprionis (issu du rapprochement Apri et Ionis). En 2012 nouveau groupe avec 6600 agents, 10 millions de clients, 700 000 entreprises. http://www.humanis.com/documents/DP_30012012.pdf.

[3] Pour le président de l'Association sommitale : « *Nous aurons des relations avec les assureurs mais nous voulons parler d'égal à égal avec eux, en faisant attention à ne pas nous placer dans des situations de dépendances* ». Source, site internet assurlandpro.

[4] Sources : G. BOUVEROT, 2009, rapport cité, p. 48 et ARRCO Rapport d'activité 2010, p. 21.

Plusieurs critères permettent de mesurer leurs concentrations. En **frais de gestion,** critère paraissant le plus adapté, les activités retraites des IRC ont le même coût (50 %) que celles du champ concurrentiel (institutions de prévoyance, 41 % ; autres organismes d'assurance, 9 %). Les trois premiers GPS en retraite représentent 43 % du total AGIRC-ARRCO, les trois premiers en prévoyance 55 %. Ces chiffres sont significatifs des concentrations qui sont les résultats de « *l'exigeant chantier de l'Usine retraite ou des non moins exigeantes contraintes économiques et réglementaires pesant sur les institutions de prévoyance et autres organismes du champ concurrentiel composant les groupes* »[1].

En **encaissements** la retraite complémentaire représente 80 % de leur montant et en 2012, trois groupes en réalisent plus de la moitié (53,3 %) et les cinq premiers près des trois-quarts[2] (chiffre qui augmentera après la fusion attendue du quatrième groupe)[3].

En fait le secteur a été « *largement façonné par l'usine retraite* » et la volonté des fédérations sur ce projet informatique. En 2011, pour le vice-président FO de l'ARRCO « *la concentration est plus rapide que nous ne l'avions imaginée* »[4].

Ces **regroupements** entraînent des opérations inattendues (ainsi le groupe « AG2R La Mondiale » créé à partir d'un GPS et d'une société d'assurance mutuelle) ou vont au-delà du monde strictement paritaire pour concerner le secteur mutualiste ou parapublic : Groupama a créé avec le GPS Réunica une structure d'épargne retraite (Réunima) et a une plate-forme santé commune avec un GPS professionnel, Pro BTP. En avril 2011, le GPS Malakoff-Médéric et Europ Assistance France se sont associés dans « Bien-Être Assistance », service d'accompagnement aux personnes[5].

Combien de GPS perdureront à terme ? Quatre qui auront un centre informatique ?

Nous pouvons nous interroger sur cette stratégie du toujours plus gros : le rapport Laigre-Langlois considérait qu'il n'était pas « *raisonnable* » de continuer les regroupements, l'objectif d'une vingtaine de groupes étant atteint[6]. Les plus petits GPS réalisant moins de

---

[1] *Les Cahiers de la retraite complémentaire*, AGIRC-ARRCO, n° 6, 4e trim. 2011, p. 11.

[2] 73, 2 % sur la base des chiffres 2010 soit : Humanis 21,4 % (11,3 % + 10,1 % de Novalis-Taitbout) ; Malakoff Médéric 18,6 % ; AG2R La Mondiale Prémalliance 13,3 % ; Réunica 10,9 % ; Pro BTP 9,0 %.
Source : Instance de coordination, rapport cité, p. 31.

[3] Le quatrième groupe est Réunica qui « *choisira entre Apicil, AG2R La Mondiale et Malakoff Médéric* ». *L'Argus de l'assurance.com*, 13 janvier 2012.

[4] « *La construction du système informatique unique pour la gestion des retraites complémentaires, pilotée par les fédérations Agirc-Arrco, a dessiné le paysage actuel des groupes de protection sociale* ». « Tractations dans la constellation paritaire », *L'Argus de l'Assurance*, 11 fév. 2011(source des éléments de ce point).

[5] « Pour déployer des services innovants liés à la santé », Bien-Être Assistance, est détenue désormais par Europ Assistance (51%) et par Malakoff Médéric (49%) ». Site internet du CTIP, Partenariats et regroupements.

[6] « *il ne serait pas raisonnable de poursuivre selon les mêmes principes* ». Le nombre relativement élevé d'IP de taille faible ou moyenne n'est préoccupant que si elles peuvent se révéler fragiles et se trouver confrontées à des difficultés sérieuses. P. LAIGRE, P. LANGLOIS, 2006, rapport cité, p. 152 et p. 155.

cent millions d'euros de cotisations ont néanmoins des fonds propres couvrant plus de cinq fois leur marge de solvabilité comme les plus gros en encaissant plus de trois-cents millions[1].

La diminution des budgets de gestion à partir de 2013, l'informatique retraite unifiée et l'harmonisation des régimes AGIRC et ARRCO pourrait amener les institutions et les fédérations à fusionner pour gérer les deux régimes de l'encadrement et des autres salariés. D'aucuns prévoient ce « ***big bang*** » à l'horizon 2018 (date prévue du nouveau déséquilibre financier des régimes de retraite) ; il entraînerait aussi une séparation entre institutions de retraite complémentaire et de prévoyance[2]. Mais cette hypothèse, qui aurait le mérite de la clarté comme le soulignait le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, n'est pas celle qui a la faveur des partenaires sociaux. Nous pouvons nous demander si la réunion de fait d'institutions de retraites ayant un monopole, chargées d'une mission d'intérêt général et d'institutions de prévoyance de plus en plus liées au monde de l'assurance n'est pas antinomique. Ne serait-elle pas contestable en droit communautaire ?

Par ailleurs, une réforme des régimes légaux, en points ou comptes notionnels, si elle aboutissait à l'hypothèse d'un seul régime du secteur privé fusionnant les régimes de base et complémentaires reposerait la question de leur gouvernance par les partenaires sociaux[3].

***

Au terme de ce chapitre, il nous paraît que les régimes de retraites complémentaires (spécificité française) développés pour compléter les prestations des régimes de base et contrepartie à l'acceptation du régime général par les cadres, ont créé une gouvernance basée sur un paritarisme qui a efficacement concurrencé puis supplanté la démocratie ouvrière. Après la création de l'ARRCO et la généralisation des régimes par la loi du 29 décembre 1972, les efforts d'adaptation des partenaires sociaux et gestionnaires seront continus pour assurer leur pérennité. L'accord de 2011 rapproche fortement les deux régimes et amène à s'interroger sur le devenir de l'AGIRC en tant qu'institution.

---

[1] Couverture de 4 fois pour les groupes entre 100 et 300 M€. Instance de coordination, rapport cité, p. 36.

[2] « *Ce big bang de l'Arrco-Agirc signifie la fin à cet horizon 2018 des liens incestueux entre caisses de retraite et institutions de prévoyance* [fin de la prise en charge discrète d'une partie des coûts de fonctionnement des IP par les IRC et de l'utilisation du fichier des pensionnés pour leur proposer des contrats d'assurances individuels portés par des sociétés d'assurances filiales des IP]. Les IP « *vont devoir se regrouper autour des trois ou quatre institutions de prévoyance dont les fonds propres actuels permettent de les accueillir et qui disposent des moyens humains et des structures assurantielles leur permettant, sans être adossées à des caisses de retraite, d'affronter la concurrence des autres acteurs du marché des assurances collectives* ».
La Lettre de l'Assurance\Le Blog de PML\2018 : Le big bang de l'ARRCO et de l'AGIRC, 4 avril 2011, http://www.lalettredelassurance.com/2011/04/2018-le-big-bang-de-l%E2%80%99arrco-et-de-l%E2%80%99agirc/

[3] COR, 2010, 7e rapport, *Retraites : annuités, points ou comptes notionnels ?*, rapport cité. L'autre hypothèse du COR, des régimes de base ayant les mêmes règles (ou un grand régime de base) complétés par des régimes complémentaires spécifiques aux catégories professionnelles préserverait l'AGIRC-ARRCO.

La gestion technique de ces régimes de retraites devient de plus en plus centralisée et similaire à celle de la CNAV. Mais bien que remplissant une mission d'intérêt général, ils sont peu réglementés et contrôlés par les pouvoirs publics, concession de l'État aux partenaires sociaux d'avoir leur pré carré. Ces derniers participent plus activement à la gestion des retraites complémentaires qu'à celle du régime général et le patronat y a été plus enclin à augmenter les cotisations[1], les syndicats de salariés à accepter des réformes plus radicales.

Les fédérations AGIRC-ARRCO par une informatique centralisatrice ont incité à la concentration des IRC, mouvement relayé par les groupes pour leur partie prévoyance et dont l'intérêt ne semble pas toujours évident tant du point de vue financier que pour les assurés. Les partenaires sociaux ont mis en place (non sans risque à terme)[2] pour les Groupes paritaires de protection sociale une gouvernance originale inspirée de celle du secteur privé et à la main des confédérations et surtout du MEDEF. Ils ont démontré leur capacité d'adaptation aux évolutions tant pour les retraites complémentaires que pour les activités concurrentielles avec des stratégies du secteur des assurances pour cette partie.

Élément pouvant être significatif du dynamisme d'un secteur d'activité, il nous paraît intéressant de comparer les évolutions des effectifs : en progression de près de 14 % en dix ans dans les groupes de protection sociale, en diminution de près de 9 % en huit ans au régime général[3]. Ces évolutions opposées ne traduisent-elle pas des ambitions différentes ? Rappelons la préoccupation des représentants de l'État lors des discussions de la dernière convention d'objectifs et de gestion de l'ACOSS : ils ont « *concentré sa négociation sur les objectifs de réduction de postes* »[4].

Nous allons retrouver la problématique de nécessité d'adaptation au marché avec celui des assurances complémentaires santé dans le prochain chapitre ; il est consacré à la prévoyance complémentaire.

---

[1] Plus qu'au régime général dans lequel les cotisations patronales ont de fait diminué par les exonérations de charges notamment sur les bas salaires.

[2] Les Partenaires sociaux « *endossent ainsi des responsabilités importantes dans le pilotage de la gestion de ces régimes de protection sociale complémentaire. Cette exigence est renforcée par la concentration des GPS qui en font des outils complexes, preneurs de risques souvent de long terme qu'il importe de maîtriser* ».
J.-J. MARETTE, P. CHAPERON, 2009, article cité, p. 70.

[3] Détail des chiffres note 5 p. 165 et note 4 p. 319.

[4] N. LE BELLEC, 2012, article cité, p. 111.

Chapitre 2.

LA PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

La prévoyance complémentaire constitue le deuxième marché du champ assurantiel après l'assurance vie, soit 56,1 milliards d'euros en 2010 dont 20,6 pour les contrats collectifs en entreprise ; l'assurance complémentaire santé en représente la partie la plus importante avec 31,3 milliards d'euros (dont 10,4 soit le tiers en collectif) et 24,8 milliards d'euros pour les autres contrats de prévoyance (dont 10,2 milliards en collectif)[1].

Au chapitre précédent, nous avons vu l'intervention des institutions de prévoyance (IP) à la suite de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres de 1947. Elles ne sont pas les seules intervenantes dans ce domaine qui couvre, à titre complémentaire, les frais de santé et plus généralement les risques sociaux.

L'étude de la prévoyance complémentaire permettra d'examiner le rôle de ces acteurs, leurs relations avec les régimes légaux d'assurance maladie et avec l'État ainsi que l'influence de la réglementation européenne. D'autre part, l'assurance maladie complémentaire (AMC) est aujourd'hui considérée comme indispensable pour assurer la couverture de la santé, ce qui est paradoxal compte tenu de son caractère facultatif et pose la question de l'accès aux soins et de la solidarité. Mais n'a-t-elle pas du mal à trouver sa place politique entre l'État et l'assurance maladie obligatoire (AMO) ?

L'évolution de la prévoyance collective des salariés sera examinée en section 1.

La section 2 étudiera l'assurance maladie complémentaire dont le rôle croissant est lié à un certain désengagement des régimes légaux obligatoires. À leur côté, elle va de ce fait être reconnue par la loi du 13 août 2004 dans le « copilotage » du système.

SECTION 1. DE LA SOLIDARITÉ AU MARCHÉ

Le droit communautaire considérant les assurances comme des services financiers relevant du marché intérieur va amener la transformation de la prévoyance collective en un régime assurantiel (§ 1). Les différents opérateurs poursuivent des objectifs différents au service de

[1] En prévoyance « lourde » : décès, rentes d'éducation et de conjoint ; incapacité, invalidité et mensualisation ; dépendance. Source : Instance de coordination, rapport cité, p. 22, 24.

leurs adhérents ou attentifs à leurs actionnaires mais dans un marché qui évolue rapidement, les frontières entre ces acteurs sont de moins en moins étanches (§ 2).

§ 1 Un système devenu assurantiel

Depuis les années 1990, les paradigmes vont changer au détriment de ceux basés sur la solidarité et la gestion par les intéressés pour devenir plus assurantiels consacrant la libre concurrence (A). Est ainsi assurée la protection des clients par le contrôle de la couverture des engagements des opérateurs, lesquels parallèlement vont se voir reconnaître une mission d'intérêt économique général (B).

A) *De la gestion par les bénéficiaires à leur protection*

Les réformes depuis 1989 vont amener des règles communes pour tous les opérateurs.

1. Des concepts initiaux à ceux de la loi « Évin »

Le concept de la démocratie sociale et de gestion par les intéressés ne va pas seulement concerner le régime général de la Sécurité sociale mais aussi la protection complémentaire. Seuls étaient admises à l'effectuer par l'ordonnance du 4 octobre 1945 les institutions de prévoyance (IP) de l'article **L. 4** du CSS et les **mutuelles** dont le rôle était confirmé. À défaut de généralisation de la prévoyance à la fin des années 1970 de nombreux accords de branches désignent des IP pour la gérer (et notamment pour le maintien du salaire en cas d'arrêt de travail suite à la loi de mensualisation du 19 janvier 1978).

La prévoyance va ensuite faire l'objet de plusieurs réformes reprenant les objectifs du droit communautaire d'ouverture du marché des assurances et de sécurisation financière des opérations. Il va en résulter une plus grande protection des assurés, une convergence des obligations des opérateurs, le passage d'une conception institutionnelle basée sur la démocratie sociale et la répartition à une conception assurantielle avec des provisionnements et la capitalisation. La loi du 25 juillet 1985 réforme le code de la mutualité[1] et permet aux mutuelles d'intervenir en prévoyance collective et la concurrence entre organismes de statuts différents par un « *pluralisme maîtrisé* »[2].

La **loi « *Évin* »** du 31 décembre 1989 *renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques*[3] habilite les institutions de prévoyance relevant du code de la

[1] Loi n° 85-773 du 25 juillet 1985 *portant réforme du code de la mutualité*, JO du 26 juillet 1985, p. 8483.
[2] « *selon le terme consacré à l'époque* ». G. CORON, J.-P. HIGELÉ, L. POINSART, 2008, rapport cité, p. 59.
[3] Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, JO du 2 janvier 1990, p. 13.

sécurité sociale (et du code rural), les mutuelles (du code de la mutualité) et, nouveauté, les « *entreprises régies par le code des assurances* » à effectuer les opérations de prévoyance[1].

Plusieurs dispositions de la loi deviennent d'**ordre public**[2].

Ainsi, en cas de garantie collective, l'assureur prendra en charge les suites des états pathologiques antérieurs à l'adhésion au contrat (art. 2)[3], ne devra pas imposer de période probatoire ou de questionnaire médical (art. 4). Pour que la résiliation ou le non-renouvellement du contrat soit sans effet sur le versement des prestations acquises et à venir, la couverture des engagements proviendra de « *provisions représentées par des actifs équivalents* » (art. 7), ce qui modifie la nature du système : à la répartition antérieure fait place la capitalisation.

Par ailleurs, la loi institue une commission de contrôle des institutions de prévoyance complémentaire dont la compétence est étendue aux mutuelles.

Jean-Jacques Dupeyroux titrera à propos de la loi du 31 décembre 1989 : « *Le nouveau régime de la prévoyance complémentaire, la fin d'une grande ambition* »[4].

2. La transposition chaotique des directives assurances de 1992

Les directives assurances depuis 1973[5] posent un principe de « ***spécialité interne*** » de séparation des activités « *vie* » (liées à la durée de la vie humaine) et « *non-vie* » (non liées), fondée sur des techniques actuarielles et des règles prudentielles différentes. S'ajoute un principe de « ***spécialité externe*** », d'incompatibilité d'une activité d'assurance avec toute autre activité commerciale. Les institutions de prévoyance et les mutuelles n'étaient pas concernées par ces directives mais ont souhaité en 1991 être incluses dans leur champ d'application.

Le vote antérieur de la loi Évin a permis au Gouvernement français de demander leur inscription sur la liste des formes juridiques habilitées pour exercer une activité d'assurance[6]

---

[1] prévention et couverture du risque décès, risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou risque chômage. Art. 1er de la loi.

[2] Articles 2, 4, 7 et 9 (remboursements des frais ne pouvant excéder le montant des frais à la charge de l'assuré).

[3] Et une pathologie ou affection ouvrant droit aux prestations en nature du régime général doit être remboursée. Le contrat doit prévoir les conditions de maintien de couverture pour les anciens salariés (ou ayants droit du décédé) et leur limite tarifaire (avec une majoration des primes fixée par décret à 50 % maximum), art 4.

[4] J.-J. Dupeyroux *in Le Monde* du 16 fév. 1990. L'article se termine par :
« *Il est vrai qu'il y a belle lurette que ces compagnies* [d'assurances] *avaient envahi en force le terrain de la prévoyance complémentaire ! En mettant fin au monopole, devenu tout à fait théorique, des " L. 4 " et des mutuelles, le législateur de 1989 a mis le droit en conformité avec les faits. Soit ! Tout de même, l'une des applications les plus intéressantes du principe de démocratie sociale que l'on avait voulu consacrer en 1945-1946 se trouve ainsi rayée de la carte. Dommage ! Ce n'était point-là ambition médiocre*. »

[5] Relatives à la liberté d'établissement (1973, 1979) et à la liberté de prestations de services (1988 et 1990).

[6] J.-J. DUPEYROUX, M. BORGETTO, R. LAFORE, 2011, ouvrage cité, p. 1050.

ce qui sera réalisé par les directives des 18 juin et 10 novembre 1992 achevant le marché unique de l'assurance[1].

Ces directives devaient être transposées avant fin 1993 et le seront en 1994, d'abord pour les assurances par la loi n° 94-5 du 4 janvier puis pour les institutions paritaires par la loi « Veil » n° 94-678 du 8 août. Mais, « *faute que soit décidée en quels termes une transposition adaptée aux spécificités des mutuelles pouvait être réalisée* »[2] elle le sera, pour elles, avec huit ans de retard après de nombreuses relances de la Commission[3] qui introduit un recours en manquement en juillet 1998 aboutissant à la **condamnation de la France** par la Cour de Justice des Communautés Européennes le 16 décembre 1999[4].

Dans l'intervalle, en novembre 1998, le Premier ministre a confié à Michel Rocard une mission de concertation et de proposition définissant des conditions de transposition intégrant les principes mutualistes[5].

La concertation avec les fédérations des mutuelles met en avant le principal point d'achoppement, la gestion des œuvres sociales sous une forme mutualiste ; la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) demandait, de plus, un traitement spécifique exclusivement solidaire du risque santé et le maintien de la spécificité des engagements des mutuelles envers les adhérents.

Le « **rapport Rocard** » de mai 1999 note que les particularités des mutuelles émanent de leurs statuts alors qu'elles pourraient résulter du code de la mutualité (notamment pour le « droit du contrat »). Il considère que « *pour la plus large part, la transposition peut être faite sans remise en cause majeure des principes mutualistes* »[6] et que « *le gouvernement doit choisir entre un texte législatif limité à la transposition des directives ou une réforme plus complète du Code de la mutualité* »[7].

Cette réforme globale, demandée par les représentants de la mutualité est retenue en dépit de ses délais d'élaboration qui n'ont pas permis d'éviter la condamnation de la France.

---

[1] Directives 92/49/CE (3e directive « assurance non vie ») et 92/96/CE (3e « assurance vie ») du Conseil, portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe.
[2] M. ROCARD *et al*., 1999, rapport cité, p. 11.
[3] 10/02/94, 1ère lettre d'observations de la Commission ; 31/03/95, 2ème lettre d'observations ; 31/01/96, lettre de mise en demeure ; 28/11/97, pour la Commission avant-projet français non conforme aux directives. *Idem*.
[4] CJCE, 16 déc. 1999, Aff. C-239/98, Commission des Communautés européennes contre République française.
[5] « *afin d'assurer la pérennité des mutuelles et de protéger efficacement les droits de leurs membres* ». Lettre de mission, M. ROCARD *et al*., 1999, rapport cité, p. 53.
[6] *Idem*, p. 18. La mise en œuvre du principe de spécialité n'interdit pas une gestion des œuvres sociales par une « mutuelle sœur » et une mutuelle peut passer avec d'autres des accords pour la mise à disposition de ses moyens techniques. Le cautionnement mutualiste à titre gratuit présente un risque de contentieux européen : « *si la loi peut permettre la réassurance au sein du mouvement mutualiste, elle ne peut la rendre obligatoire* » (p. 33).
[7] *Ibid*., p. 36. M. Rocard préconisait un texte de transposition « plus restreint » ; le rapport fustige le manque de moyens étatiques de suivi et contrôle du secteur de l'économie sociale, l'absence d'interlocuteur interministériel.

Près de deux ans après la remise du rapport Rocard (délai significatif de l'influence des mutuelles et de la faiblesse administrative en économie sociale), l'**ordonnance du 19 avril 2001** réforme le code de la mutualité en suivant ses préconisations notamment sur la mise en place de « *mutuelles sœurs* » et l'accroissement des pouvoirs de l'autorité de contrôle sur la mutualité[1].

3. Des règles communes pour les assureurs

L'ensemble de ces opérateurs de prévoyance seront désormais soumis à un corps de dispositions similaires de garantie des engagements auprès des assurés se traduisant par des règles prudentielles (constitution de provisions techniques, respect de marges de solvabilité) et la spécialisation des risques.

Désormais ces règles communes d'assurance prédominent sur la nature et les objectifs de l'assureur, à but commercial ou pas.

Pour Jacques Barthélémy, on passe d'une conception institutionnelle à assurantielle sous « *l'impérialisme du droit de la concurrence* » qui, « *a conduit à l'abandon de la conception originale de la protection sociale qui avait vu le jour aux lendemains de la Libération* »[2].

Selon leur durée de court, moyen ou long terme[3], les risques nécessiteront des engagements de couverture différents. Leur vaste domaine défini par l'article L. 911-2 CSS[4] a concerné à l'origine les risques lourds[5], la complémentaire santé connaissant aujourd'hui un développement rapide.

Cette **protection sociale collective** pour les salariés, anciens salariés et ayant droits est mise en place par convention ou accord collectif, projet d'accord référendaire proposé par le chef d'entreprise ou décision unilatérale de sa part (art. L. 911-1 CSS)[6].

Notons que la « portabilité » permettant aux salariés licenciés de bénéficier de leur prévoyance pendant neuf mois de chômage, suite à l'ANI du 11 janvier 2008 sur la

---

[1] Antérieurement la Commission de Contrôle des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance (CCMIP) disposait de moins de pouvoirs pour contrôler les mutuelles que lorsqu'elle contrôlait les IP.

[2] Sauf pour les régimes de retraite complémentaire. J. BARTHÉLÉMY, 2006, article cité, p. 11. « *L'ordonnance de 1945 avait jeté les bases d'un droit conventionnel de la sécurité sociale.* […] *Le provisionnement des engagements facilite le changement d'opérateur, donc la libre concurrence, mais anéantit l'ambition initiale* ».

[3] Court terme (équilibres sur un à 2 ans) : complémentaire santé, capital décès ; moyen terme (5 à 10 ans) : incapacité, invalidité, rente d'éducation ; long terme : rente de conjoint, dépendance, retraite supplémentaire.

[4] Art. L. 911-2 CSS : *Les garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-1 ont notamment pour objet de prévoir, au profit des salariés, des anciens salariés et de leurs ayants droit, la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, des risques d'inaptitude et du risque chômage, ainsi que la constitution d'avantages sous forme de pensions de retraite, d'indemnités ou de primes de départ en retraite ou de fin de carrière.*

[5] Compléments d'IJ, d'invalidité, prestations décès (capital, rentes de survivants) plus récemment dépendance.

[6] Sur cette mise en place, voir P. COURSIER, B. SERIZAY, *dir.*, 2011, ouvrage cité, notamment p. 13 à 24.

modernisation du marché du travail, a souvent fait l'objet d'une mutualisation de financement par les branches témoignant, à leur niveau, de la persistance d'une solidarité entre salariés[1].

B) ***Une mission d'intérêt économique général***

Des règles prudentielles ont pour but de protéger les assurés qui ont une obligation d'assurance en cas de clause de désignation prévue par un accord collectif.

1. Une gestion des risques prudentielle

Les réformes législatives depuis 1985 harmonisent une réglementation figurant dans divers codes en fonction des acteurs. Ainsi, suite à une directive européenne de 2006, les entreprises d'assurances, mutuelles, IP doivent avoir un « *comité spécialisé* » du conseil d'administration ou de surveillance chargé du suivi du processus d'élaboration de l'information financière, de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques, du contrôle légal des comptes annuels et de l'indépendance des commissaires aux comptes[2].

L'**Autorité de Contrôle Prudentiel** (ACP), a remplacé le 9 mars 2010 plusieurs instances dont l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM)[3]. Elle contrôle désormais les mutuelles, les institutions de prévoyance et les établissements d'assurance mais aussi bancaires, changement significatif de la convergence de ces deux mondes (même si les assureurs étaient réticents à une tutelle commune avec les banques, leur métier étant différent). L'ordonnance créant cette autorité administrative indépendante introduit les mêmes exigences dans les codes des assurances, de la mutualité, de la sécurité sociale pour les assureurs, mutuelles et institutions paritaires.

L'ACP « *veille à la préservation de la stabilité du système financier et à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des personnes soumises à son contrôle* »[4].

Elle comprend un collège[5] présidé par le gouverneur de la Banque de France et une commission des sanctions. Elle accorde l'agrément administratif aux établissements, est chargée d'une surveillance permanente de leur situation financière et de leurs conditions d'exploitation, a des pouvoirs de contrôle (sur pièces et sur place), de police administrative

---

[1] De juillet 2009 à fin 2010, 84 CCN ont fait l'objet d'un avenant dont 70 avec mutualisation : « *les cotisations des salariés en activité financent la portabilité des salariés licenciés* ». Instance coordination, rapport cité, p. 28.
[2] Art. L. 823-19 du code du commerce (art. 14 de l'ordonnance n° 2008-1278 du 8 décembre 2008 *transposant la directive 2006/43/CE du 17 mai 2006 et relative aux commissaires aux comptes*, JO du 9 déc. 2008, p 18720).
[3] Et le Comité des entreprises d'assurance, celui des établissements de crédit, la Commission bancaire
[4] Art. L. 612-1 code monétaire et financier (CMF) résultant de l'art. 1er de l'ordonnance n° 2010-76 du 21 janvier 2010 *portant fusion des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance*, JO du 22, p. 1392.
[5] De 16 membres, la plupart nommés par le ministre de l'Économie. Lorsque l'ACP traite des mutuelles ou IP le directeur de la sécurité sociale y siège en qualité de commissaire du Gouvernement (art. L. 612-11 CMF).

(mises en garde, mesures conservatoires …) et de sanctions disciplinaires allant jusqu'au retrait d'agrément.

Elle contrôle tout particulièrement le respect des règles prudentielles notamment par le rapport de solvabilité, établi annuellement par le CA de l'assureur qui doit constituer des provisions techniques et une « **marge de solvabilité** »[1]. Pour les mutuelles, elle a remplacé la « marge de sécurité » du code de la Mutualité de 1985 et nécessité des capitaux propres plus importants d'où des fusions, associations et accords de réassurance avec des institutions de prévoyance voire des entreprises d'assurance. Ces marges devront encore croître avec la mise en place de la directive du 25 novembre 2009 - non encore transposée - dite « Solvabilité 2 ».

Elle doit, en 2014, remplacer la directive du 5 mars 2002 (« Solvabilité 1 »)[2] pour faciliter l'accès aux activités d'assurance et de réassurance et leur exercice, améliorer la protection des assurés par une adéquation des fonds propres aux risques des assureurs, renforcer leur gouvernance et le contrôle de leurs opérations, améliorer la qualité de l'information financière diffusée, éléments significatifs des concepts de gouvernance[3].

Dans le prolongement des normes IFRS[4], la valeur comptable historique de Solvabilité 1 sera remplacée par une évaluation du bilan en valeur du marché (« *fair value* »).

Il s'agit aussi de mettre en place une **gestion des risques** interne pour que la marge de solvabilité reflète le niveau de risque réel de l'assureur. « *Cette évolution aura des répercussions déterminantes sur la solidité financière, sur la gestion et sur la gouvernance des entreprises d'assurance* »[5].

2. Clauses de désignation et mission d'intérêt économique général

Dans cette prévoyance négociée par les partenaires sociaux, les garanties peuvent être obligatoires pour l'entreprise et tous ses salariés ; les partenaires sociaux d'une branche professionnelle ont la possibilité par une « clause de désignation » de faire gérer par un ou plusieurs assureurs l'ensemble des contrats (avec réexamen au moins tous les cinq ans).

---

[1] Et un fonds minimum de garantie part irréductible de 1/3 de la marge de solvabilité. Cette marge, fonction des primes ou sinistres, est en fait de 26 % des prestations annuelles.

[2] Directive 2002/13/CE du Parlement Européen et du Conseil *modifiant la directive 73/239/CEE du Conseil en ce qui concerne l'exigence de marge de solvabilité des entreprises d'assurance non-vie*.

[3] Solvabilité 2 (comme Bâle 2 dans le secteur bancaire), repose sur trois piliers adaptés à l'assurance. Le 1er sur les marges de solvabilité : Minimum de Capital Requis (MCR) de fonds propres en dessous duquel l'intervention de l'autorité de contrôle sera automatique et Capital de Solvabilité Requis (SCR) pour absorber un risque majeur. Le 2ème renforce la gouvernance des assureurs et le rôle du superviseur, la procédure de surveillance s'assure que la compagnie est bien capitalisée et en mesure de maîtriser ses risques. Le 3ème, définit les règles de diffusion des données financières et de solvabilité auprès des autorités de contrôle, des assurés, des marchés financiers.

[4] International Financial Reporting Standards, voir supra p. 22.

[5] G. BOUVEROT, Rapport sur la gouvernance des GPS, 2009, rapport cité, p. 53.

Lorsqu'une entreprise avait déjà souscrit un contrat, il doit être adapté (art. L. 912-1, al. 2. CSS) sauf si une « **clause de migration** » l'oblige à rejoindre le nouveau contrat désigné.

Un boulanger refusant d'adhérer à l'AG2R Prévoyance, désigné par avenant à la CCN de la boulangerie artisanale française, a été assigné devant le Tribunal de Grande Instance de Périgueux pour payer ses cotisations. Le TGI a posé une question préjudicielle sur la conformité d'une clause de migration obligatoire aux dispositions communautaires et sur l'absence de position dominante de l'assureur désigné.

La **Cour de justice de l'Union européenne** s'est prononcée par un arrêt du 3 mars 2011. Elle a considéré que les règles de libre concurrence du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) ne s'opposaient pas à la décision d'extension des pouvoirs publics d'un accord « *issu de négociations collectives qui prévoit l'affiliation obligatoire à un régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé pour l'ensemble des entreprises du secteur concerné, sans possibilité de dispense* »[1].

Pour la Cour, l'activité de gestion de ce type de régime est économique et donc exercée par une entreprise mais elle a vérifié « *la mise en œuvre du principe de solidarité* »[2]. Elle a conclu que « *la suppression d'une clause de migration pourrait aboutir à une impossibilité pour l'organisme concerné d'accomplir les missions d'intérêt économique général qui lui ont été imparties dans des conditions économiquement acceptables* ». Les articles 102 et 106 TFUE ne s'opposent pas « *à ce que les pouvoirs publics investissent un organisme de prévoyance du droit exclusif de gérer ce régime* », sans possibilité de dispense d'affiliation des entreprises, la Cour allant au-delà de sa jurisprudence Albany (affaire dans laquelle l'accord prévoyait ces dispenses d'affiliation au fonds de pension).

La Cour de justice de l'Union européenne conforte ainsi en prévoyance la **mission d'intérêt économique général** et la gestion par des régimes, qui méritent, pour Jacques Barthélémy la qualification, « *de Sécurité sociale de nature conventionnelle* »[3].

Toutefois, elle est assurée par des acteurs dont la finalité n'est pas toujours sans but lucratif ainsi que nous allons le voir et cette mission d'intérêt général peut à terme contribuer à accroître leur légitimité pour gérer la protection sociale au détriment de la Sécurité sociale légale et obligatoire.

---

[1] CJUE, 3 mars 2011, affaire C 437/09, AG2R c/Beaudout.

[2] Pour la Cour ce régime est « *caractérisé par un degré élevé de solidarité* » : cotisations forfaitaires et non proportionnelles au risque assuré, prestations servies indépendamment de cotisations dans certains cas.

[3] J. BARTHÉLÉMY, 2011, article cité, p. 858. Pour l'auteur cette appellation « *n'est pas usurpée* » si le degré de solidarité est très élevé. « *L'accord de prévoyance respectueux de l'article L. 912-1 permet, malgré la conception assurantielle liée aux exigences du droit de la concurrence, de maintenir, par le biais d'un objectif de solidarité, la conception institutionnelle héritée de l'ordonnance de 1945* ».

§ 2 Des acteurs de plus en plus proches

Les intervenants aux formes différentes, sociétés de capitaux ou de personnes, sont tous, pour les directives européennes, des « *entreprises d'assurance* »[1]. Le registre des organismes d'assurance de l'ACP en comporte, début 2012, 1074 actifs dont 672 mutuelles du livre II, 327 entreprises d'assurance (63 vie, 224 non vie, 40 mixtes), 51 Institutions de prévoyance[2].

A) *Les mutuelles et la Mutualité française*

La loi du 1er avril 1898 *relative aux sociétés de secours mutuels*, dite « Charte de la mutualité », étend leur action traditionnelle de couverture maladie aux assurances en cas de vie et d'accident ainsi qu'aux pensions de retraite. Après 1945, elles vont être en opposition avec la Sécurité sociale avant un accord avec la Fédération nationale des organismes de sécurité sociale (FNOSS) préfigurant deux lois de 1947 permettant aux mutuelles de fonctionnaires de payer les prestations pour le compte des caisses primaires[3]. Elles seront les acteurs majeurs de la couverture complémentaire du risque maladie mais pas uniques contrairement à leurs souhaits[4].

Le nouveau code de la mutualité résultant de la transposition des directives assurances et l'évolution du contexte vont contribuer à rénover la gouvernance de la Mutualité française.

1. Les mutuelles dans le nouveau code de la mutualité

Les mutuelles (dites « *45* »), sont régies par le Code mutualité réécrit par l'ordonnance du 19 avril 2001[5]. Pour le rapport au Président de la République, la plupart de ses mesures « *sont issues d'une large concertation avec le mouvement mutualiste* [qui] *disposera ainsi d'un cadre juridique modernisé qui lui permettra d'assurer pleinement son rôle d'acteur de la protection sociale complémentaire solidaire* ».

---

[1] « *l'objectif est de limiter les risques pour les adhérents et sur ce terrain prudentiel, ce n'est pas le caractère lucratif mais la nature de l'activité qui doit être examiné* ». M. ROCARD *et al*., 1999, rapport cité, p. 9.

[2] Et 19 entreprises de réassurance des trois secteurs, 5 succursales d'entreprises de pays tiers hors EEE. Source ACP fichier Excel, liste des organismes actifs au 01/01/2012, site internet acp.banque-france.fr

[3] La loi n° 47-460 du 19 mars 1947 *tendant à modifier l'ordonnance du 4 octobre 1945 sur l'organisation administrative de la sécurité sociale dans l'intérêt de la mutualité française*, JO du 20 mars, p. 2622, prévoit que les caisses primaires paient les prestations à leurs guichets ou par des sections locales (notamment sociétés mutualistes). La loi n° 47-649 du 9 avril 1947 (dite Morice) *portant ratification du décret n° 46-2971 du 31-12-1946 relatif à l'institution du régime de sécurité sociale des fonctionnaires* (JO du 10 avril, p. 3334) en donne la compétence aux mutuelles de fonctionnaires. Un accord entre la FNOSS et la FNMF, le 25 fév. 1947, définit la place de la Mutualité dans le régime. http://www.musee.mutualite.fr/musee/musee-mutualite.nsf/ObR/morice

[4] « *En 1978, un accord entre les syndicats CGT, FO, CFDT, FEN, CFTC et les deux fédérations mutualistes, proclama la volonté de toutes ces organisations de confier la santé au secteur non lucratif. Or, dès les années 80 c'est bien l'inverse qui se produisit* ». G. CORON, J.-P. HIGELÉ, L. POINSART, 2008, rapport cité, p. 57.

[5] Ordonnance n° 2001-350 du 19 avril 2001 *relative au code de la mutualité et transposant les directives 92/49/CEE et 92/96/CEE du Conseil des 18 juin et 10 novembre 1992*, JO du 22 avril, p. 6288.

Le rapport indique les **six orientations du code** :

- spécificité de l'adhésion à une mutuelle qui permet de participer à son fonctionnement ;
- principes mutualistes fondés sur l'absence de sélection médicale, d'individualisation des cotisations selon l'état de santé et de stage lors de l'adhésion à la mutuelle (art. L. 112-1) ;
- principe communautaire de spécialité séparant les « mutuelles assurances » (livre II) de celles du livre III « dédiées »[1] à la prévention, à la gestion de réalisations sanitaires et sociales ;
- amélioration de la transparence financière, l'assemblée générale devenant destinataire des informations comptables et financières nécessaires à leur contrôle ;
- mise en place d'un statut de l'élu mutualiste (indemnisation transparente des pertes de gains professionnels, réglementation des cumuls de mandat et fixation de limites d'âge) ;
- redéfinition du rôle des fédérations n'intervenant plus directement en assurance.

Par le premier article du code, les mutuelles contribuent au « *développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie* » grâce à leurs cotisations. Il étend leur champ de compétence en matière d'assurance[2], le précise en prévention, action sociale, gestion de réalisations sanitaires ou sociales ou d'un régime légal d'assurance maladie.

Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif créées par la volonté de personnes réunies en Assemblée générale qui définit les prestations et les cotisations[3]. Ses décisions « *s'imposent à l'organisme et à ses membres* ». Elle élit à bulletin secret les administrateurs selon le principe « **un homme, une voix** ».

Le **conseil d'administration** détermine les orientations, veille à leur application, « *se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme* », arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion présenté à l'AG[4]. Il élit (et démet *ad libitum*) le président qui dirige ses travaux. Le code prévoit pour les administrateurs, lors de leur première année d'exercice, un programme de formation à la gestion, définit les conditions de nomination de commissaires aux comptes. Les seules dispositions concernant les dirigeants salariés sont relatives aux incompatibilités identiques à celles des administrateurs. À côté de ces

---

[1] « *dédiées* » ou « *sœurs* », contrôlées par la Mission nationale de contrôle et d'audit, art. 2 arrêté du 9 nov. 2009.
[2] Article L. 111-1 a) dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ; b) engagements « vie », capital en cas de mariage ou de naissance, épargne ; c) protection juridique et assistance ; d) perte de revenus liée au chômage ; e) caution habitat. Une mutuelle ne peut contracter à la fois des engagements du b et ceux en c, d et e.
[3] Et la modification des statuts, l'adhésion à une union ou fédération, la fusion, la conclusion d'une convention de substitution, l'examen des rapports de gestion et comptes, du plan prévisionnel de financement. Art. L. 114-9.
[4] Rendant compte des participations dans des sociétés du code de commerce, des organismes avec lesquels elle constitue un groupe, des versements aux administrateurs et dirigeants salariés, de leurs mandats. Art. L. 114-17.

prescriptions légales, ce sont les statuts des mutuelles qui déterminent les modalités de leur gouvernance[1].

Le Livre IV du code (« Relations avec l'État et les autres collectivités publiques »), institue un **Conseil supérieur de la mutualité** au rôle de proposition et consultatif sur tout projet de texte législatif ou réglementaire, de règlement ou directive communautaire et sur l'agrément des mutuelles. Présidé par le ministre chargé de la mutualité, il était composé majoritairement de représentants élus par les comités régionaux de coordination de la mutualité mais n'avait pas été réuni en formation plénière depuis 2006 « *en raison de son caractère pléthorique* »[2].

Par la **loi du 14 mars 2012**[3], les fédérations les plus représentatives (avant tout la FNMF) y désigneront les représentants des mutuelles. À l'élection succède la désignation nationale et les comités régionaux de coordination sont supprimés, confirmant, ici encore, une tendance à la centralisation[4].

2. La gouvernance rénovée de la Mutualité française

Par principe, les mutuelles sont indépendantes et peuvent adhérer à des unions et fédérations. La plus importante, la Fédération Nationale de la Mutualité Française (**FNMF**), se revendique « *premier mouvement social français qui regroupe 95% des vraies mutuelles* »[5] couvrant 38 millions de personnes en complémentaire santé et prévoyance et autres services[6].

La FNMF représente les mutuelles, leur assure des services supports (conseils juridique, formation), les accompagne à la mise en place de la directive Solvabilité 2, qui les incite à se rapprocher de la « maison commune »[7]. Elle coordonne et met en œuvre des actions de prévention de la santé et des réseaux de soins.

Le **groupe** « Mutualité Française » comprend la FNMF, l'Union nationale de la prévoyance de la Mutualité française (UNPMF), le Groupement de gestion du patrimoine et des moyens de la Mutualité française (GMPF), le Service fédéral de garantie (SFG), un pôle

---

[1] Notamment composition du CA, limite d'âge et durée des mandats, conditions de vote, délégation des pouvoirs aux dirigeants salariés, représentation pour les actes de la vie civile et actions en justice. (Art. L. 114-4).
[2] Y. BUR, 2012, rapport cité, p. 20.
[3] Loi n° 2012-355, JO du 15, p. 4707. Issue d'une proposition de loi reprenant l'art. 55 de la loi « Fourcade » du 10 août 2011 réformant la loi HPST invalidé par le Conseil constitutionnel comme cavalier législatif.
[4] Au motif que le suivi des mutuelles n'était plus effectué au niveau régional depuis la disparition des DRASS.
[5] À côté, la Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM), créée en 1989 revendique une trentaine d'organismes fédérés (mutuelles et unions) et 1,5 million de personnes protégées. www.fnim.fr
[6] 900 mutuelles dont 600 mutuelles santé du livre II, 20,7 Md€ de chiffre d'affaires en 2010 (dont 16,9 Md€ complémentaires santé, 3,8 Md€ de Prévoyance vie et non-vie ; en plus 2,8 Md€ d'activités sanitaire, sociale et médico-sociale : 2500 structures, 111 établissements hospitaliers, 700 magasins d'optique, 445 centres dentaires). Source Mutualité Française, *La Mutualité en chiffres*, édition 2011, 12 p.
[7] « *Alors que solvabilité 2 approche comme un orage menaçant à l'horizon, tout le monde cherche un abri* [...]. *La FNMF incarne donc aujourd'hui cette maison commune* ». *L'Argus de l'assurance*, 26 novembre 2010.

de réassurance (MutRé SA constitué avec la Matmut et Scor Global Life, société européenne de réassurance vie).

Sa gouvernance a été rénovée par une assemblée générale extraordinaire réformant, le 12 **décembre 2008**, ses statuts pour les adapter à la diminution du nombre des mutuelles, donner un plus grand rôle à la FNMF et assurer la représentation du mouvement auprès des futures ARS, remplaçant une légitimité ascendante et venant de la base, par une légitimité nationale.

L'Assemblée générale[1], « *organe suprême de décision* », se prononce sur les orientations stratégiques et approuve les comptes présentés par le Conseil d'administration. Elle élit pour six ans le CA qui a une compétence de principe et le président[2], porte-parole de la FNMF, qui la représente en justice et dans tous les actes de la vie civile, veille à son bon fonctionnement. Le **Président** est l'organe majeur qui dispose de la légitimité d'une désignation par l'assemblée générale. Il préside le conseil national des mutuelles[3] chargé de faire des propositions au Conseil d'administration dans le prolongement des AG.

Pour plus de réactivité, les instances fédérales sont resserrées. La réforme des statuts réduit de 108 à 40 le nombre d'administrateurs et donne une place majeure aux mutuelles de santé (70 % des délégués à l'AG et 75 % des administrateurs). Le bureau (le président et seize membres élus par l'AG pour deux ans) reprend les missions du Comité exécutif (90 membres avec une forte représentation territoriale) qui a été supprimé.

La Fédération nationale FNMF a renforcé son pouvoir[4] et celui des **unions régionales** qui exercent désormais les missions de la fédération, la représentent (notamment auprès des ARS), fédèrent les mutuelles au niveau régional et y conduisent des actions de prévention et promotion de la santé. Le rôle des instances locales se réduit : elles sont moins représentées dans les instances fédérales et les unions départementales ont été remplacées par des unions territoriales au rôle limité à la gestion de 60 % des services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM). La Mutualité française a mis en place un conventionnement hospitalier et s'interroge sur la restructuration de certains services de soins déficitaires[5].

Le **congrès** « *conduit par le président et le bureau de la Fédération* », réunit tous les trois ans les groupements mutualistes. Son importance est grande : le Président de la République y

---

[1] 1.000 délégués dont 700 des mutuelles santé, 200 des unions régionales et 100 des gestionnaires des Ssam.
[2] René TEULADE de 1979 à 1992, puis Jean-Pierre DAVANT jusqu'en 2010 et depuis Etienne CANIARD.
[3] Qui regroupe le conseil des mutuelles santé (définissant le cadre de contractualisation avec les offreurs de soins et les critères de leur référencement ainsi que les prises de position à l'UNOCAM), celui des Ssam, le conseil des unions et mutuelles de prévoyance retraite.
[4] En 2010 appel et perception par la FNMF d'une cotisation fédérale unifiée intégrant les cotisations fédératives préalablement versées aux unions régionales et départementales. FNMF, *Rapport de gestion 2010*, p. 8.
[5] Le conventionnement hospitalier qui doit apporter aux adhérents des soins de qualité à des tarifs maîtrisés et avec tiers payant est expérimenté dans trois régions avant une généralisation au cours de 2012. Source *idem*.

assiste et ses prises de positions ne manquent pas d'influencer la politique de la santé. Au congrès de Bordeaux, en 2009 est lancé le programme « *Priorité santé mutualiste* »[1].

En 2012, la Mutualité Française met au débat public ses orientations sur le système de santé (cf. infra § 2), volonté de communication qui rappelle les « 25 propositions » faites avant la réforme de l'Assurance maladie de 2004. Cette attitude offensive contraste avec celle du régime général dont la voix du Conseil de la CNAM est peu audible. Son souhait d'avoir une place importante dans le fonctionnement du système peut se heurter aux pouvoirs publics.

Au sein de la FNMF, plus de 10 % des mutuelles sont adossées à des GPS.

B) *Les autres intervenants*

À côté des mutuelles interviennent les institutions de prévoyance (IP) appartenant souvent à des GPS, les assurances et le régime local d'Alsace-Moselle, un peu méconnu.

1. Les institutions de prévoyance et le CTIP

Les institutions de prévoyance occupent une place importante en contrats collectifs (45 % de leur montant total et près de 60 % avec les mutuelles et société d'assurances de leurs GPS) secteur dans lequel elles ont développé à l'origine la prévoyance décès, invalidité et incapacité de travail puis investi la complémentaire santé à la fin des années 1970[2].

Ces organismes sans but lucratif ont une **gestion paritaire** par des membres adhérents et participants. Ils sont réglementés par le titre 3 du livre 9 du code de la sécurité sociale. L'article L. 931-1 CSS précise leurs activités réparties en branche comme dans les assurances[3] et voisines de celles des mutuelles[4] avec une action sociale gérée par des personnes morales différentes suivant le principe de spécialité. Elles peuvent constituer des unions pour mutualiser des engagements, couvrir ou réassurer des risques.

Les modalités de leur création dépendent de leur champ d'intervention : pour une entreprise ou branche professionnelle, par convention ou accord collectif (ou référendum de ratification d'un projet de l'employeur) ; pour plusieurs branches, professions ou entreprises, par une assemblée générale constitutive réunissant les adhérents et participants.

---

[1] « *bouquet de services* » à l'objectif d'accompagnement par des conseillers médicaux ou sociaux et l'orientation dans le système de soins. Ce service « *a connu un demi-succès. Certains étaient réticents sur le fond, d'autres sur sa forme très centralisée*». En 2011, il passe sur Internet. Source *L'Argus de l'assurance.com*, 25 nov. 2011.

[2] Source : Instance de coordination, rapport cité, p. 22.

[3] Les institutions de prévoyance « *vont demander leur entrée dans les directives assurances de façon à se mettre sur un pied d'égalité avec les autre intervenants du secteur de l'assurance des personnes, et en premier lieu les compagnies d'assurance* ». P. CHAPERON, 1999, article cité, p. 473.

[4] a) engagements « vie », capital en cas de mariage ou de naissance, épargne en vue de la capitalisation ;
b) dommages liés aux accidents et à la maladie ; c) risque chômage (exclusif pour une IP des couvertures du a).

Le **décret du 3 août 1999**[1] précise leur gouvernance (voisine de celles des IRC) et la désignation des administrateurs est prévue par les statuts[2]. Ils sont le plus souvent nommés par les organisations syndicales d'employeurs et de salariés[3]. Le conseil d'administration « *investi des pouvoirs les plus étendus pour administrer l'institution* » (art. R. 931-3-11 CSS) détermine les orientations des activités et des placements, de l'action sociale. Il nomme et révoque le directeur général, détermine son contrat de travail et ses délégations. Il élit (et révoque) le président et le vice-président appartenant à des collèges différents et dont la présidence alterne pendant le mandat.

Le **Centre technique des institutions de prévoyance** (CTIP), créé par une vingtaine d'institutions de prévoyance en 1986, est leur porte-parole et a pour objet de favoriser leur développement et de promouvoir la prévoyance collective. En 2012, il regroupe 51 IP couvrant 12,7 millions de salariés de deux millions d'entreprises. Depuis une décision des partenaires sociaux de tous les secteurs du 4 novembre 2004[4] renforçant leur implication au sein du CTIP, ses 30 administrateurs sont désignés par les organisations syndicales nationales[5]. Un Bureau paritaire de dix membres prépare les travaux du CA et contrôle l'exécution des décisions. La présidence est assurée par chaque collège pour deux ans[6].

Pour les administrateurs des institutions, le CTIP joue un rôle d'expertise par des actions de formation[7] et une offre documentaire. À la suite de la loi de régulation bancaire et financière du 22 octobre 2010 élargissant les attributions des comités d'audit, il a publié en janvier 2011 des recommandations pour les travaux des CA et un Guide de l'administrateur[8].

À noter qu'au sein de l'Union nationale des organismes complémentaires (UNOCAM), les positions du CTIP « *se rapprochent davantage de celles de la FFSA que de la FNMF* »[9], ce qui interroge sur celles des partenaires sociaux notamment des représentants des salariés.

---

[1] D. n° 99-683 relatif au fonctionnement des institutions de prévoyance et modifiant le CSS, JO du 6, p. 11904.

[2] Les statuts doivent prévoir pour le président et vice-président une limite d'âge qui, à défaut est de 70 ans (art. R. 931-3-16). Ne peuvent être exercés simultanément plus de 3 mandats de présidence d'une IP ou d'une union.

[3] Et pour ces derniers selon leur représentativité ou avec un nombre égal de sièges. L'élection est faite par les participants si l'IP résulte d'un référendum. En cas d'Assemblée générale, l'élection du CA est faite par elle ou par désignation par les syndicats ou selon un système mixte d'élection et de désignation. Art. R. 931-3-2 CSS.

[4] Signataires MEDEF, CGPME, UPA, UNAPL, FNSEA et CFDT, CFTC, CFE-CGC, CGT, CGT-FO.

[5] Dont au moins la moitié doit être issus dans chaque collège d'une institution de prévoyance.

[6] Et le Comité des directeurs regroupe les DG des IP et un Comité exécutif présidé par le Délégué général du CTIP et composé de directeurs généraux assure la mise en œuvre des orientations stratégiques.

[7] Pour 2011, 3 modules de formation : la Gouvernance ; les garanties, le calcul du tarif et des engagements ; le pilotage technique et financier d'une institution de prévoyance. CTIP, Rapport annuel 2010, p. 27.

[8] CTIP, « *Recommandations sur l'organisation des travaux du conseil d'administration et son rôle en matière de contrôle interne et des risques* », janvier 2011, 64 p ; CTIP, 2011, *Guide de l'administrateur*…, document cité.

[9] « *En effet, leurs revendications de liberté de choix des garanties dans le cadre de la négociation professionnelle, ainsi que leur acceptation non seulement des contraintes, mais aussi parfois du rôle vertueux du*

2. Le monde hétérogène des sociétés d'assurances

Les entreprises d'assurances[1], regroupent des sociétés anonymes à but lucratif et des « *sociétés d'assurance mutuelles* » (SAM) à objet non commercial, fonctionnant sans capital social dont les « *sociétés mutuelles d'assurances* » (SMA) constituent une forme particulière[2]. Ces dernières sont des associations à caractère régional ou professionnel qui ne rémunèrent pas d'intermédiaire pour acquérir des contrats, n'attribuent pas de rémunération à leurs gérants ou administrateurs et répartissent leurs excédents entre leurs membres[3].

Après avoir assuré les accidents du travail jusqu'en 1946, longtemps centrées sur les risques automobile et habitation, les sociétés d'assurance se sont diversifiées en couverture complémentaire santé à partir des années 1980 (même si cette activité reste pour elles secondaire) et contribuent au remboursement des prestations maladie des indépendants.

La Fédération Française des Sociétés d'Assurances (**FFSA**), créée en 1937, regroupe les sociétés anonymes et des sociétés d'assurance mutuelle (SAM), alors que d'autres SAM adhèrent depuis 1964 au Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (**GEMA**)[4]. Il a créé avec la FFSA en 2007 l'Association française de l'assurance pour assurer une meilleure représentativité du secteur. La FFSA appartient au Comité européen des assurances (CEA) regroupant trente assureurs des pays européens.

De nouveaux intervenants sont apparus sur le marché des assurances et complémentaires santé, les dynamiques « bancassureurs »[5] et la grande distribution.

La mise en œuvre de la directive « *Solvabilité 2* » pourrait accentuer les regroupements entre les secteurs, augmentant la taille de « groupes », notamment en réunissant des mutuelles santé du livre II avec des mutuelles d'assurance pour diversifier les risques ou avec des Institutions de prévoyance pour assurer une complémentarité entre assurances individuelles et collectives.

---

marché dans la régulation du système, sont finalement très semblables à des positions que l'on peut trouver chez les assureurs ». G. CORON, J.-P. HIGELÉ, L. POINSART, 2008, rapport cité, p. 77.

[1] Aux opérations classées en branches et sous-branches notamment, branche 1 accidents ; 2 maladie ; 8 incendie et éléments naturels ; 15 caution ; 17 protection juridique ; 18 assistance ; 20 vie-décès ; 21 nuptialité-natalité.

[2] Avec les sociétés à forme tontinière et sociétés ou caisses d'assurance et de réassurance mutuelles agricoles.

[3] Article R322-93 Code des assurances. Par l'art. R322-98 elles doivent faire figurer dans leurs statuts et dans tous les documents à caractère contractuel ou publicitaire "société mutuelle d'assurance à cotisations variables".

[4] Créé en 1964 par la MAAF, la MACIF, la MAIF, la MATMUT et la GMF. *Lettre de l'IFA*, juin 2010, p. 11. Par rapport aux mutuelles régies par le code de la mutualité, la terminologie d'assurance mutuelle est ambiguë.

[5] En 2010 le Crédit Mutuel était le 16e organisme complémentaire d'assurance maladie (OCAM) avec un CA de 412 M€, PACIFICA appartenant au Crédit Agricole 19e (CA de 369 M€, + 28 % en 2 ans). À la 1e place, une mutuelles, la MGEN, (CA 1,292 Md€ en 2010), à la 2e l'assurance AXA (1,242 Md€), 3e une Institution de prévoyance, BTP prévoyance (1,069 Md€). Source, *Rapport d'activité Fonds CMU*, rapport cité, 2011, p. 100 s.

3. Le régime « local d'Alsace-Moselle » pérennisé par la volonté régionale

Ce régime est le **fruit de l'histoire**. Suite à l'annexion de l'Alsace-Lorraine par l'Allemagne, le régime d'assurances sociales bismarckien y est instauré à partir de 1884 et maintenu en 1919. Un décret du 12 juin 1946[1], conserve « à titre transitoire », un régime particulier ayant une couverture obligatoire et complémentaire de celle du régime obligatoire d'assurance maladie.

Ce régime local va connaître des difficultés financières après sa prise en charge - décidée par les pouvoirs publics et contestée par les caisses locales - du forfait journalier hospitalier. Paradoxalement, elles conduiront, suite à des débats sur l'avenir du régime à son autonomie demandée par les représentants des salariés, seuls financeurs. Sa pérennisation intervient avec la loi DMOS du 31 décembre 1991 supprimant le caractère provisoire du régime[2]. La **loi** « ***Veil*** » du 25 juillet 1994[3] lui donne son autonomie en créant une instance de gestion qui fixera les cotisations dans la limite d'une fourchette fixée par décret (entre 0,75 % et 2,5 %). Les membres délibératifs de son conseil d'administration sont des représentants des **syndicats de salariés** dont le décret n° 95-349 du 31 mars 1995 fixe la composition[4] et les attributions.

À partir des travaux du conseil d'administration, une loi du 14 avril 1998 consolide le régime notamment en définissant ses ressources et bénéficiaires[5].

Il en couvrait en 2009, 2,1 millions et était financé par 1,6 million de salariés et retraités du secteur privé[6]. À la demande du régime, la loi du 14 mars 2012[7] n'en fait plus bénéficier ceux dont le siège de l'entreprise est dans la région mais qui travaillent en dehors de la région. Le régime verse des **prestations complémentaires** dans la limite des tarifs du régime de base :

---

[1] D. n° 46-1428 *prévoyant des mesures transitoires pour l'application dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle du nouveau régime de Sécurité sociale*, JO du 14 juin 1946, p. 5244. Il permettait également aux assurés relevant du régime local avant juillet 1946 de demander la liquidation de leur retraite sur sa base si elle était plus favorable. Les seuils d'effectifs de tarification AT/MP sont différents.

[2] Art. 5 loi 91-1406 du 31 déc. 1991 *portant diverses dispositions d'ordre social*, JO du 4 janvier 1992.

[3] Art 39 et 40 de la loi 94-637 *relative à la Sécurité sociale* (JO du 27 juil., p. 10823) issus de deux amendements d'un député Alsacien, Mme Veil, ministre d'État, s'en remettant à la sagesse de l'Assemblée nationale.

[4] Article D. 325-3 CSS.1° délibérants, 23 assurés sociaux, CFDT 7, CGT 6, CGT-FO 4, CFTC 4, CFE-CGC 2, une personne qualifiée d'une organisation salariée désignée par le préfet ; un représentant FNMF. 2° consultatifs, un représentant associations familiales, un des CODERPA des départements, un médecin-conseil ; le directeur et l'agent comptable du régime local. 3° Trois représentants des employeurs assistent au CA.

[5] Loi n° 98-278 *relative au régime local* …, JO du 16. Elle fait suite à une proposition de loi émanant de tous les sénateurs d'Alsace-Moselle adoptée le 21 octobre 1997 par le Sénat à l'unanimité, amendée par l'Assemblée nationale et adoptée à l'unanimité (puis par le Sénat). R. TRIBY, 1999, ouvrage cité, mise à jour 1998, p. 30,31.

[6] Et les contractuels de droit public. Les salariés agricoles ont un régime local similaire assuré par la MSA.

[7] Loi n° 2012-355 *relative à la gouvernance de la sécurité sociale et à la mutualité*. Elle fusionne les caisses régionales d'assurance maladie et vieillesse d'Alsace-Moselle (dont les CA ont voté le principe en mars 2010) en une CARSAT (disposition adoptée par la loi « Fourcade » du 10 août 2011 et la LFSS pour 2012 et invalidée comme cavaliers législatifs par le Conseil constitutionnel). Le CA de la CARSAT aura parmi les personnes qualifiées un représentant de l'instance de gestion du régime local.

les frais d'hospitalisation sont intégralement remboursés, le ticket modérateur était, à l'origine, de 10 % pour les prestations en nature.

La consommation médicale est très semblable à celle du reste de la France, cette meilleure couverture non inflationniste, n'induit donc pas de phénomène d'« aléa moral » (l'assuré ne consommant pas plus que celui payant un « reste à charge » élevé).

La cotisation est assise sur la totalité des salaires ou revenus de remplacement mais les retraités et chômeurs non imposables en sont exonérés : solidarité d'un régime qui assure une redistribution financière et générationnelle à la différence des complémentaires maladie aux primes souvent forfaitaires, croissantes avec l'âge de l'assuré et plus élevées de près de 25 %[1].

Le Conseil d'administration peut moduler les remboursements. En 2005, il abandonne le ticket modérateur à 10 % pour les médicaments à faible service médical rendu[2]. Il fixe les cotisations et prestations du régime, encaissées et servies par les caisses du régime général, permettant un très faible coût de fonctionnement (moins de 1 % des prestations). Le régime doit alimenter un fonds de réserves, fixé par décret à 8 % minimum des prestations annuelles. Si ce fonds excède 20 %, le CA peut diminuer le taux des cotisations, ainsi celles de 2012 sont passées de 1,6 à 1,5 %[3].

Ce régime pourrait-il être généralisé à tout le pays ?

La commission des affaires sociales du Sénat a demandé à la Cour des comptes d'étudier les spécificités et les enseignements à tirer du régime local, présentés le 14 décembre 2011[4]. La Cour note qu'il s'agit d'un « *exemple inédit de trois étages d'assurance maladie* », ce régime constituant un deuxième étage complémentaire au régime de base, les assurances complémentaires santé étant le troisième pour la prise en charge au-delà[5]. Son extension à tout le territoire augmenterait de 1,5 % les cotisations des salariés, ce qui paraît peu réaliste à la Cour, compte tenu des déficits.

---

[1] Frais de gestion des assureurs en complémentaire maladie : 25,4 %. La cotisation par bénéficiaire, 175 € par an en moyenne en 2007, aurait été de 218 € avec les frais de gestion de ces assureurs. Source : CCSS, *Les comptes de la Sécurité sociale*, oct. 2009, p. 156.

[2] Il a décidé le 19 déc. 2005 la prise en charge du forfait de 18 € des actes supérieurs à 90 €, de rembourser les vignettes bleues à 80 % au lieu de 90 %, de ne plus rembourser les vignettes oranges mais de rembourser à 100 % les génériques, décision restée théorique faute d'adaptation des systèmes informatiques nationaux (de ce fait le CA a suspendu le paiement des frais de gestion à la CNAM en nov. 2008). Source P. SCHILLINGER, 2012, rapport Cour des comptes annexé, p. 39.

[3] Les réserves 2010 étant de 270 M€ pour 450 M€ de prestations. Le régime « a *récemment proposé à la tutelle ministérielle de faire passer le seuil de réserves à 20 % en échange de la suppression de l'obligation d'un ticket modérateur minimal de 10 % sur les dépenses ambulatoires* ». Ibid., p. 20.

[4] Cour des comptes, *Le régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle*, nov. 2011, 87 p. annexé au rapport P. SCHILLINGER, 2012.

[5] Idem p. 68. 81 % des assurés du régime local disposent d'une couverture complémentaire facultative, p. 69.

Mais elle considère que ses modes de gestion pourraient être « *une source d'inspiration pour des évolutions plus générales de l'assurance maladie* », souligne le rôle responsable du CA[1]. Elle voit un intérêt à mutualiser la gestion des prestations de base et complémentaire (simplification des procédures pour l'assuré et économie de gestion) et le régime local « *invite à se réinterroger sur le système des délégations de gestion* » aux régimes complémentaires[2]. Le régime général pourrait se positionner pour gérer certaines couvertures complémentaires notamment les contrats bénéficiant de l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé).

Le conseil d'administration gère seul le régime de façon responsable et consensuelle[3]. Il prouve que la **responsabilisation** des représentants des salariés est possible (retour aux principes de 1967). Des spécificités régionales facilitent leur tâche : attachement au régime de la population et de tous les politiques des départements qui le défendent au Parlement, partie du droit local. Sa généralisation, deuxième étage possible d'une nouvelle assurance maladie, intéressant en terme de couverture et de gestion[4] se heurterait à l'opposition des assureurs complémentaires mais amène à s'interroger sur le rôle et devenir de cette assurance maladie.

SECTION 2. L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

L'assurance maladie complémentaire (AMC) regroupe des institutions qui n'ont « *pas toutes été constituées dès l'origine comme des organismes complémentaires* »[5]. Elle a un poids financier relatif par rapport à celui de l'assurance maladie obligatoire (AMO) : en 2010, les soins et biens médicaux sont couverts à 75,8 % par l'AMO (76,8 % en 2005), 13,5 % par l'AMC (13 % en 2005), 9,4 % par les ménages (9 % en 2005)[6]. La part des assurances privées dans les dépenses totales de santé est plus élevée en France que dans les pays voisins[7].

---

[1] « *le dispositif de régulation* […] *garant de la soutenabilité financière du régime et la décentralisation du pouvoir de décision a permis de responsabiliser l'organe délibérant du régime local. Une telle transposition, qui reviendrait à l'esprit des Ordonnances de 1967, jamais appliquées sur ce point, impliquerait cependant* […] *un changement complet du mode actuel de gestion des régimes de base* ». *Idem*, p. 75, 76.
[2] *Ibid*., p. 79.
[3] Syndicats ayant entre eux des relations de confiance, absence de difficultés entre la mutualité et le régime local.
[4] « *La pérennité de ce régime* […] *témoigne du remarquable consensus qui l'entoure. Elle invite à reconsidérer l'idée selon laquelle la réduction de la part de la Sécurité sociale serait inéluctable et inscrite dans le refus des Français de cotiser plus pour l'assurance maladie*. » P.-L. BRAS, D. TABUTEAU, 2012, ouvrage cité, p. 93.
[5] G. CORON, J.-P. HIGELÉ, L. POINSART, 2008, rapport cité, p. 54 : « *c'est aujourd'hui seulement que nous dégageons vraiment la complémentaire santé comme un champ spécifique à côté d'une protection obligatoire* ».
[6] Plus l'AME d'État et la CMUc des caisses de base 1,2 %. Les dépenses des complémentaires (mutuelles 7,5%, assurances 3,6%, IP 2,5 %) incluent la CMUc qu'elles versent. Comptes nationaux de la santé 2010, p. 25, 240.
[7] En 2008, France 13,2 %, Allemagne 9,5 %, Pays-Bas 6 %, Espagne 5,6 %, Royaume-Uni 1,2 %, Italie 1 %, Suède 0,2 %.
Source : Données de santé, OCDE, 2010 *in* P.-L. BRAS, D. TABUTEAU, 2012, ouvrage cité, p. 54.

Toutefois cette faible diminution de la couverture par la Sécurité sociale en terme global masque l'augmentation du coût des affections de longue durée qu'elle prend en charge à 100 % et la régression du remboursement du « petit risque » (couvert de fait à 55 %), de plus en plus transféré à l'AMC notamment pour certains remboursements (optique, dentaire, dépassements d'honoraires …). Près de 94 % de la population bénéficie d'une assurance complémentaire santé : 88,3 % par une couverture privée (dont 56 % par une mutuelle, 24 % par une assurance, 20 % par une IP)[1] et 5,6 % par la CMUc.

Se posait la question de l'association des deux intervenants de l'assurance maladie pour une gestion du risque concertée ; à défaut, des limitations de la CNAM médicalement justifiées seraient inefficaces si elles étaient prises en charge par les complémentaires et à l'inverse de moindres remboursements de l'AMO dans un seul but d'économies augmenteraient les charges de l'AMC sans accès pour elle aux données des remboursements[2].

La loi de 2004 sur l'assurance maladie veut, comme nous l'avons vu, associer tous les acteurs[3]. Elle va institutionnaliser le rôle de l'Assurance maladie complémentaire par la création d'une union nationale, l'UNOCAM (§1). Ce secteur connaît une évolution rapide qui interroge à plus long terme sur la couverture des soins par les deux assurances maladie (§ 2).

§ 1 L'UNOCAM incontournable ?

Depuis 2005, l'association de cette union nationale des organismes complémentaires au système d'assurance maladie va croître (A). Cette implication va ensuite être contrariée par le problème des dépassements d'honoraires (B).

A) *Un rôle en expansion*

La volonté d'associer les régimes complémentaires va tout d'abord se concrétiser par la création en 2004 de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (dite UNOCAM) qui aura d'abord un rôle de donneur d'avis. La loi de financement de la

---

[1] 56 % en contrats individuels (70 % assurés par les mutuelles, 26 % les assurances, 4 % les IP). Les 44 % de collectifs couverts par les IP (41 %), mutuelles (39 %) et assurances (20 %). M. GARNERO, 2012, doc cité, p. 3.

[2] Comme le constate un ancien directeur de la CNAM, « *dans le système de soins français, l'AMO sait quels soins elle finance mais elle n'a pas le droit de les sélectionner, en revanche l'AMC a le droit de choisir mais n'a pas le droit de connaître la nature de ces remboursements* »[2]. G. JOHANET, 2005, article cité, p. 50.

[3] « *L'AMC est donc à plusieurs titres un facteur de croissance des dépenses. Pour autant*, depuis quelques *années, la thématique d'un travail commun et concerté entre l'AMO et l'AMC pour réguler les dépenses de santé est largement promue par les organismes complémentaires et dans le discours politique. Cette idée participe d'une entreprise de légitimation des complémentaires, conduite notamment par ceux qui estiment que le retrait de l'assurance maladie obligatoire est inéluctable, voire souhaitable*. » P.-L. BRAS, D. TABUTEAU, 2012, ouvrage cité, p. 68.

sécurité sociale pour 2009 en fait un passage obligé pour certaines négociations avec les professions de santé.

1. Une création laborieuse

L'article 1er de la loi du 27 juillet1999 crée une **couverture maladie universelle** qui garantit « *aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire* ». Il reconnaît ainsi le caractère indispensable de cette protection pour une bonne couverture de la santé (et incidemment les lacunes de la Sécurité sociale) et les régimes complémentaires apportent « *un concours à l'organisation publique de l'accès aux soins* »[1].

Peu avant, la CNAM avait conclu un **protocole d'accord** avec les assureurs complémentaires, le 8 juillet 1999. Il veut assurer « *une coordination de leurs relations avec les professions, industries et établissements de santé* », définir les conditions de leur partenariat et leur accès aux données de santé, une régulation par un panier de biens et services remboursables (comme pour la CMUc) et des réseaux de soins[2]. Cet accord témoignait de la volonté de la CNAM de faire évoluer le système de santé. Il était la continuité du « Plan stratégique » et la ministre va s'y opposer, il ne sera pas appliqué[3].

L'association des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) à la gestion de l'assurance maladie sera ensuite demandée, en 2003 par le congrès de la Mutualité Française. Pour le rapport Chadelat, leur rôle appelait une coordination avec l'AMO[4] et pour le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, en janvier 2004, « *l'intervention non coordonnée des régimes de base et des complémentaires est source d'affaiblissement de la maîtrise médicalisée des dépenses* »[5].

L'exposé des motifs de l'article 31 du projet de **loi relative à l'assurance maladie** justifie l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (dite UNOCAM) « *afin de créer les conditions d'un réel dialogue* » avec l'UNCAM. L'article 55 de la loi crée cette Union qui regroupe les assureurs complémentaires et, comme l'UNCAM, « *est dotée d'un conseil* ».

---

[1] Pour un mutualiste qui considère que cette loi « *crée quelque chose qui* [lui] *paraît, encore aujourd'hui, une stipulation très curieuse, dans le pays où on a créé la Sécu il y a 60 Ans. Elle crée… elle stipule le droit à la complémentaire santé* ». G. CORON, J.-P. HIGELÉ, L. POINSART, 2008, rapport cité, p. 65.

[2] *Protocole d'accord relatif à la coordination sur le panier de biens et de services et sur les relations avec les professionnels de santé* ratifié par la CNAM, la FNMF, la FFSA et le CTIP.
Source A. VASSELLE, 2003, rapport cité, p. 66.

[3] La « *ministre de l'Emploi et de la Solidarité, s'était publiquement opposée à cet accord, le percevant comme une tentative de privatisation de l'assurance maladie* » indiquait le représentant FNMF. *Idem* p. 157.

[4] J.-F. CHADELAT, 2003, rapport cité, p. 16 : « *Les AMC ne sont associées ni à la définition du panier de soins, ni à la gestion du risque, ce qui contribue à rendre le système français particulièrement déresponsabilisant* ».

[5] HCAAM, 2004, rapport cité, p. 13.

Sa création « *fut laborieuse car il fallut du temps à faire admettre que le consensus entre les trois familles d'AMC était le seul principe de fonctionnement possible*[1]». Elle résulte d'un accord entre ses principales composantes (**FNMF, FFSA et CTIP**), déterminant des points non définis par la loi : personnalité juridique (association loi de 1901), répartition des sièges au Conseil, rôle du bureau. Un décret du 27 mai 2005[2] entérine cet accord et détermine la structure des trois collèges du Conseil de 33 membres[3] mis en place le 2 juin 2005.

La Mutualité y détient la majorité (17 conseillers FNMF, 8 FFSA, 7 CTIP, un du régime local alsacien), mais au bureau qui élabore les projets de délibération et établit l'ordre du jour des réunions, les collèges sont à égalité et les décisions doivent être consensuelles (à défaut le sujet n'est pas présenté au Conseil). Les statuts prévoient aussi une Assemblée générale[4].

Les composantes de l'UNOCAM ont adapté leurs structures internes pour que leurs prises de position soient homogènes. Ainsi la FNMF a privilégié les mutuelles les plus importantes au sein du « conseil des mutuelles santé », le MEDEF a décidé d'entrer en 2004 dans le conseil d'administration du CTIP, la FFSA possédait déjà un « comité maladie-accidents du travail » regroupant les principaux assureurs.

2. À l'origine, un rôle de donneur d'avis

La loi du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie* donne à l'UNOCAM un rôle de donneur d'avis sur les décisions de l'UNCAM concernant le ticket modérateur, l'inscription des actes ou des prestations pris en charge par l'assurance maladie. Par l'article 55 de la loi du 19 décembre 2005, (LFSS pour 2006), elle « *rend un avis public et motivé sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale* » dans les mêmes conditions que les Caisses nationales.

L'Union est membre du Comité économique des produits de santé (qui fixe leur prix) et de l'**Institut des données de Santé** (IDS) dont la mise en place, demandée en 2003 par la FNMF a été laborieuse.

---

[1] G. JOHANET, 2005, article cité, p. 49.

[2] D. n° 2005-590 du 27 mai 2005 relatif à l'UNOCAM (JO du 29). Contesté par la FNIM, il est annulé par le Conseil d'État considérant que lorsqu'un décret doit être pris en Conseil d'État, le texte retenu par le Gouvernement ne peut être différent du projet qu'il lui a soumis (10 janv. 2007, 1ère et 6ème sous-sections, Fédération Nationale Interprofessionnelle des Mutuelles (FNIM), n° 283175, inédit au recueil Lebon). Il est remplacé par le décret 2007-659 du 30 avril 2007 dans des termes identiques. Au préalable, l'art. 135 de la loi du 21 déc. 2006 valide les dispositions réglementaires ou décisions prises après consultation de l'UNOCAM.

[3] La mutualité aura plus de 50 % des membres, les assurances et IP chacune entre 20 et 25 %, le régime local d'Alsace-Moselle un (représentation non prévue, résultant d'un amendement de M. Bur, député d'Alsace, président de la commission spéciale de l'Assemblée Nationale). J.-M. DUBERNARD, 2004, rapport cité, p. 280.

[4] Qui réunit en plus, le Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurance (GEMA) qui a rejoint l'UNOCAM en 2005 et la Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles (FNIM) depuis 2008.

Créé par la loi du 13 août 2004, cet Institut ne sera installé que le 30 mars 2007 sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre notamment l'État, l'Assurance maladie, l'UNOCAM, l'UNPS[1]. L'objectif est le partage des données de remboursement pour la gestion du risque mais ce n'est qu'en janvier 2011 que sera signée une charte d'engagements entre les deux unions nationales, UNCAM et UNOCAM[2].

La concertation de ces deux Unions devait annuellement déterminer les actions communes de gestion du risque et examiner leurs programmes de **négociations avec les professionnels** de santé portant sur leur champ respectif. Le projet de loi de 2004 voulait « *établir un dialogue entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires en amont des discussions conventionnelles* »[3]. L'UNCAM pouvait, sauf opposition d'une organisation syndicale représentative des professionnels de santé, inviter l'UNOCAM à participer à la négociation et à la signature de textes conventionnels intéressant directement les organismes complémentaires ou ayant un impact sur leurs dépenses prises en charge[4].

Le fonctionnement de l'UNOCAM paraissait satisfaisant dès 2005[5] « *car ce qui rapproche les trois familles d'AMC l'emporte nettement sur ce qui les sépare* »[6]. Toutefois ses limites tenaient à des positions et objectifs pouvant diverger entre assureurs et mutuelles et à leur absence de pouvoirs contraignants sur leurs membres en concurrence sur le terrain.

Avec elle, à l'origine, le partenariat de l'UNCAM sera ambigu et « *entre AMO et AMC prévaut la circonspection pour ne pas dire la méfiance* »[7]. Dans son rapport de 2007, la Cour des comptes constatait l'association limitée de l'UNOCAM à la gouvernance de l'Assurance maladie : « *Ses avis négatifs ou réservés en matière d'inscription et de hiérarchisation des actes ont jusqu'à présent été systématiquement écartés* ». L'UNOCAM n'avait pas participé aux négociations conventionnelles de 2006 avec les dentistes qui s'y étaient opposés[8].

---

[1] Membres prévus par la loi (directions de la sécurité sociale, du budget, CNAM, MSA, RSI) et de plus la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'Union nationale des régimes spéciaux, les trois fédérations de l'hospitalisation publique et privée et le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS)..

[2] *Charte d'engagements entre l'assurance maladie obligatoire et les assureurs maladie complémentaires pour le partage et la mise en commun de données de remboursement agrégées ou individuelles anonymisées issues de leurs systèmes d'information*. Source, IDS, *Rapport au Parlement 2011*, nov. 2011, 96 p., p. 15 et 67 à 70.

[3] « *dans le respect de la prééminence de l'assurance maladie obligatoire* ». Article 31 du projet de loi, p. 22.

[4] Décret n° 2004-1318 du 1er déc. 2004 *relatif à la conclusion et à la reconduction des conventions et accords mentionnés à l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale*, JO du 2 décembre 2004, p. 20529.

[5] Et incertain en 2004, « *nombre des membres de la mission* [d'information de l'Assemblée nationale] *se sont montrés sceptiques quant à la capacité des mutuelles et des assureurs à travailler dans une même union tant leurs conceptions de la santé sont apparues antagonistes* ». J.-L. DEBRÉ, 2004, rapport cité, p. 159.

[6] G. JOHANET, 2005, article cité, p. 49

[7] *Idem*.

[8] « *mais officieusement, beaucoup pensent que le directeur de l'UNCAM aurait pu faire davantage pression sur les syndicats de chirurgiens-dentistes, mais qu'il avait aussi intérêt à l'absence de l'UNOCAM, ainsi avait-il les mains plus libres face aux professionnels* ». G. CORON, J.-P. HIGELÉ, L. POINSART, 2008, rap. cité, p. 150

3. L'UNOCAM, « copilote » conventionnel

Une crise interne au sein de l'Union des organismes complémentaires en 2009 va être suivie d'un accroissement de son rôle.

Le gouvernement ayant prévu d'augmenter la contribution des complémentaires santé au fonds CMU d'un milliard d'euros[1], la FNMF, seule signe un **protocole** avec le gouvernement le 28 juillet 2008[2] contrairement aux pratiques consensuelles en vigueur à l'UNOCAM ; la FFSA, par rétorsion, suspend sa participation aux travaux de l'Union jusqu'à la fin novembre.

Reprenant ce protocole, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (art. L. 162-14-3 CSS) permet à l'UNOCAM d'indiquer à l'UNCAM son intention de participer aux négociations conventionnelles. Pour les secteurs dans lesquels la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est minoritaire (dentistes, audioprothésistes, opticiens), les accords conventionnels devront aussi être conclus par l'UNOCAM et la décision de son Conseil prise à la majorité de 60 %[3]. Cette majorité qualifiée nécessitera le vote incontournable de la Mutualité Française et l'appui d'une autre composante, la Fédération française des sociétés d'assurances ou le Centre technique des institutions de prévoyance ; mais leurs prises de position étant le plus souvent voisines, en fait le vote unanime est quasiment requis. En cas de refus de signature de ce type d'accord par l'UNOCAM, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ne pourra le transmettre au ministre pour approbation qu'après six mois, l'Union nationale des organismes complémentaires a ainsi un pouvoir de blocage limité dans le temps.

Ses propositions semblent toujours être aussi peu prises en compte par le Gouvernement[4]. Mais, pour son président faisant en 2009 un bilan de quatre années de fonctionnement, elle cherche sur tous les dossiers un **consensus interne** qui n'est pas « naturel » mais « *le fruit d'un véritable travail technique partagé* » avec une évolution voulue du rôle de ses

---

[1] Le DG de la CNAM avait proposé au gouvernement de ne plus rembourser à 100 % les vignettes bleues des assurés en ALD. Devant les réactions, le gouvernement a préféré taxer les complémentaires et aurait indiqué au président de la FNMF que la taxe n'était pas négociable. J.-F. CHADELAT, juil. 2009, article cité, p. 76, 77.

[2] « *négociations conventionnelles dans un cadre tripartite, accès des organismes complémentaires aux données de remboursement anonymisées, participation des complémentaires aux modes de rémunération adaptées à la prise en charge des maladies chroniques* ». FNMF, Assemblée générale, 9 avril 2009, *rapport annuel 2008*, p. 5.

[3] L'UNOCAM a modifié ses statuts dans ce sens début 2009 et adopté de nouvelles règles internes qui prévoient que chaque famille « *conserve la légitimité de relations avec les pouvoirs publics et l'assurance maladie, ainsi que la capacité à conclure des accords spécifiques n'engageant que les adhérents de la fédération signataire* ». En revanche, « *tout accord ayant des conséquences financières pour l'ensemble des organismes complémentaires relève du champ de l'UNOCAM* ». *Rapport d'activité 2009 du Fonds CMU*, rapport cité, p. 79.

[4] En juillet 2010, l'UNOCAM présentait des mesures pour améliorer l'efficience des dépenses de santé et « *permettre à l'assurance maladie d'économiser près de 3,5 Md€ sur la période 2011-2013* » mais pour son président « *les propositions de l'Unocam pour ce PLFSS 2011* [semblent] *avoir subi le même sort que celles formulées pour le PLFSS 2010* ». Revue de presse in Fonds CMU, 2011, rapport 2010, rapport cité, p. 91, 92.

organismes : « *Hier, nous étions complémentaires et payeurs aveugles. Aujourd'hui, nous voulons être acteurs, plus assureurs santé que complémentaire santé, avec le développement de programmes spécifiques* »[1].

En octobre 2010, les fédérations membres de l'UNOCAM ont publié, après concertation avec des associations de malades et de consommateurs, une « *Déclaration commune portant engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties de complémentaire santé* »[2].

Le 9 mai 2012, après avoir participé aux négociations, son Conseil a décidé à l'unanimité de signer la Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine du 4 avril 2012 et l'avenant n° 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes du 16 avril 2012. Il s'agit des premiers textes conventionnels signés par cette Union.

Ces évolutions permettront-t-elles de dépasser un jugement porté en 2008 : « *L'AMC, en étant reconnue comme élément à part entière de la couverture de soin, devient également une variable d'ajustement de l'AMO* »[3] ?

B) *Vers une limitation des dépassements d'honoraires ?*

Les dépassements d'honoraires en secteur 2 à honoraires libres[4] avoisinaient en 2007, deux milliards d'euros[5] dont les deux-tiers restaient à la charge des assurés après l'intervention des assureurs complémentaires (alors que les prises en charge de ces dépassements entretiennent leur inflation). Ils vont justifier la création dans la convention médicale d'une prise en charge par un « *secteur optionnel* » pour certaines professions de santé qui n'a pas été mis en œuvre. Va lui être substitué par le Gouvernement une extension de « *l'option de coordination* ».

1. La création inaboutie d'un secteur optionnel conventionnel

Sous la contrainte des gouvernants, le secteur optionnel va voir le jour mais l'attitude des acteurs sera ambiguë.

Ainsi, l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale (**LFSS) pour 2007** prévoit qu'à défaut, à fin janvier 2007, d'avenant conventionnel encadrant les dépassements d'honoraires d'une partie de l'activité de certains spécialistes, un arrêté ministériel pourra

---

[1] *In* Rapport d'activité 2009 du Fonds CMU (cité), p. 79, 80 (*Espace Social Européen* n° 911, 16-22 oct. 2009).
[2] Et publié un glossaire et un guide « Bien comprendre et bien choisir votre complémentaire santé ». Dans une « Première évaluation du dispositif » par l'UNOCAM du 5 mars 2012, près des 2/3 des OCAM ont diffusé le glossaire, plus de la moitié le guide et la majorité des offres tiennent compte des engagements de bonne pratique.
[3] G. CORON, J.-P. HIGELÉ, L. POINSART, 2008, rapport cité, p. 140. « *Dans cette optique, l'UNOCAM peut se muer en instance d'accompagnement du désengagement de l'AMO* ».
[4] En 2010, 41 % des spécialistes exerçaient en secteur 2 dont 85 % de chirurgiens, 66 % d'obstétriciens et 34 % d'anesthésistes avec des taux de dépassement de 54 % pour l'ensemble, de 56 % pour les chirurgiens, 83 % pour les obstétriciens et 51 % pour les anesthésistes. CNAMTS, 2011, document cité, tableaux p. 27 et 28.
[5] sur 18 Md€ d'honoraires ; en 2011 ils sont de 2,5 Md€ et qualifiés d'honoraires « *différents* » par la convention.

pendant quatre mois modifier dans ce sens la convention médicale. Il sera annulé par le Conseil constitutionnel pour défaut de procédure[1].

Une négociation entre les syndicats médicaux et l'UNCAM débute fin 2006. Elle y fait participer l'UNOCAM qui propose d'accepter « *une prise en charge par les complémentaires des dépassements de tarifs à condition qu'une amélioration de la qualité des soins la justifie* »[2]. Mais aucun accord ne sera trouvé sur cette base et la négociation est interrompue en mars 2007.

La **loi HPST** du 21 juillet 2009 reprend, avec plus d'efficacité apparente, ce dispositif de mise en œuvre ministérielle à défaut d'accord conventionnel au 15 octobre 2009. À cette date, l'UNCAM, l'UNOCAM, la CSMF et le SML signent un « **protocole d'accord tripartite** » créant pour trois ans un nouveau secteur conventionnel, dit « *optionnel* », pour les spécialistes du secteur 2 de chirurgie, anesthésie et gynécologie obstétrique. Le praticien, qui y adhère volontairement s'engage à réaliser 30 % des actes au tarif opposable et à ne facturer pour les autres que des « compléments » d'honoraires limités à 50 %. En contrepartie l'Assurance maladie prendra en charge une partie des cotisations sociales et l'UNOCAM incitera les assureurs complémentaires à rembourser ces dépassements. Curieusement, faute d'appui du gouvernement, ce secteur ne sera pas mis en place fin 2009[3].

Il va constituer un point d'achoppement pendant la négociation de la convention médicale de 2011. Lors de l'ultime séance de négociation, suite à une proposition de l'UNCAM, les paramètres du secteur figureront dans la convention mais sa mise en place est renvoyée à un avenant devant être signé avant fin septembre 2011. Ainsi, la convention prévoit un « *nouveau secteur optionnel par avenant pour une période de trois ans* » pour « *garantir l'accès aux soins dans le cadre d'une médecine libérale mais aussi sociale* ». Son « *Projet de secteur Optionnel* » reprend les dispositions du protocole d'accord de 2009 en les complétant par des objectifs de qualité et transparence. Il se substituerait à l'option de coordination[4] qui serait uniquement maintenue pour les autres spécialités.

---

[1] Les amendements du Gouvernement introduisant des mesures nouvelles dans une LFSS devant en premier lieu être soumis à l'Assemblée nationale. Conseil Constitutionnel, Décision n° 2006-544 DC du 14 déc. 2006.

[2] À partir de critères définis par la HAS. G. CORON, J.-P. HIGELÉ, L. POINSART, 2008, rapport cité, p. 150. « *Alors que certains représentants des complémentaires soupçonnent que cette négociation n'aboutira jamais et qu'elle aurait été lancée fin 2006 pour des raisons électorales sans réel désir de les achever, du côté de l'AMO, ce serait encore les ambitions des complémentaires qui sembleraient trop hautes pour arriver à un résultat* ».

[3] « *Le gouvernement n'a jamais soutenu cet accord, préférant ménager les syndicats de chirurgiens, anesthésistes et gynécologues très hostiles au secteur optionnel. Un an après la signature du protocole, la donne a changé* » : les élections professionnelles consacrent l'hégémonie de ces trois syndicats formant le « BLOC », 58 % dans le 3e collège (spécialistes des plateaux techniques). Source, *Le Quotidien du Médecin*, 15/10/2010

[4] Médecin du secteur 2 consulté à la demande du médecin traitant et qui adhérant à l'option de coordination facultative s'engage à respecter les tarifs de secteur 1 (ou le niveau de dépassement prévu par la convention).

2. L'extension de l'option de coordination, « ersatz » de secteur optionnel

Deux incidents n'ont pas permis la signature de l'avenant prévue pour fin septembre 2011 : l'invalidation de l'article 54 sur les réseaux de soins de la loi du 10 août 2011, examinée ci-après, et surtout l'augmentation prévue par le « plan anti-déficit » de 3,5 à 7 % de la taxe spéciale sur les « contrats responsables »[1] et payée par les assurances complémentaires santé.

Elle va entraîner une forte opposition entre le Gouvernement et la Mutualité Française se traduisant lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2012 par des amendements parlementaires hostiles aux mutuelles. Ils seront finalement rejetés[2] mais un autre amendement du Gouvernement est voté et censé lui permettre d'encadrer les dépassements d'honoraires.

Par l'article 56 de la **LFSS pour 2012**, faute d'avenant conventionnel dans le mois suivant la publication de la loi, les ministres de la santé et de la sécurité sociale pourront pendant deux mois modifier par arrêté la convention médicale en portant à 50 % (au lieu de 20%) les dépassements d'honoraires des chirurgiens, obstétriciens, anesthésistes adhérant à l'option de coordination créée par la convention de 2005. Nouveauté, ces dépassements devront être pris en charge par les contrats complémentaires santé responsables.

Les négociations tripartites ont repris sans succès en janvier 2012, les complémentaires demandant notamment la possibilité de proposer des contrats responsables ne remboursant pas les dépassements[3]. L'arrêté autorisant les dépassements de 50 % et le décret conditionnant les aides aux contrats responsables à leur prise en charge, datés du 21 mars 2012 sont publiés le 22[4] (après des avis défavorables des Conseils de la CNAM et de l'UNCAM à leur projet)[5].

Le **dispositif d'option de coordination**, s'il est voisin du secteur optionnel (facultatif et résiliable à tout moment, dépassement limité à 50 %, 30 % des actes sans dépassement, prise en charge des cotisations), en diffère par la prise en charge obligatoire des dépassements par les contrats responsables, l'absence d'objectifs de qualité et de transparence de la convention de 2011 et sa non-application aux anciens chefs de clinique, assistants du secteur 1.

---

[1] Les autres contrats n'étant taxés qu'à 9 %.

[2] L'un, de deux députés UMP taxant les réserves des mutuelles si elles sont supérieures à 350 % de marge de solvabilité, l'autre de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale supprimant la délégation de gestion du régime obligatoire aux mutuelles d'ici à fin 2015. Source : *L'Argus de l'assurance.com*, 27 oct. 2011.

[3] Lors de la réunion du 20 janvier, l'UNOCAM rappelait ses conditions à la création du secteur : régulation des dépassements du secteur 2 ; revalorisation progressive des tarifs opposables (au moins en chirurgie et obstétrique) ; libre choix des assurés du niveau de couverture. UNOCAM, *Communiqué de presse*, 27/02/2012.

[4] D. 2012-386 *relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales*, JO p. 5174. Arrêté pris en application de l'art. 56 de la loi 2011-1906 du 21 déc. 2011, JO p. 5180.

[5] UNCAM, *Communiqué du président RÉGEREAU*, 29 fév. 2012. Ainsi, le Conseil de l'UNCAM a émis un avis défavorable par 8 voix contre (CCMSA, CGT, CFDT, FO, CFTC), 4 pour (RSI, UPA) et 6 prises d'acte (MEDEF, CGPME, CGC), seuls les indépendants y ont été favorables signe de leur proximité avec les médecins.

Mais il est permis de douter de l'efficacité de cet « *ersatz du secteur optionnel* »[1] pour résoudre ce réel problème, l'option de coordination étant peu choisie[2]. Il pourrait même être contre-productif et constituer un « *effet d'aubaine* » pour les médecins aux dépassements modérés, selon le président de l'UNCAM, qui pose la question : « *La liberté d'honoraires des médecins est-elle compatible avec l'égal accès aux soins ?* »[3].

Le problème des dépassements d'honoraires reste posé au-delà de l'opposition entre le Gouvernement et la FNMF[4]. Il nous paraît significatif d'un domaine concédé par le gouvernement aux assureurs complémentaires mais de façon limitée. Il leur demande des efforts financiers sans remettre en cause réellement ces dépassements et donc les prescripteurs médicaux. Entre les médecins et les mutuelles, il semble qu'en période électorale les gouvernants aient choisi, début 2012, le partenaire à préserver.

§ 2 Les spécificités de l'assurance maladie complémentaire

La prise en charge de la santé repose aujourd'hui sur deux principaux piliers, l'Assurance maladie obligatoire et la complémentaire facultative qui la complète[5]. Chacune intervient aussi dans le secteur de l'autre et les complémentaires santé souhaitent devenir des acheteurs de soins (A). Mais reste posée la question d'une couverture maladie à deux vitesses (B).

A) *Un secteur en évolution*

La mise en place en 1980 d'un ticket modérateur d'ordre public[6] pour responsabiliser les assurés sera éphémère. La création de la CMUc a reconnu à ses bénéficiaires un droit à la protection complémentaire, sans avance des frais et à un « panier de soins » pris en charge par les organismes de base ou complémentaires de leur choix. À la suite de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les contrats responsables (bénéficiant d'aides fiscales qui seront ensuite réduites) vont favoriser le parcours de soins coordonnés par l'interdiction de certaines prises en charge[7].

---

[1] « *Régulation des dépassements ou « coup » politique ? L'« ersatz » de secteur optionnel irrite patients, mutuelles et praticiens* », Cyrille Dupuis, *Le Quotidien du Médecin*, 26 mars 2012, p. 3

[2] En 2011, 1.500 médecins sur 30 000 y adhéraient, moins de 400 dans les secteurs concernés. www.mutualite.fr

[3] « Le point de vue de Michel RÉGEREAU », *Les Échos*, 17 fév. 2012.

[4] Dans un autre domaine, la CNAV gérera, à titre expérimental, l'aide au maintien à domicile des fonctionnaires. La Mutualité Fonction publique, qui avait l'action sociale interministérielle en gestion exclusive jusqu'en 2008, est la grande perdante. *Annuaire Sécu*, Newsletter n° 493 du 3 mars 2012.

[5] Peut se rajouter, un 3e « pilier », assurance supplémentaire pour des dépenses non reconnues ou de confort.

[6] Supprimé par le décret n° 81-962 du 21 octobre 1981 *portant abrogation du D. 80-24 du 15 janvier 1980 pris pour l'application de l'article 20 de l'ordonnance n° 67-707 du 21 août 1967, relatif à la part* [1/5] *des frais de soins qui doit être obligatoirement laissée a la charge des assurés sociaux*, JO du 25 octobre 1981.

[7] Notamment participation forfaitaire de 1€, franchises médicale, majorations hors parcours de soins.

1. Les relations croisées entre les deux assurances maladie

La complémentaire santé a un poids faible dans le chiffre d'affaires des assurances, majeur dans celui des mutuelles[1] et est caractérisé par une forte rotation des assurés. Mais en dix ans, ce marché a progressé de plus de 70 % en montant et présente un risque assurantiel limité avec des besoins en fonds propres faibles.

Le secteur continue sa restructuration : le nombre d'assureurs a fortement diminué, de près des 2/3 dans le secteur morcelé des mutuelles[2] mais leur poids y reste majoritaire en dépit de la progression des sociétés d'assurances[3].

Il convient de noter les relations croisées dans la gestion des assurés entre régimes légaux et complémentaires. Ainsi, les **régimes de base délèguent** le versement de leurs prestations aux mutuelles et assurances pour plus de 11 millions d'assurés sociaux (17 % de ceux du régime général, 10 % des exploitants agricoles et tous les indépendants)[4] : la Mutualité française se considère comme le deuxième gestionnaire (par délégation) du régime obligatoire intervenant pour la fonction publique, une partie des étudiants et des travailleurs indépendants. À l'inverse, les **régimes légaux interviennent** en complémentaire santé par la couverture de 85 % des bénéficiaires de la CMUc (financée par les primes des contrats des complémentaires santé !) et en incluant le régime local d'Alsace-Moselle, le régime général sert à un peu plus de 10 % de ses assurés des prestations complémentaires[5].

D'autre part se pose la question de la progression des « **restes à charge** ». Entre 2001 et 2008 le montant annuel par personne est passé de 407 à 618 € annuels (reste à charge et éventuelle cotisation à une complémentaire) selon une enquête d'une association de consommateurs[6] posant des problèmes financiers à ceux ayant de faibles revenus.

En effet, l'accroissement des coûts des affections de longue durée prises en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire entraîne la réduction de ses autres remboursements qui sont pris en charge par l'assurance maladie complémentaire qui devient sa « variable d'ajustement ». Il en résulte une hausse des primes accentuée par une fiscalité accrue.

---

[1] Près de 90 % du chiffre d'affaires des mutuelles, de 48 % pour les IP, de 14 % pour les sociétés d'assurance « non-vie » et de 6 % pour l'assurance « mixte ». M. GARNERO, C. ZAIDMAN, 2011, rapport cité, p. 9.

[2] 587 mutuelles en 2010, 1528 en 2001 ; 92 sociétés d'assurance en 2010, 117 en 2001 ; 34 IP en 2010, 57 en 2001. *Idem* p. 12.

[3] Mutuelles 56,3 % (17,7 Md€) en 2010 (*60,3 %, 10,6 Md€ en 2001*). Sociétés d'assurance 27 % (8,5 Md€) en 2010, (*18,7 % et 3,3 Md€ en 2001*). IP 16,7 % (5,3 Md€) en 2010 (*21 % 3,7 Md€ en 2001*). *Ibid.*, p. 13.

[4] Cour des comptes, nov. 2011, communication citée, p. 79. Soit pour le régime général, les fonctionnaires de l'État, la plupart des étudiants, des assurés de « sections locales » habilités par les CPAM.

[5] P. SCHILLINGER, 2012, rapport annexé p. 81 (coûts de gestion CMU-C estimés par la CNAM à 1,2 %, p. 78).

[6] UFC-QUE CHOISIR, 2010, *Le coût de la couverture santé pour les ménages*, 15 p, étude citée.

Au demeurant, ces primes progressent plus vite que les remboursements (44 % contre 27 %) et le **pourcentage reversé** aux assurées a chuté de 87 à 78 %[1]. Est proposé, « *pour que le consommateur joue son rôle de régulateur : un indice de redistribution des contrats d'assurance en santé* »[2]. Il est paradoxal que cette demande émane d'une association de consommateurs et non des partenaires sociaux, en principe défenseurs des assurés.

Elle sera prise en compte (mesure de rétorsion contre les mutuelles ?) par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 qui subordonne les contrats responsables à une **communication annuelle** aux assurés du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition des contrats en pourcentage des cotisations[3].

2. Les complémentaires acheteurs de soins par leurs réseaux de professionnels

Dans cet univers concurrentiel, à côté des regroupements des opérateurs, deux autres évolutions sont notables. D'abord, la « **segmentation** » de l'offre selon le profil des clients (jeunes, familles, seniors …). Elle va à l'encontre de la solidarité[4] et met l'accent en contrats collectifs sur les prix pour les contrats de base, à côté de « sur-complémentaires » optionnelles à la demande des entreprises[5]. Ensuite, la « **différentiation** » mettant en avant les services (centres et établissements de santé des mutuelles, plates-formes de conseil), le développement des réseaux intégrés notamment en optique, dentaire tant pour les contrats individuels que collectifs.

Les opérateurs cherchent à devenir acheteur de soins par ces réseaux déterminant le niveau de remboursement à l'assuré par la fixation de plafonds ou de tarifs opposables.

L'**Autorité de la concurrence**, dans un avis du 9 septembre 2009[6], considère que l'évolution des OCAM - « *mieux réguler les dépenses de santé tout en améliorant l'assistance aux assurés* » - les a conduits à mettre en place des partenariats conventionnels avec des professionnels de santé (depuis l'origine pour le tiers payant pharmaceutique, ensuite en optique et dentaire).

---

[1] Paradoxalement, les OCAM ayant les moins bonnes performances de remboursement voient leurs parts de marchés croître » (p. 11), les assureurs faisant plus de prospection et de publicité.

[2] Idem, p. 13. De plus, les difficultés de choix d'une complémentaire seraient croissantes (contrats « illisibles »).

[3] Suite à un amendement adopté après le retrait de celui taxant les réserves des mutuelles. D'autre part il crée pour ces contrats un « label ACS ».

[4] « … *le marché ne produit pas spontanément de la solidarité. Au contraire, il produit, et de plus en plus, de la segmentation, et donc de la démutualisation* ». D. LENOIR, article cité, 2009, p. 401.

[5] Qui demandent aussi des bonus en cas de faible consommation, comme en contrat individuel, élément consumériste qui, sous couvert de « responsabilisation des assurés », va à l'encontre de la solidarité et réintroduit l'individualisation des cotisations selon l'état de santé.

[6] Autorité de la concurrence (section III), Avis n 09-A-46 du 9 septembre 2009 *relatif aux effets sur la concurrence du développement de réseaux de soins agréés*.

L'organisme complémentaire gestionnaire du réseau définit par convention ses engagements, ceux du professionnel et le type de réseau, « ouvert » acceptant tous les professionnels demandeurs ou « fermé » les sélectionnant par zone géographique[1]. L'Autorité conclut que ces marchés « *ne sont pas caractérisés à ce jour par un fort degré de concentration* » et la constitution de réseaux de soins doit *« a priori être favorablement accueillie au regard de la politique de concurrence et des intérêts des consommateurs* ».

Par un arrêt du 18 mars 2010[2] la **Cour de Cassation** considère que l'article L. 112-1 al. 3[3] du code de la mutualité ne permet aux seules mutuelles[4] de fixer par des accords « *des tarifs de remboursement distincts pour un même acte* ». En septembre 2010, la Cour des comptes[5] recommandait la modification de ce code « *pour rendre possible la différenciation des remboursements par les organismes complémentaires selon que les professionnels consultés font partie ou non des réseaux qu'ils promeuvent* ».

À la demande de la Mutualisé française un article de la loi « Fourcade » du 10 août 2011 prévoyait la possibilité pour les mutuelles, par dérogation à l'art. L.112-1, à titre expérimental pour trois ans, de **moduler leurs remboursements** en cas de recours à un professionnel membre d'un réseau de soins[6]. Mais il a été invalidé par le Conseil constitutionnel comme cavalier[7], limitant théoriquement le rôle d'acheteur de soins des mutuelles.

B) *Réformer une assurance maladie à deux vitesses ?*

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie constatait en janvier 2004 qu'une partie de la population non couverte par les complémentaires renonçait aux soins pour des raisons financières. La loi du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie* en tiendra partiellement compte par l'institution d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) après que la CNAM l'ait mise en place en 2002[8]. Comment les dispositifs de couverture complémentaire santé sont-ils financés et permettent-ils un égal accès aux soins ? Quelle est la position des assurances maladie et des partenaires sociaux en la matière ?

---

[1] Ils ne concernent que les opticiens. « *Les ordres de chirurgiens-dentistes et de pharmaciens s'appuient sur les règles déontologiques propres à ces professions pour s'opposer à toute restriction susceptible, selon eux, de porter atteinte à l'égalité des professionnels et à la liberté de choix des patients* ». Avis n 09-A-46, p. 8, 19.

[2] Cour de cassation, 2e ch. civile, Arrêt n° 631 du 18 mars 2010 (un assuré de la MGEN contestant un remboursement inférieur à celui prévu par un protocole avec la Confédération nationale des syndicats dentaires).

[3] Art. L. 112-1, al 3 : *Les mutuelles et les unions visées au présent article ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés*.

[4] Disposition non applicable aux sociétés d'assurances et aux IP, non prévue par le code des assurances et CSS.

[5] Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, septembre 2010, p. 350.

[6] ou ayant conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins. Art. 54 de la loi. Contrairement aux souhaits des mutuelles, les réseaux de soins seraient ouverts à tout professionnel demandeur.

[7] Considérant qu'il n'avait pas de lien avec la proposition de loi. Décision n° 2011−640 DC du 4 août 2011.

[8] D. LENOIR, 2009, article cité, p. 403.

1. Des aides publiques entraînant une couverture inégalitaire

Dans son rapport de septembre 2011, sur « *Les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire* », la Cour des comptes estime leur montant de l'ordre de 4,3 milliards d'euros (dont 2,3 liés à l'exemption de contributions sociales des contrats collectifs). L'assurance maladie complémentaire bénéficie de plusieurs aides fiscales et sociales ayant favorisé son développement, notamment l'exemption de cotisations sociales et de la C3S, la déductibilité de l'assiette de l'impôt sur le revenu pour les contrats collectifs obligatoires, un taux réduit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) pour les contrats responsables[1]. La Commission européenne ne les a pas considérées comme aides d'État aux opérateurs en couverture collective car ils bénéficient aux consommateurs avec un objectif d'élargissement de la couverture santé[2].

Mais la Cour des comptes, juge ces **aides peu pertinentes** par rapport à leur objectif de meilleur accès aux soins pour tous.

En effet, les salariés aux plus bas salaires ou des petites entreprises bénéficient moins des contrats collectifs que ceux aux salaires élevés ou de grandes entreprises pour lesquels il en résulte un « **effet d'aubaine** »[3]. De plus, ces contrats offrent des garanties en général plus étendues que les individuels et à un coût moindre pour le salarié, l'employeur participant le plus souvent au financement et pouvant faire jouer la concurrence entre assureurs, les charges de gestion - variant de 14 % à plus de 30 % selon les types de contrats et opérateurs[4] - ont des frais d'acquisition plus faibles.

La Cour des comptes recommandait de « *réduire, voire supprimer dans le cadre d'une réforme globale du financement de l'assurance maladie, les exemptions de cotisations sociales très favorables dont bénéficient les contrats collectifs* »[5]. Daniel Lenoir les considère

---

[1] Et la déductibilité de l'assiette imposable des TI pour les contrats individuels Madelin. Cour des comptes, 2011, rapport cité, p. 333.

[2] Plainte sans suite d'une association ADPM regroupant une centaine de mutuelles. *Argus de l'Assurance*, 4 déc. 2009 « Bruxelles conforte les incitations au collectif » *in* rapport d'activité 2009 du Fonds CMU p. 78.

[3] Selon une enquête, en 2009, 32 % des entreprises de moins de 10 salariés proposent une complémentaire maladie, 91 % de celles de plus de 250 salariés. *Questions d'économie de la santé*, n° 155, Juin 2010, 4 p., p. 1.

[4] Charges de gestion en % par type d'assureur et de contrat. Source M. GARNERO, C. ZAIDMAN, 2011, p. 33.

Type d'assureur	Taux moyen	contrats individuels	contrats collectifs
Société assurances « non-vie »	28,0 %	30,8 %	20,3 %
Société assurances « mixte »	22,0 %	32,5 %	19,3 %
Mutuelles	21,4 %	21,5 %	21,0 %
Institutions de prévoyance	18,0 %	14,3 %	18,7 %

Montant annuel moyen de cotisation santé en 2009 : 480 € par personne couverte. À structure d'âge et garanties équivalentes, coût des contrats collectifs inférieur de 82 € aux individuels. Idem, p. 32

[5] Cour des comptes, 2011, p. 343.

« *comme une sorte d'incitation positive généralisée à la sélection des risques à l'échelle de la nation* »[1].

Dans ce domaine, la couverture sociale est particulièrement **inégalitaire**. « *S'il existe une Protection sociale à deux vitesses, c'est au niveau de l'assurance maladie complémentaire que l'on peut l'observer et non au niveau de l'assurance maladie obligatoire* », pour le directeur du Fonds CMU[2].

Au niveau des aides, se rajoute pour les plus démunis le financement de la CMUc (1,4 milliard d'euros fin 2010 pour 4,3 millions de bénéficiaires) et de la plus méconnue ACS, aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (135 millions d'euros pour 535 000 personnes sur deux millions qui y seraient éligibles). Mais, paradoxalement, il est maintenant supporté entièrement par les assureurs complémentaires, donc par leurs assurés[3] et non par la solidarité nationale.

L'ensemble des aides aux bénéficiaires de complémentaires santé est ainsi de l'ordre de six milliards d'euros mais « *trop généreuses pour une partie des bénéficiaires, trop réduites pour d'autres, leur réorientation significative semble indispensable* » à la Cour des comptes[4].

2. La Mutualité française au secours de l'accès aux soins pour tous

Par l'article 1er de la loi du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie*, l'**État** est le **garant de l'accès aux soins**[5]. Le Conseil constitutionnel, examinant cette loi, a considéré que le « *montant de la majoration de la participation de l'assuré devra être fixé à un niveau tel que ne soient pas remises en cause les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946* » de garantie à la protection de la santé[6].

Le rapport Chadelat, en 2003, proposait de créer une « Couverture Maladie Généralisée » (**CMG**), au contenu défini par l'État, constituée de l'AMO et d'une assurance maladie complémentaire dite « de base » (AMCB) assurée par les organismes complémentaires[7]. L'adhésion, facultative, serait permise par une aide à l'achat (en contrat individuel ou

---

[1] D. LENOIR, 2009, article cité, p. 402. En 2009, Daniel Lenoir était directeur de la FNMF.
[2] J.-F. CHADELAT, 2009, article cité, p. 27.
[3] « *choix contestable puisqu'il conduit à faire financer cet effort de solidarité par une taxe régressive en fonction des revenus* ». P.-L. BRAS, D. TABUTEAU, 2012, ouvrage cité, p. 57.
[4] Cour des comptes, 2011, rapport cité, p. 342.
[5] « *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* ». Article L. 111-2-1 CSS créé par art. 1 de la loi 2004-810 du 13 août 2004.
[6] Aux termes de ce onzième alinéa, la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé…* ». Conseil constitutionnel, Décision 2004-504 DC 12 août 2004.
[7] Pour le rapport Chadelat, p. 19, la couverture par l'AMO entraînerait la disparition de la quasi-totalité des OCAM et l'intégration de la plus grande partie de leurs cotisations dans les prélèvements obligatoires placerait la France en difficulté en matière de niveau de prélèvements obligatoires par rapport à ses partenaires européens.

collectif), financée sous conditions de ressources grâce à la suppression des avantages octroyés aux contrats collectifs obligatoires ou Madelin.

Cet accès aux soins pour tous, va être relancé par la **Mutualité Française**, avec un succès très relatif, à l'occasion des élections présidentielles de 2012. Elle met au débat ses orientations sur le système de santé[1] portant sur le financement de l'assurance maladie obligatoire (à la pérennité plus assurée), les rôles des assurances maladie et l'amélioration de la prise en charge des patients. Elle constate un « *effritement du fait solidaire dans notre système mutualisé de protection sociale maladie* » et pour elle, la santé « *n'est plus un sujet traité comme il le mérite par les partis politiques* »[2].

Assurer avec justice la protection de la santé passe, pour la FNMF, par « *le droit de tous à la protection complémentaire santé solidaire* »[3], revendication qui « *doit s'accompagner d'une évaluation sans concession du service social rendu par les mutuelles* »[4] (élément qui permet de crédibiliser son projet). À l'issue de débats grand-public, elle présentait ses orientations aux candidats, les interrogeait sur leurs engagements sur les « *questions essentielles* » de santé et de protection sociale[5].

L'intérêt de la démarche est de mettre sur la place publique un droit à la santé opposable et la solution proposée est une assurance accessible à tous auprès des opérateurs actuels.

Mais *a priori* leurs finalités sont différentes selon leur statut à but lucratif ou pas. Toutefois ce critère est à relativiser. En effet, si la protection des assurés résulte des règles prudentielles, les **directives européennes** n'ont pas pour objet d'assurer l'accès aux soins pour tous. Pour le « rapport Rocard » la concurrence et le fonctionnement du marché qu'elles favorisent « *ont des conséquences économiques et sociales défavorables en matière d'assurance maladie* », n'assurant ni l'équité, ni l'efficacité économique[6]. Pour l'ancien Premier ministre, la France devait s'engager, au plan européen, pour obtenir « *un traitement spécifique* » de cette couverture et éviter « *qu'un "marché unique de la complémentaire" ne vienne balayer les*

---

[1] Mutualité française, *La Santé dans le débat 2012, Débat autour des orientations de la Mutualité Française pour un système de santé plus juste, plus efficace et pérenne*, Document de travail, non daté, 28 p.
[2] *Ibid.* p. 7. Pour la Mutualité le préalable étant la réforme en profondeur du financement de l'AMO.
[3] *Ibid.*, p 13. Le document fait des propositions d'organisation des soins dans tous les secteurs. Pour assurer la pérennité du système sont privilégiées les actions de prévention.
[4] *Ibid*. p. 28. Définition par la Mutualité d'un indicateur, *le service social rendu à la collectivité* intégrant accès aux complémentaires, pertinence des prestations, information des adhérents, transparence sur les tarifications.
[5] Par courrier du 20 mars 2012 du président de la Mutualité Française les interrogeant sur le retour à l'équilibre des comptes, la faiblesse des bases de remboursement, la perte d'autonomie, la contractualisation des mutuelles avec les professionnels de santé et le droit à une garantie complémentaire solidaire pour chacun.
[6] M. ROCARD *et al.*, 1999, rapport cité, p. 48. « *La stratégie logique d'un assureur est, au sein d'une classe de tarif, d'éliminer les mauvais risques par des stratégies d'écrémage indirectes* ».

mécanismes de solidarité » français. Mais, à ce jour, ce dossier n'a pas progressé, au contraire la mise en place de Solvabilité 2 risque de conforter la concurrence et ce marché unique.

Pour autant l'accès aux soins pour tous, reste posé. Comme pour les systèmes de retraites, il supposerait une remise en cause des deux assurances maladie, sinon le système continuera lentement une dérive pas toujours perçue. Dans un contexte financier difficile, ne serait-il pas urgent de revoir les prestations et le financement, de s'interroger sur le développement continu du marché de l'AMC qui au final limite les ressources du régime de base, alors qu'il ne peut s'y substituer ?

Se pose la question du périmètre du régime de base et de sa couverture déclinante du « petit risque ». Le régime local alsacien assure de façon probante une couverture complémentaire obligatoire peu coûteuse, gérée par les syndicats des salariés responsables. Mais il semble bien que ne puisse être remis en cause le domaine croissant des assureurs complémentaires[1] : difficulté face au poids politique de la Mutualité française, à l'attitude des confédérations syndicales intéressées au développement des institutions de prévoyance, du MEDEF peu enclin à remettre en cause le poids des assureurs de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances.

De ce fait, la protection complémentaire maladie comble peu les inégalités et ce système néo-corporatiste, avec un rôle qui lui est de plus en plus concédé par l'État, ne serait pas sans rappeler certains défauts de la couverture de santé aux USA[2] ; mais notons que l'État ne se désintéresse pas de l'assurance maladie et y est interventionniste (sauvegardant notamment les intérêts de médecins). Ces constats ne renvoient-ils pas au début de l'histoire de la Sécurité sociale et à ses valeurs de solidarité, à cette Sécurité sociale qui succédait aux Assurances sociales gérées avant tout par la Mutualité ? Dans ce secteur la position de nombre d'acteurs semble bien ambiguë.

***

Au terme de ce chapitre, il nous paraît que les tournants dans la prévoyance complémentaire sont constitués d'une part par la loi sur la CMU reconnaissant indispensable le recours à une complémentaire santé (et les lacunes d'une assurance maladie légale

---

[1] M Chadelat : « *J'ai donc posé clairement la question : souhaitez-vous la suppression de la quasi-totalité de ces assurances, en ne laissant subsister qu'une partie complémentaire très haut de gamme, pour que cela soit intégré dans la sécurité sociale ? La réponse a été unanimement négative* ».
A. VASSELLE, 2003, rapport cité, p. 99.

[2] J.-F. CHADELAT : « *Par certains aspects, le mécanisme qui existe aujourd'hui dans son fonctionnement me fait songer au système qui est l'un des plus mauvais systèmes au monde, le système américain. Les personnes qui travaillent au sein de très grandes entreprises, qui ont des salaires élevés, bénéficient d'une couverture haut de gamme. Les personnes très pauvres ont une couverture par la CMU. Entre les deux, nombre de personnes n'y arrivent pas* ». A. VASSELLE, 2003, rapport cité, p. 106.

insuffisante la couverture de la santé) ; d'autre part, par la loi Évin qui a permis de faire entrer tous les opérateurs, assureurs privés bien sûr et à leur demande institutions de prévoyance et mutuelles dans le monde des directives assurances. Le paradigme change d'un régime de sécurité sociale conventionnelle à des garanties collectives protégeant par des règles prudentielles un assuré consommateur.

N'est-il pas surprenant que les opérateurs de prévoyance facultatifs soient aujourd'hui qualifiés comme les régimes légaux d'« assurance maladie » (complémentaire) ?

Pour autant leur rôle est-il entièrement reconnu ? D'aucuns en doutent : « *Ainsi, si les complémentaires voient s'affirmer de plus en plus leur rôle économique dans le système de santé, et pour cette raison, la régulation de l'État s'imposer à elles par le biais de dispositifs tels que les contrats responsables, du point de vue politique, elles ont encore du mal à se faire une place au sein du système* »[1].

La séparation des opérateurs devenus des assureurs devient moins nette, soumis à des réglementations identiques, ayant les mêmes stratégies de développement passant souvent par des rapprochements. Dans une assurance maladie complémentaire, aujourd'hui variable d'ajustement marginale de l'assurance maladie obligatoire, la Mutualité française intervient régulièrement dans le débat public à la différence du Régime général et met en avant l'accès à l'assurance complémentaire santé. Mais le risque n'existe-t-il pas, au nom de l'équité, d'un désengagement de l'assurance maladie obligatoire qui couvrirait le gros risque et les moins favorisés ? Pour le reste la place serait faite au marché[2].

Déjà aujourd'hui, cet accès inégal aux soins[3] bénéficie aux moins nantis par la CMU complémentaire et aux salariés ayant des contrats collectifs. Il fait de l'assurance maladie complémentaire un dispositif peu solidaire et coûteux (à la différence, par exemple, du régime local d'Alsace-Moselle). Encore une manifestation de « l'effet Matthieu ».

Pour les mutuelles, la gouvernance à l'origine participative (un homme, une voix) devient plus centralisée tout comme dans les institutions de retraite complémentaires (et la solidarité tend à s'estomper face au marché et à la concurrence). Toutefois la FNMF doit tenir compte

---

[1] G. CORON, J.-P. HIGELÉ, L. POINSART, 2008, rapport cité, p. 155.

[2] « *L'assurance maladie se replierait, faute de ressources suffisantes, sur les risques majeurs et sur les catégories sociales les plus défavorisées. Dans le même temps, la dépense de santé serait de plus en plus confiée aux organismes complémentaires. Ce scénario est paradoxalement celui de l'étatisation et de la privatisation.* […] *La protection contre la maladie deviendrait un filet minimal dont la responsabilité incombe traditionnellement à l'État*. » D. TABUTEAU, 2006, ouvrage cité, p. 383.

[3] La hausse à 7 % de la taxe sur les contrats responsables peut à terme nuire à leur prédominance. Déjà en 2010, le directeur du Fonds CMU considérait que plutôt que de taxer ces contrats, « *la logique aurait voulu que l'on renforce les critères pour être* « *responsable* » *en faisant rentrer dans la rubrique* « *irresponsable* » *les contrats hauts de gamme qui solvabilisent les dépassements d'honoraires à des niveaux que l'on peut considérer comme choquants* » (*Espace social européen* n° 954, 22-28 oct. 2010).

des grandes mutuelles nationales comme les fédérations AGIRC-ARRCO des grands groupes de protection sociale.

La question reste posée de l'intérêt de l'assuré : reste-il leur préoccupation première ou cède-t-il la place dans ce registre au marché et à l'accroissement de la taille des intervenants en prévoyance complémentaire ?

Dans ce dernier cas, que devient la solidarité ?

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE

Par rapport aux régimes légaux autres que le régime général le rôle de l'État paraît à première vue similaire dans leur mise en place et celle de leurs prestations devenues quasiment identiques.

Mais dans ces régimes, ces avancées sociales sont issues de l'action et parfois de la contestation des professionnels. Ils ont pu conserver une gouvernance à base de conseils d'administration élus. Ces élections peuvent sembler secondaires compte tenu d'une faiblesse relative de la participation des assurés mais elles permettent de mettre en avant un fonctionnement à base de démocratie sociale. Et la légitimité des indépendants et surtout des exploitants agricoles est en permanence réaffirmée par les politiques et hauts fonctionnaires alors que les ressources de leurs régimes sont plus dépendantes de financements externes qu'au régime général, dont les représentants sont considérés comme moins représentatifs.

Même si est notable dans ces régimes une tendance à l'unification des règles par la Direction de la Sécurité sociale et le poids croissant des Caisses nationales (ou centrale), il convient de souligner une répartition des rôles paradoxale entre les gestionnaires des régimes légaux de Sécurité sociale et l'État. Il se montre très interventionniste par rapport au régime général qui finance la plus grande partie de ses prestations ; il laisse plus de latitude aux professionnels dans les régimes agricoles et des indépendants pourtant aidés par l'impôt ou adossés au régime général pour nombre de prestations et par ailleurs gestionnaires de régimes complémentaires retraites. Dans les régimes légaux, le régime qui paye ne commande pas.

L'utilité de ces régimes des indépendants n'est pas remise en cause alors que leurs assurés en bénéficient moins longtemps que du régime général, mais ces régimes sont moins coûteux pour leurs cotisants. Le rêve du régime unique n'a plus cours mais permettrait de rationaliser sa gestion au moindre coût. Il est vrai que disparaîtrait un (dernier ?) rempart contre l'accentuation de la mainmise de l'État.

Dans le secteur de la protection sociale complémentaire, contrairement au régime général les partenaires sociaux ont démontré leur capacité d'adaptation aux évolutions financières pour les retraites complémentaires et aux changements issus de la réglementation européenne pour les activités concurrentielles (plus développées en France que dans d'autres pays européens). Ils démontrent ainsi que « *la régulation par l'État des régimes de protection*

sociale ne constitue pas, aujourd'hui, le seul « modèle » de gestion »[1]. Toutefois ce modèle suppose que l'État laisse faire les partenaires sociaux dans un secteur à la gestion concédée (mais dans certaines limites par rapport à ses politiques)[2].

Il est permis, toutefois, de s'interroger doublement :

- d'une part sur la réalité de la démocratie sociale dans des institutions de retraite complémentaires dans lesquelles l'élection par les « participants » ne concerne plus - et pour peu de temps encore - que quelques IRC de l'AGIRC ; si tout y procède du paritarisme et des partenaires sociaux c'est, avant tout, de leur niveau national ;

- d'autre part, suite à la transposition des directives d'assurances, (dont elles ont demandé à bénéficier), sur la perte « *d'identité originelle* » d'institutions de prévoyance aux stratégies « *de plus en plus classiquement commerciales* »[3] et au sein de groupes toujours plus concentrés. Les mêmes phénomènes guettent probablement à court terme les mutuelles compte tenu de « l'impérialisme du marché » organisé par l'Union Européenne[4].

---

[1] « *Les partenaires sociaux, en France, ont montré, dans le domaine de la retraite complémentaire des salariés, qu'une autre voie était possible* » P. LAIGRE, P. LANGLOIS, 2006, rapport cité, p. 277. Pour les auteurs le régime général n'est donc pas géré par les partenaires sociaux !

[2] « *L'intégration économique des complémentaires dans la couverture des soins, reconnue comme indispensable en particulier depuis la loi sur la CMU, et qui justifie leur intégration politique via l'UNOCAM dans la réforme de 2004, est aujourd'hui incontestable. Le gouvernement, le Parlement et l'AMO envisagent la couverture des soins en intégrant l'AMC dans le raisonnement. Mais force est de constater que l'intégration politique des organismes de complémentaires santé n'est pas à la hauteur de leur intégration économique. Le rôle effectif de l'UNOCAM est pour l'essentiel un rôle d'expertise à travers la production d'avis, dans lesquels l'État et l'AMO puisent à leur guise*. » G. CORON, J.-P. HIGELÉ, L. POINSART, 2008, rapport cité, p. 159.

[3] J. BARTHÉLÉMY, 2006, article cité, p. 12. « *le paritarisme, qui est le fondement de la conception institutionnelle, est réduit à une fonction mineure, celle d'identifier une forme juridique particulière d'exploitation* ». Pour l'auteur, p. 17, 18, l'institution « *pourrait toutefois retrouver son identité originelle* » par une « *éthique que les acteurs sociaux devraient avoir comme objectif d'imposer dans les activités de ces institutions* ».

[4] « *La « constitutionnalisation des règles de la concurrence » au niveau de l'Union induit que son intervention n'a de sens et d'effet que dès lors qu'il existe un marché. La construction progressive d'une concurrence entre les assureurs, les IP et les opérateurs historiques de la couverture santé complémentaire, à savoir les mutuelles, avec les assureurs et les IP, a nécessairement introduit le niveau européen dans la régulation, puisque le droit de la concurrence devait dès lors s'appliquer* ».
G. CORON, J.-P. HIGELÉ, L. POINSART, 2008, rapport cité, p. 162.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La Protection sociale est en extension depuis 1945 mais **le Régime général de Sécurité sociale ne semble même pas être « réduit aux acquêts » de 1945**. En matière de prestations, la généralisation de la couverture s'est faite par les autres régimes légaux et complémentaires. L'universalité du système a été réalisée pour la population mais pas toujours quant au contenu de ses prestations (retraites inégales) ni de leur coût pour les cotisants ; au plan institutionnel le régime et la caisse uniques n'ont pas vu le jour face à des oppositions souvent corporatistes confortées par le paradigme des années 1960 - et toujours actuel - du choix par les intéressés de leur protection sociale. En gestion le régime général a-t-il conservé les acquis de 1945 ? La démocratie sociale impliquant les assurés a fait long feu si tant est qu'elle ait réellement existé. La responsabilisation financière des conseils d'administration à la tête de branches imaginée en 1967 n'est pas allée à son terme et les gouvernants se sont opposés aux rares réformes proposées par la CNAM en 1999.

Au terme de nos recherches, comment caractériser l'évolution de la gouvernance de la Sécurité sociale ? S'agit-il uniquement d'un « imaginaire » de la gouvernance ainsi qu'a été qualifiée la réforme de l'assurance maladie de 2004[1] ?

Et, revenons à notre questionnement initial : **gouvernance ou gouvernement de la Sécurité sociale** ?

Si nous examinons sa gestion par rapport aux **éléments de la gouvernance**, ceux-ci sont d'utilisation courante depuis la fin des années 1980 au régime général pour la gestion de projets. La contractualisation y apparaît avec le Plan Juppé de 1996 et se déploiera ensuite dans les autres régimes légaux (puis dans les retraites complémentaires). La négociation a pour but de mettre en forme les objectifs définis par l'État (déclinés ensuite dans les caisses du « réseau »). Sous son impulsion les autorités indépendantes et de consensus, les fonds financiers sont multipliés dans le domaine. Le management participatif a mis en place la « chaîne invisible ».

Il en résulte à ce jour une efficacité de gestion traduite par des coûts administratifs relativement faibles (mais ils l'étaient depuis longtemps) même si dans les organismes de base un pilotage à l'objectif souvent devenu pilotage à l'indicateur et à la procédure peut nuire

[1] Voir supra, p. 205.

à la créativité. Ces managements efficaces en période stable semblent peu favorables aux adaptations en cas de changement de l'environnement.

Contrairement à nombre de réformes à l'étranger s'appuyant sur une régionalisation de la gestion, ces éléments de gouvernance sont accompagnés paradoxalement d'une **centralisation** des structures et des décisions dans tous les secteurs. Il est ainsi pour la tutelle de l'État sur les caisses nationales, pour les caisses nationales par rapport aux organismes de base, dans les régimes de retraites complémentaires avec le poids des Fédérations sur les institutions, au niveau syndical dans la gestion des Institutions de prévoyance et leurs Groupes, à la Mutualité Française. Les directives européennes augmentant les marges de solvabilité du domaine assurantiel concourent aussi à la concentration de ce secteur. Les outils de cette gouvernance sont donc au service d'organisations centralisatrices.

Qu'en est-il par rapport au concept de gouvernance envisagé sous l'angle du **partage des pouvoirs** et la participation aux décisions ?

Pour les régimes légaux de la Sécurité sociale, aujourd'hui « le service public de la Sécurité sociale » (et donc un des services de l'État ?) les pouvoirs publics ont des interventions multiples. Le domaine est encadré par les lois de financement de la sécurité sociale et les lois de programmation des finances publiques vu l'importance financière des régimes. Au-delà de sa tutelle traditionnelle, l'État intervient de plus en plus sur les objectifs de gestion par la Révision générale des politiques publiques. Le Parlement, organe de la démocratie politique mais où le fait majoritaire est prégnant, a plus une fonction de légitimation des politiques des Gouvernements (et de de la haute administration) que d'apport spécifique dans un domaine technique. De même, les instances de consensus sectorisées par risques permettent aux acteurs de donner leur avis mais une vision globale manque.

Pour le **régime général**, au concept de caisses autonomes (dont l'autonomie était à relativiser en l'absence de décision sur les prestations et cotisations) ont succédé des caisses nationales devenues quasiment des agences de l'État qui signe avec elles des conventions « d'objectifs de gestion ». Nommés en Conseil des ministres, leurs directeurs sont à la tête de « réseaux » pyramidaux d'organismes de « base ». À côté, les conseils d'administration nationaux (et locaux) ont aussi un rôle de légitimation sociale du régime bien que leur légitimité et notoriété soient affaiblies par l'absence d'élections (et ils ne sont pas, comme dans les régimes de non-salariés, l'émanation des conseils locaux accentuant leur éloignement des assurés sociaux).

Opérateurs de l'État, les branches ont des attributions croissantes compte tenu de leur savoir-faire technique : les URSSAF deviennent les percepteurs du social, les CAF gèrent des prestations pour le compte d'autres décideurs publics au bénéfice des précaires, la CNAV accompagne les réformes des retraites. Les tâches de la CNAM sont plus traditionnelles : la Commission des AT/MP peut ainsi proposer des réformes pour la tarification et les prestations (sur la base des propositions du MEDEF), la branche maladie conservait un rôle dans le secteur ambulatoire par les conventions avec les professions de santé. Mais de cette branche, « dotée » d'un Conseil qui n'est plus d'administration, leur négociation et signature est attribuée en 2004 à l'UNCAM inter-régimes et surtout à son Directeur général. Dépendant du Gouvernement, il est attentif aux demandes des syndicats médicaux au pouvoir politique supposé important. Si les directeurs locaux sont devenus « patrons » de leur caisse sans contre-pouvoirs, leur désignation par les directeurs des Caisses nationales fait de ces derniers leurs patrons. La gestion par les caisses nationales est techniquement efficace mais le système paraît menacé de bureaucratisation par un fonctionnement à l'indicateur et à la procédure.

La contestation et/ou le lobbying ont permis aux **professionnels** des régimes agricole et des indépendants d'obtenir une harmonisation des prestations avec celles du régime général au moindre coût et de conserver plus d'autonomie de gestion (alors que nous nous interrogeons sur l'utilité de ces régimes pour leurs assurés dont la majorité y est « en transit »). Ainsi, ils ont pu développer et gérer des régimes de retraites complémentaires. Les apports ou adossements externes leurs garantissent un équilibre financier alors que paradoxalement c'est le régime général, le plus contributif, qui est souvent accusé de mauvaise gestion et est le plus sous la coupe de l'État. Leurs administrateurs peuvent s'appuyer sur la légitimité des élections (même avec une participation électorale faible) et d'une « démocratie sociale » qui n'est plus de mise au régime général. Elle semble d'ailleurs passée de mode : la représentation élective va disparaître dans les organismes complémentaires entièrement paritaires à la suite du récent Accord national interprofessionnel sur la « modernisation » du paritarisme.

Dans le secteur de la Sécurité sociale, il semble bien qu'il y ait eu un nouveau « Yalta » à l'intérieur du « Yalta du social » concédé aux partenaires sociaux en 1945.

À l'État, le pilotage du régime général et dans le cadre de concessions néo-corporatistes aux professionnels une participation à la gestion de leurs régimes légaux, aux partenaires sociaux (et tout particulièrement au MEDEF) la gestion des organismes de retraites

complémentaires. La gouvernance efficace de ces derniers, de plus en plus inspirée de celle du secteur privé, démontre ainsi la capacité de ces partenaires sociaux - quand eux et l'État le veulent - à être gestionnaires en Sécurité sociale, contrairement à la pensée de « l'élite du Welfare ». Toutefois cette gestion n'est pas exempte du danger de conflits d'intérêts entre les retraites complémentaires ayant une mission d'intérêt général et des institutions de prévoyance de plus en plus soumise aux lois du marché et de la concurrence. En prévoyance complémentaire, si le rôle des opérateurs est reconnu au plan de la couverture, il est plus contesté politiquement lorsqu'ils s'opposent aux gouvernants. Incidemment (?) la légitimation de l'assurance maladie complémentaire peut favoriser le désengagement de l'assurance maladie obligatoire.

Demain, quelle gouvernance ?

Finalement la « gouvernance » actuelle (tout comme le contenu des politiques publiques ou de celui des prestations sociales) est peu remise en cause ; au contraire, ses méthodes de gestion qui ont su être novatrices semblent inspirer celles de l'État et des hôpitaux. Faite de faux semblants n'arrange-t-elle pas tous les protagonistes : gouvernement, administration, représentants syndicaux (qui, pour la défense des assurés sociaux salariés, laissent la parole à ceux des usagers et de la Mutualité française) ?

Pourtant n'y aurait-il pas intérêt pour le Régime général à prendre exemple des bonnes pratiques des autres régimes légaux et complémentaires ou de s'inspirer des préconisations de gouvernance dispensées par des experts français ?

L'OIT a publié, en 2006 et 2010 des manuels de « *gouvernance des institutions de sécurité sociale* » destinés aux administrateurs d'Europe centrale et orientale et d'Afrique[1]. Au-delà des thèmes spécifiques (économie souterraine, difficultés de recouvrement, corruption…), nombre de ses préconisations mériteraient de retenir l'attention pour la gouvernance des organismes français de sécurité sociale et le rôle attribués aux conseils d'administration : définir les objectifs stratégiques à long terme, suivre la gestion courante, contrôler les opérations financières et de gestion par des comités spécialisés.

Cela supposerait de donner aux administrateurs du Régime général, à l'instar de certains régimes, les informations et la formation indispensables à leur gestion (et à ceux des caisses nationales d'être l'émanation des conseils d'administration locaux). Mais surtout de leur redonner une légitimité associée à de réels pouvoirs dans le cadre de relations équilibrées avec

[1] WARD Sue, FULTZ Elaine, OIT, rapport cité 2006. Principaux éléments reproduits en annexes 3 et 4, p. 377 et s. Sur les modalités de gouvernance par régimes français, voir annexe 1, p. 373.

les exécutifs et l'État (qui abandonnerait, exemple marginal, la gestion de fonds financiers sans réel intérêt pour lui). À défaut, il conviendrait d'arrêter les faux semblants et de prendre acte d'un système centralisé avec des agences hiérarchisées (au niveau local, sans conseils d'administration et des directeurs rattachés à l'organe national comme à Pôle emploi).

Ne pas mettre sur la place publique ces questions est de nature à faire perdre du sens à un système à la merci d'une bureaucratisation contrôlée par l'État. Au-delà, le risque est d'aboutir à une remise en cause du modèle social français par des réformes de la Sécurité sociale au fil de l'eau notamment pour les nouveaux risques à couvrir et à un transfert insidieux vers les assureurs (ou les assurés) : système dual dans lequel les objectifs de solidarité et les valeurs fondatrices de 1945 s'atténuent.

Pour terminer, une note plus personnelle qui résume pour nous l'évolution d'une institution passée pour le régime général d'une gouvernance à un « gouvernement » (et pour les régimes complémentaires à un système néo-corporatiste) : dans les années 1970 beaucoup « entraient à la Sécurité sociale » pour la servir ; aujourd'hui, selon l'expression introduite dans le code de la sécurité sociale par la loi de financement pour 2012, les cadres dirigeants « participent» au « service public de la Sécurité sociale ».

ANNEXES

Annexe 1- Modalités de Gouvernance par régimes

	Régime général 1946	Régime général 2012	MSA	RSI	Agirc-Arrco	Mutualité
Autorité de tutelle	Direction régionale Sécurité soc.	Mission nationale de contrôle	Ministère Agriculture 2012 MNC	Mission nationale de contrôle	Ministère Sécurité sociale	Autorité de Contrôle Prudentiel
Forme de tutelle	*a priori*	*a priori a posteriori*	*a priori a posteriori*	*a priori a posteriori*	Sur accords et statuts	Agrément et retrait
Contrôle par Cour des comptes	oui	oui	oui	oui	oui	non
Contractualisation avec État	non	oui	oui	oui	non	non
Contrat. État-inter régimes	non	fin 2012	fin 2012	fin 2012	non	non
Fixation dépenses recettes techniques	Gvnt (1)	Parlement	Parlement	Parlement	Fédération Agirc-Arrco	non
Structure de tête	CNSS FNOSS	Caisses nationales	Caisse centrale	Caisse nationale	Fédérations Agirc-Arrco	FNMF
statut	EPA (2) Fédération	EPA	Droit privé	Droit privé	Droit privé	Droit privé
Assemblée Générale	oui	non	oui	non	non	oui
CA (3) composition	État/caisses	Paritaire +PQ (4)	Profession. + salariés	Profession-nels	paritaire	statuts
désignation	oui	oui	Caisses de base	Caisses de base	Confédér. syndicales	AG
Nomination dirigeants	Gvnt	Gvnt	CA	Gvnt	CA	CA
Contrat avec organisme local	non	oui	oui	oui	oui	non
Structure locale	Caisse (unique ?)	caisses	Caisse unique	Caisse unique	Institutions de retraites complément.	Unions régionales, mutuelles
statut	Droit privé PSP (5)	Droit privé PSP	Droit privé PSP	Droit privé PSP	Droit privé Mig (6)	Droit privé
Assemblée Générale	non	non	oui	non	Eventuel-lement.	oui
CA composition	majorité de salariés	Paritaire +PQ	professionnel + salariés	Profession-nels	paritaire	mutualistes
désignation du CA	élection	désignation	élection	élection	élection vers désignation	élection
Désignation des dirigeants	CA	direction Caisses Nat.	CA local	CA local CNat 3 noms	CA agrément fédérations	CA
gestion	CA	Cadres dirigeants	CA + Direction	Direction + CA	CA + Direction	CA

(1) Gvnt : Gouvernement, (2) EPA : établissement public administratif (3) CA : conseil d'administration
(4) PQ : personnalité qualifiée (4) PSP : participant au service public (6) Mig : mission d'intérêt général.

En grisé éléments de démocratie sociale

Annexe 2 - Composition des Conseils d'administration (Régime général sécurité sociale)

membres délibératifs des conseils, conseils d'administration, d'orientation et commission AT										
	Cnam	Catmp	Cnav	Cnaf	Acoss	Ucanss	Cpam	Carsat	Caf	Urssaf
CGT	3	1	3	3	3	2	2	2	2	2
FO	3	1	3	3	3	2	2	2	2	2
CFDT	3	1	3	3	3	2	2	2	2	2
CFTC	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1
CGC	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1
Medef	7	3	7	6	6	4	4	4	3	3
Cgpme	3	1	3	2	2	2	2	2	1	1
UPA	3	1	3	2	2	2	2	2	1	1
TI (1)				3	3				3	3
sous total	*26*	*10*	*26*	*26*	*26*	*16*	*16*	*16*	*16*	*16*
PQ (2)			4	4	4			4	4	4
Idam(3)	6						5			
FNMF	3						2	1		
UNAF				5					4	
Total	35	10	30	35	30	24 (4)	23	21	24	20
% repres. paritaire	*74*	*100*	*87*	*74*	*87*	*100*	*70*	*76*	*67*	*80*

En plus membres consultatifs : 3 représentants du personnel, un des Associations familiales (CNAV, CARSAT, CPAM).
La dernière ligne indique le pourcentage de représentants paritaires (des salariés et employeurs) par rapport à l'ensemble des membres délibératifs

Catmp : Commission des accidents du travail et maladies professionnelles de la CNAM
(1) TI : représentants des travailleurs indépendants (2) PQ : Personnalités qualifiées
(3) Idam : institutions intervenant dans le domaine de l'Assurance maladie
(4) UCANSS : siègent également au Conseil d'Orientation (COR) les huit présidents et vice-présidents des Caisses nationales (tableau ci-dessous). Les autres sigles figurent dans l'index thématique.
.

Présidences des caisses nationales et de la commission AT/MP en juin 2012

	CNAM	CAT-MP	CNAV	CNAF	ACOSS	UCANSS
CGT					V-président	
CGT-FO		V-président	**Président**			
CFDT	**Président**					
CFTC				**Président**		
CFE-CGC						Vprésidente
MEDEF	V-président	**Président**			**Président**	**Président**
CGPME				V-président		
UPA			V-président			

V-président : 1er vice-président

Source : http://extranet.ucanss.fr/contenu/public/Instances/annuaire_COR.htm accès 27 juin 2012

Annexe 3 - Le « code de la route » des administrateurs d'Europe centrale et orientale

Cette annexe reproduit des éléments des manuels élaborés sous l'égide de l'Organisation Internationale du Travail pour les administrateurs de l'Europe de l'Est en 2006 et d'Afrique en 2010.

La gouvernance des institutions de sécurité sociale : Guide pratique à l'intention des administrateurs d'Europe centrale et orientale (p.169, 170).

CHAPITRE 14 - RÉSUMÉ

Dans toutes les pages qui précèdent, le lecteur a pu trouver des conseils détaillés et élaborés. On peut en récapituler les idées maîtresses, sous forme de « code de la route » destiné à orienter les décisions et les actions des administrateurs :

1. Une institution existe dans l'intérêt de ses usagers (bénéficiaires et cotisants), non l'inverse. La question qui doit guider l'appréciation d'une nouvelle idée ou d'un nouveau projet doit donc toujours être : « Qu'est-ce que cela apporte aux usagers ? »

2. Le cotisant d'aujourd'hui a toutes les chances d'être le bénéficiaire de demain, ou du moins son parent. Les deux catégories ne sont pas séparées. Il s'agit des mêmes personnes, à différents moments de leur vie. Laisser les cotisants enfreindre les règles aujourd'hui risque donc de réduire le montant de leur prestation, voire de les priver de toute prestation quand ils réapparaîtront comme bénéficiaires dans l'avenir.

3. Les gens ne croient plus les administrations publiques (ou toute autre grosse organisation) qui leur disent : « Fiez-vous à nous, nous savons que ce que nous faisons, c'est ce qu'il y a de meilleur pour vous ». La confiance doit être remplacée par des règles claires, une mise en œuvre transparente et l'obligation de rendre des comptes. Règles, décisions et procédures doivent être rendues publiques, sauf raison expresse contraire.

4. Si les gens ordinaires ne comprennent pas ce que l'institution leur dit, c'est la faute de l'institution, pas des gens : l'institution ne leur a pas expliqué clairement les choses.

5. Si un élément, dans un accord financier, un contrat de logiciel ou un ensemble d'indicateurs de performance, a l'air trop beau pour être vrai, c'est certainement le cas. Des administrateurs « profanes » ne doivent jamais hésiter à questionner les experts. Le jargon et les exposés « poudre aux yeux » servent souvent à camoufler un mauvais résultat ou le manque de compréhension du sujet par les experts eux-mêmes. L'administrateur « profane » qui, au sein du conseil d'administration, « pose une question stupide », rend service à tout le monde. Si les experts comprennent réellement ce dont ils parlent, ils seront en mesure de l'expliquer clairement à quelqu'un ignorant tout du sujet.

6. Les querelles de clocher (disputes entre institutions qui veulent avoir priorité sur l'autre) ne profitent guère à l'usager. Plus les institutions travaillant dans un domaine particulier sont nombreuses, plus il est impératif qu'elles coopèrent. Toute aussi importante que la communication entre êtres humains est la communication entre systèmes informatiques.

7. D'emblée prendre de bonnes décisions et adopter de bonnes procédures est toujours moins onéreux et plus rapide que de faire un mauvais choix et de devoir le rectifier par la suite, même si, dans un premier temps, la voie de la qualité semble plus coûteuse en temps.

8. Un travail bien fait, exact et ponctuel, ne fera l'objet d'aucun éloge dans les médias. On n'en attend pas moins de l'institution. Mais un travail mal fait, une accumulation de retards ou un scandale lié à la corruption feront la une. C'est peut-être très contrariant et très injuste, mais c'est ainsi.

9. Si un scandale éclate, il faut le traiter rapidement, efficacement et ouvertement. Dire la vérité n'est pas seulement la chose à faire d'un point de vue moral : il en sort aussi les meilleurs résultats d'un point de vue pratique. Ce sont souvent les tentatives pour étouffer un scandale, plus que ce dernier, qui nuisent réellement à la réputation d'une institution.

10. Le plus jeune de vos cotisants touchera peut-être encore une prestation dans 60 ou 80 ans. Il est donc vital de produire des estimations pour l'avenir, et pas seulement pour les trois ou cinq prochaines années, mais pour un demi-siècle, afin que vous (et vos usagers) puissiez savoir si le régime placé sous votre supervision sera capable de tenir ses engagements. Toutefois, il s'agit seulement de projections et nul d'entre nous ne peut savoir avec certitude ce qui se produira demain, et encore moins dans cinq ou 50 ans. Les projections doivent donc être régulièrement renouvelées et cela signifie que les modèles informatiques utilisés pour les produire doivent être tenus à jour. Une fois qu'une nouvelle série de projections a été effectuée, il faut la soumettre à l'attention des décideurs politiques.

***

Annexe C de l'ouvrage : *La gouvernance des systèmes de sécurité sociale : un guide pour les membres des conseils d'administration en Afrique*, OIT, 2010, ouvrage cité.

Les clés de la réussite pour un administrateur (têtes du chapitre, p. 179 à185)

1. Instruisez-vous sur la sécurité sociale et sur le régime placé sous votre supervision
2. Soyez conscient de vos responsabilités financières
3. Renseignez-vous sur la manière dont le régime traite ses usagers
4. Prenez des initiatives – pensez à long terme
5. Soyez sceptique et indépendant… mais demandez conseil
6. Spécialisez-vous et soyez transparent
7. N'essayez pas de pratiquer la microgestion :

« *Tout comme le législateur devrait laisser au conseil d'administration le soin de régler les affaires relevant de sa compétence, le conseil d'administration devrait fixer des orientations et assurer une surveillance, mais ne pas s'immiscer directement dans la gestion de l'institution de sécurité sociale. Le directeur et les cadres supérieurs du régime ont été engagés pour le faire fonctionner efficacement, conformément aux désirs du conseil d'administration. S'ils ne produisent par les résultats attendus, le recours s'offre au conseil d'administration d'aborder ces questions avec eux et, si cette initiative ne porte aucun fruit, de les remplacer. Le conseil d'administration devrait résister à la tentation d'essayer de gérer le fonctionnement quotidien du régime. Cela mine l'autorité des cadres responsables, crée des incertitudes, provoque l'apparition de factions au sein du personnel et produit presque toujours un résultat pire que le mal qu'on essayait de corriger* »[1].

[1] Warren McGillivray, 2005. (Anciennement Chef du secteur des opérations et études de l'Association internationale de la sécurité sociale) *in ouvrage de l'OIT cité p. 185.*

Annexe 4 -Formulaire d'auto-évaluation pour les administrateurs

Extraits des deux manuels de l'OIT pour les pays de l'Est et l'Afrique (Annexe D du *guide pour les membres des conseils d'administration en Afrique*, OIT, 2010, ouvrage cité, .p. 186 à 190)

« Cette annexe est une adaptation d'un questionnaire conçu par une association française d'institutions de retraite, l'AGIRC (Association générale des institutions de retraite des cadres). Il devrait vous aider à apprécier vos domaines de compétence et à cerner les domaines dans lesquels vous avez besoin de vous renforcer, éventuellement aidé par un complément de formation ».

Questions concernant ma nomination comme administrateur	**Oui**	**Non**
Quand j'ai accepté ma nomination au conseil d'administration, je comprenais en quoi consisterait ma fonction et ce qu'on attendait de moi.		
Pour me faire une idée détaillée de ce qu'exigeait ma nouvelle fonction, j'ai interrogé ▪ l'organisation que je représente ; ▪ mes pairs du conseil d'administration en fonctions depuis longtemps ; ▪ le directeur général ou d'autres cadres supérieurs de l'institution ; ▪ d'autres sources.		
Je possède un exemplaire de tous les documents importants concernant l'institution et ses activités.		
(Si la réponse à la question ci-dessus est négative, j'ai demandé des exemplaires des documents qui manquent dans mon dossier.)		
J'avais déjà eu, avant de débuter, l'occasion de participer à des séminaires sur la fonction d'administrateur		
Les administrateurs se voient offrir régulièrement un complément d'aide pour mettre à jour les connaissances et les compétences dont ils ont besoin.		
Questions concernant mon engagement actuel	**Oui**	**Non**
Je pense remplir mon rôle d'administrateur dans l'esprit du mandat qui m'a été confié.		
Je joue un rôle actif dans toutes les réunions du conseil d'administration et des sous-comités auxquels je siège.		
Avant chaque réunion, j'étudie attentivement l'ordre du jour et tous les documents joints.		
Je suis en rapport avec des experts qui peuvent m'offrir des mises au point sur les sujets nécessitant des connaissances spécialisées		
Je peux contacter mes pairs du conseil d'administration ou d'entités similaires pour discuter avec eux des sujets d'intérêt commun.		
Lors des réunions, si les débats se font dans une langue obscure pour moi, j'insiste pour qu'on fournisse au conseil d'administration : ▪ un complément d'explication en termes profanes ; ▪ la documentation nécessaire.		
Je suis au courant : ▪ de l'énoncé de mission, des objectifs et des cibles de l'institution ; ▪ des indicateurs de résultats utilisés.		
Quand il est question d'investir dans de futurs développements administratifs ou technologiques, je détermine si les projets proposés : ▪ auront un effet positif en matière de coûts, de qualité de fonctionnement et de service aux usagers ; ▪ seront compatibles, à court et à moyen terme, avec le budget de l'institution ; ▪ amélioreront notre capacité de communiquer avec d'autres institutions publiques et avec nos usagers.		

Je me tiens bien informé des commentaires émis dans la presse et les médias sur l'institution et ses activités.		
Je suis au courant des politiques de recrutement de l'institution et je les crois équitables et transparentes. Je pense que nous donnons l'exemple en la matière.		
Les finances de l'institution	**Oui**	**Non**
Je comprends les règles de comptabilité publique suivies par l'institution.		
J'ai bénéficié de mises au point de la part de spécialistes sur les aspects que je ne comprenais pas.		
Je connais la proportion des dépenses totales de l'institution affectées au fonctionnement, y compris : ▪ les principales catégories de ce chapitre des dépenses, et ▪ sa répartition entre dépenses du siège et dépenses des centres régionaux ou locaux.		
J'examine attentivement les chiffres et les rapports budgétaires lors de leur parution et je demande un complément d'information sur tout aspect obscur.		
Ces rapports me parviennent suffisamment à l'avance pour que je puisse les examiner correctement avant la réunion au cours de laquelle ils sont évoqués.		
J'examine attentivement les rapports d'audit et la lettre de recommandations de l'auditeur.		
Je vérifie si ces recommandations sont appliquées.		
Le droit d'accès à l'information des administrateurs	**Oui**	**Non**
L'institution tient les administrateurs au courant : ▪ de ses activités ; ▪ des révisions et des programmes de développement en cours ; ▪ de toute nouveauté politique ou juridique pertinente.		
Les administrateurs reçoivent un exemplaire de toute circulaire, de tout rapport ou de tout autre document publié par l'institution.		
Les administrateurs bénéficient de rapports réguliers sur : ▪ le nombre des nouvelles demandes de prestations, des prestations actuellement servies et des bénéficiaires arrivés en fin de droits ; ▪ les recettes et les dépenses, tant de prestation que de fonctionnement ; ▪ les charges administratives ; ▪ le rendement par rapport aux objectifs et aux critères de référence ; ▪ les recommandations des auditeurs internes et externes ; ▪ les mesures prises pour appliquer ces recommandations.		
Je pense que les administrateurs reçoivent assez d'informations pour pouvoir jouer un rôle actif dans la direction de l'institution.		
Faire connaître l'institution	**Oui**	**Non**
En tant qu'administrateur de l'institution, j'estime que j'ai un rôle à jouer pour faire connaître les activités de celle-ci aux mandants que je représente.		
J'ai organisé ou participé régulièrement à des réunions externes d'information sur les activités de l'institution : ▪ au sein de ma propre organisation ; ▪ pour une audience plus large ou pour le grand public.		
J'ai le sentiment de connaître et de comprendre suffisamment les activités de l'institution pour pouvoir jouer un rôle actif dans ce type de réunion.		
Quand ce n'est pas le cas, je peux demander un complément de mise au point : ▪ à des personnes appartenant à ma propre organisation ; ▪ à des personnes appartenant à l'institution.		
Je pense être assez bien informé pour pouvoir jouer un rôle actif dans les débats sur la sécurité sociale en général et sur son évolution future et ses réformes éventuelles en particulier.		
J'estime remplir mon rôle d'ambassadeur de l'institution.		

La stratégie de placement de l'institution	Oui	Non
Je connais : ▪ les diverses catégories de placement qui s'offrent à l'institution ; ▪ leurs diverses caractéristiques, par exemple leur niveau de risque, de liquidité, et leur taux de rendement probable.		
Je participe pleinement à l'élaboration et au réexamen de la stratégie de placement de l'institution, et je comprends les motifs de cette stratégie.		
Je sais comment est mesuré le rendement des placements, et je comprends notamment : ▪ les critères de référence utilisés ; ▪ les justifications fournies par les gestionnaires de placement quand ils rapportent un rendement inférieur aux objectifs.		
Je comprends la structure des frais de gestion et des autres commissions prélevés par les gestionnaires de placement.		
J'examine attentivement ces frais et autres commissions dans les rapports que je reçois.		
Projections pour l'avenir	**Oui**	**Non**
Mon institution bénéficie de rapports actuariels réguliers sur les prestations de sécurité sociale. ▪ Ces rapports ont un horizon à … ans. ▪ Le conseil d'administration a l'occasion de discuter de leurs hypothèses et de leurs statistiques avec les actuaires qui établissent ces rapports.		
On a effectué, ou l'on projette d'effectuer, dans mon pays un rapport sur les dépenses de protection sociale dans l'ensemble de l'économie.		

Connaissances et compétences

Sujet	Évaluez votre niveau de connaissances ou de compétences (choisissez entre « faible », « moyen » et « bon »)
1 Historique et structure des prestations servies	
2 Cadre juridique	
3 Structure de l'institution	
4 Fixer des objectifs et mesurer les résultats	
5 Comptabilité et contrôle financier	
6 Placements	
7 Questions actuarielles à long terme	

Annexe 5 - Charte de la gouvernance du réseau de la MSA

La charte de la gouvernance du réseau de la Mutualité Sociale Agricole a été votée par l'Assemblée générale de la Caisse centrale de la MSA le 21 juin 2007.

« *Deuxième régime de protection sociale, la Mutualité Sociale Agricole gère la protection sociale de la profession agricole (exploitants, employeurs de main-d'œuvre, salariés agricoles et leurs familles) soit plus de 4 millions de personnes. Elle déploie une offre globale de protection sociale couvrant la santé, la santé au travail, la famille, la retraite, les accidents du travail, la prévention des risques d'accidents et des maladies professionnelles des salariés et exploitants agricoles et une action sanitaire et sociale diversifiée. Outre sa mission de service public de protection sociale, la MSA développe une offre de service sur les territoires qui contribue à l'amélioration de la qualité de vie de ses assurés.*

L'organisation de la MSA repose sur une structure décentralisée avec une Caisse centrale et un réseau constitué à ce jour de 49 entreprises. 2 000 administrateurs, 27000 délégués et 18 000 salariés sont au service des assurés agricoles.

Tête de réseau, la Caisse centrale a pour missions de représenter, fédérer et piloter la MSA. Elle porte les propositions de l'Institution auprès des Pouvoirs Publics. Elle est garante d'une réponse sociale adaptée aux besoins des adhérents et des partenaires. Elle coordonne, conseille et assiste les caisses de MSA. Au-delà du champ législatif et réglementaire, la Caisse centrale joue un rôle majeur pour animer et conduire les réflexions sur les politiques institutionnelles.

Le réseau MSA est en cours de réorganisation. Il sera constitué en 2010 de 35 caisses départementales ou pluri départementales. Par ses sites départementaux et ses points d'accueil, par ses comités départementaux et ses échelons locaux, la MSA conserve un ancrage fort sur le terrain et développe ses services de proximité.

Des principes forts et partagés

La MSA est une organisation professionnelle mutualiste bâtie sur trois valeurs qui fondent le mutualisme : la solidarité, la responsabilité, la démocratie.

La solidarité entre générations, entre métiers de l'agriculture, entre régions agricoles dans leur diversité.

La responsabilité et l'autonomie des caisses qui garantit que chacune des caisses de MSA est en mesure de prendre sur le terrain des initiatives, de conduire des expérimentations et d'apporter des réponses adaptées aux besoins locaux tout en s'inscrivant dans une politique institutionnelle.

Une démocratie vivante et participative qui conduit tous les 5 ans les adhérents de la MSA à élire leurs représentants. Les 27 000 délégués élus en 2005 assurent un rôle de relais entre les caisses de MSA et les adhérents.

La MSA se dote tous les 5 ans d'un projet politique qui réaffirme les axes forts de son action. Le Plan d'Action Stratégique voté par ses délégués en Assemblée Générale le 22 juin 2006 définit les grandes orientations de la MSA sur :

- Le mutualisme demain

- L'offre de protection sociale de la MSA

- Les services et partenariats sur les territoires
- La gouvernance de l'institution
La MSA négocie et signe avec les Pouvoirs Publics tous les 5 ans une Convention d'Objectifs et de Gestion déclinée localement.

Objet de la charte

Gestionnaire du service public et porteur d'une offre de services sur les territoires, la MSA prend vis-à-vis des adhérents, des partenaires institutionnels et des pouvoirs publics, des engagements qui impliquent l'Institution toute entière.

Par ailleurs, la MSA doit s'exprimer d'une seule voix pour être une réelle force de proposition. Elle est en mesure de le faire parce qu'elle rassemble et mobilise tous les acteurs institutionnels.

La présente charte précise les modalités selon lesquelles, conformément aux orientations du Conseil central, les engagements de l'institution sont définis et mis en œuvre au sein du réseau.

Par cette charte, la MSA réaffirme la nécessité de renforcer la cohésion institutionnelle tout en conservant un fonctionnement fondé sur l'autonomie et la responsabilité de chacune des caisses. C'est ce fonctionnement original qui permet à la MSA d'identifier les besoins sur le terrain, de prendre des initiatives, de mobiliser au plan local ses élus et les partenaires pour répondre aux attentes des adhérents.

Sans que leurs pouvoirs propres soient remis en cause, les caisses de MSA et, au travers d'elles, les organismes qu'elles ont constitués (AROMSA, CITI, GIE, Associations,...), s'engagent à respecter les principes généraux énoncés dans la présente charte.

Article 1 Des engagements garantissant une unité institutionnelle renforcée

Pour assurer ses missions, la MSA prend des engagements qui garantissent aux adhérents, aux pouvoirs publics et aux partenaires de la MSA une unité d'action de l'institution.

Ces engagements de l'institution concernent :
- Les accords, conventions, partenariats, décisions qui engagent l'institution dans son ensemble.
- Les socles communs d'actions : ils garantissent une offre de services aux adhérents et aux entreprises homogène sur le territoire.
- Les outils de gestion et de pilotage indispensables au fonctionnement en réseau.

Ces engagements ne sont pleinement opérants que si toutes les caisses les mettent en œuvre.

Article 2 Une démarche de concertation pleine et entière dans l'élaboration et la définition des engagements de l'institution

Les caisses de MSA sont largement impliquées et consultées dans la réflexion et la définition des engagements de l'institution.

D'ores et déjà des dispositifs de concertation, d'appropriation et d'information ont été mis en place. Ils permettent d'une part d'échanger, débattre et partager les positions, de prendre connaissance des expérimentations conduites sur le terrain, d'autre part d'apprécier l'opérationnalité des propositions et de prendre en compte les contraintes locales pour les intégrer dans les décisions. Cependant, dans certains cas, le Conseil central a toute légitimité pour prendre des orientations et décisions institutionnelles sans mettre en œuvre le dispositif de concertation (avis requis dans un bref délai, logiques de négociation,...).

Ces dispositifs de concertation associent :
- Les élus au sein d'instances en charge de définir les grandes orientations politiques
- Les agents de direction au sein d'instances stratégiques et opérationnelles.

La MSA s'engage à amplifier cette concertation et notamment à développer la synergie entre élus et cadres dirigeants au sein d'instances communes afin de définir les orientations les mieux adaptées aux objectifs et aux contraintes de gestion.

Pour cela elle s'appuie notamment sur les journées institutionnelles :
- Journées Présidents/ 1er Vice Présidents / Directeurs,
- Assemblée générale de la Caisse Centrale,
- Journées institutionnelles de la protection sociale des salariés, des non salariés, de la santé, de l'ASS, de l'informatique institutionnelle, journées régionales SST...
- Journées et commissions ad hoc.

Les documents de référence décrivant les dispositifs de concertation sont :
- Les statuts et le règlement intérieur du CA de la CCMSA pour ce qui concerne les instances politiques.
- Le règlement intérieur des instances de liaison du réseau pour ce qui concerne les instances stratégiques et opérationnelles.

La MSA s'engage à développer la concertation avec les partenaires sociaux, notamment avec l'Instance Nationale de Concertation.

Afin d'assurer la représentation des élus et directeurs au sein des instances de concertation, les désignations institutionnelles se réalisent aujourd'hui sur le périmètre des 14 régions FNEMSA. L'engagement n° 25 du PAS préconise d'adapter le périmètre de désignation à l'organisation du réseau telle que prévue en 2010.

Dès 2010, les désignations institutionnelles se font dans le cadre des 5 grandes régions institutionnelles correspondant aux périmètres des régions informatiques.
Le Conseil central définit la composition des commissions et groupes de travail en préservant l'équilibre des régions et des composantes politiques de l'institution.

Article 3 Une appropriation des engagements de l'institution
Des dispositifs d'accompagnement de suivi et d'évaluation

Lorsque les engagements de l'institution ont fait l'objet d'une décision par le Conseil central et/ou l'Assemblée générale de la CCMSA, la MSA organise les conditions permettant leur meilleure appropriation. Pour cela elle s'appuie notamment sur les mêmes instances et journées institutionnelles que celles citées pour la phase d'élaboration et de concertation.

La Caisse centrale incite à la mise en œuvre des engagements de l'institution et la facilite en mettant à disposition des caisses des méthodologies, des formations, des outils d'accompagnement politique et opérationnel.

Ces dispositifs sont construits en concertation avec les caisses.

La CCMSA réalise des rapports d'étape sur le déploiement des dispositifs institutionnels et veille à la publication de ces rapports dans la plus grande transparence.

Elle met en place les dispositifs d'évaluation qui s'appliquent aussi aux programmes institutionnels.

Dans le cas où elle détecte une difficulté sur la mise en œuvre d'un engagement, la Caisse centrale entreprend auprès de la caisse une médiation pour rechercher les conditions d'aboutissement.

Article 4 S'engager dans la mise en place de dispositifs de régulation

Les processus de concertation, d'information, d'appropriation et d'accompagnement précédemment décrits conduisent à des engagements de l'institution dont les caisses sont individuellement et collectivement responsables.

Certains accords, décisions, engagements institutionnels ne peuvent aboutir que par leur mise en œuvre par toutes les caisses. De même, l'Institution doit être en capacité de fournir à bonne date les données consolidées de la MSA et doit disposer des éléments permettant un pilotage sur l'ensemble du réseau.

La non application de ces règles peut fragiliser l'institution ou la pénaliser notamment en terme d'image ou en termes financiers.

Pour garantir une action partagée et solidaire, la MSA met en place un dispositif de régulation. Ce dispositif dont la Caisse centrale assure la mise en place et le fonctionnement se déroule sur 4 phases :

- une alerte vers les caisses et, au travers d'elles, les organismes qu'elles ont constitués, signalant la nécessité absolue d'une mise en œuvre institutionnelle dans les délais impartis ;

- une évaluation ciblée et une communication des résultats de cette évaluation ;

- pour les Caisses en écart, une recherche de solution au sein d'une instance de conciliation. Cette instance est saisie par la CCMSA. Elle a pour missions d'aboutir, au terme d'un examen contradictoire, à la mise en œuvre de l'engagement par la caisse.

Elle est composée d'élus et directeurs représentant la Caisse centrale et le réseau :

- Pour la Caisse centrale : Le Président, le 1er Vice Président, le Directeur Général.

- Pour le réseau : Un Président, un 1er Vice Président et un directeur tirés au sort parmi les personnes désignées par chacune des 5 grandes régions.

La délégation de la région de la caisse visée par le dispositif de régulation est écartée du tirage au sort.

- en cas d'échec de cette conciliation, le Conseil Central a le pouvoir de prendre toute mesure notamment en matière financière, et dans ce cas après avis de la Commission de Financement Institutionnel. »

.

Annexe 6 - Accord sur la gouvernance

des groupes paritaires de Protection sociale du 8 juillet 2009

Le Mouvement des entreprises de France
(MEDEF),
La Confédération générale des petites et moyennes entreprises
(CGPME),
L'Union professionnelle artisanale
(UPA),

d'une part,

La Confédération française démocratique du travail
(CFDT),
La Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres
(CFE-CGC),
La Confédération française des travailleurs chrétiens
(CFTC),
La Confédération générale du travail-Force ouvrière
(CGT-FO),
La Confédération générale du travail
(CGT),

d'autre part,

Vu l'ensemble des textes législatifs, réglementaires et conventionnels intéressant les groupes paritaires de protection sociale,

Vu les statuts de référence établis par décisions des Conseils d'administration de l'AGIRC et de l'ARRCO (circulaire du 16 mai 1997) en application de l'accord portant dispositions communes à l'AGIRC et à l'ARRCO en date du 25 avril 1996,

Vu le rapport de Messieurs Philippe Laigre et Philippe Langlois fait à la demande des Partenaires sociaux,

Vu le rapport du groupe de travail paritaire, en date du 16 mars 2009, sur la gouvernance des groupes paritaires de protection sociale, ci-après désignés GPS,

Considérant l'intérêt que présentent le maintien et le développement des GPS pour les entreprises et les salariés dans le cadre de la mise en œuvre des couvertures de protection sociale complémentaire décidées par les Partenaires sociaux au plan national, de branches ou d'entreprises et de leur gestion, en particulier la mise en place d'un guichet unique permettant de bénéficier d'un seul interlocuteur,

Considérant la défense des intérêts matériels et moraux de la retraite complémentaire et notamment la mission d'intérêt général confiée aux institutions de retraite complémentaire,

Considérant l'évolution du cadre de fonctionnement des GPS,
Considérant la spécialisation croissante des métiers de la retraite, d'une part, et de la prévoyance, d'autre part,
Considérant les mouvements de concentration intervenus,

Considérant la nécessité de mieux définir, dans les GPS, les responsabilités des organisations professionnelles d'employeurs et des organisations syndicales de salariés, représentatives au niveau national et interprofessionnel, signataires de la convention collective nationale du 14 mars 1947 créant le régime AGIRC et de l'accord national du 8 décembre 1961 créant l'ARRCO, ci-après désignées Partenaires sociaux,

Considérant la volonté des Partenaires sociaux d'exercer pleinement leur rôle dans le pilotage et le contrôle des GPS, chaque organisme restant responsable de ses décisions,

Conviennent d'appliquer à la gouvernance des GPS les principales dispositions suivantes, issues du rapport du groupe de travail paritaire qui doit inspirer les travaux complémentaires prévus dans cet accord :

CHAPITRE I – RATIONALISER LE FONCTIONNEMENT INTERNE DES GPS

Section 1 – Le GPS

Article 1 - Le GPS est un ensemble structuré de personnes morales, ayant entre elles des liens étroits et durables, créé, piloté et contrôlé par les Partenaires sociaux.
Les personnes morales constituant le GPS mettent en œuvre notamment des régimes obligatoires et généralisés de retraite complémentaire ainsi que des couvertures de protection sociale complémentaire collectives ou individuelles.
Le groupe, doté d'une Association sommitale gérée paritairement, comporte au moins une institution de retraite AGIRC, une institution de retraite ARRCO et une institution de prévoyance.
Le conseil d'administration de l'Association sommitale définit les orientations politiques et stratégiques du groupe. Ce dernier, à direction unique, met en commun des moyens de gestion au service des entreprises, des salariés et des retraités.

Section 2 – L'Association sommitale

Article 2 - Sont membres de l'Association sommitale des organismes à but non lucratif : des institutions de retraite complémentaire AGIRC et ARRCO, des institutions de prévoyance, unions d'institutions de prévoyance et, dans la mesure où elles existent, des institutions de retraite supplémentaire qui se transformeront en institution de gestion de retraite supplémentaire, des mutuelles, unions de mutuelles et sociétés d'assurance mutuelles.

Article 3 - L'Association sommitale, structure unique de gouvernance du GPS, a pour missions et attributions :

- de veiller à la qualité de la gouvernance du GPS, au fonctionnement normal des instances et au règlement des conflits d'intérêt de toute sorte,
- d'assurer la préservation des intérêts matériels et moraux de la retraite complémentaire,
- de veiller au respect par l'ensemble des organismes de leurs obligations et engagements,
- de veiller au périmètre du GPS, toute évolution de ce périmètre devant lui être soumise et faire l'objet d'un suivi régulier notamment par le biais d'un compte rendu annuel,
- de valider la conformité des décisions de prise de participation ou de partenariat concernant un membre du GPS avec les intérêts du groupe et, en particulier, ceux de la retraite complémentaire,

- de s'assurer que les comités spécialisés (comité d'audit et comité des rémunérations) ont été mis en place et d'en vérifier le bon fonctionnement,

- d'adopter une convention de fonctionnement, établie en considération d'un modèle élaboré dans le cadre des réunions prévues à l'article 16 du présent accord, soumise à la signature de chacun des organismes relevant du périmètre du GPS. Cette convention engage chaque membre vis-à-vis du groupe et de ses règles de fonctionnement et énonce clairement les attributions respectives de l'Association sommitale, des organes communs de gestion et de chacun des membres du groupe,

- de nommer (et de prendre la décision de licencier) le directeur général. En exécution de cette décision, le contrat de travail est conclu (ou rompu) par la structure de moyens.

L'Association sommitale n'exerce pas d'activité de gestion et n'a pas de moyens en propre. Si elle a besoin de moyens extérieurs pour accomplir l'une de ses missions, elle demande à la structure de moyens, qui a alors une compétence liée, de les inscrire dans son budget.

Article 4 - L'assemblée générale est composée de tous les administrateurs des différents organismes membres de l'Association sommitale.

Au sein de l'assemblée générale, les représentants des institutions relevant de l'AGIRC et de l'ARRCO doivent constituer au moins une minorité de blocage, soit au minimum 40 % des voix. La pondération des voix des organismes membres s'appuie pour moitié sur le poids relatif en termes de cotisations et pour moitié sur le poids relatif en termes de frais de gestion.

Article 5 - Le conseil d'administration est paritaire. Les membres du conseil d'administration sont désignés par les Partenaires sociaux.

Des moyens seront mis à la disposition des administrateurs de l'Association sommitale pour préparer les réunions des instances ainsi que des temps de formation technique et syndicale.

Le conseil d'administration peut se doter d'un bureau.

Au sein du conseil d'administration, les représentants des institutions relevant de l'AGIRC et de l'ARRCO doivent constituer au moins une minorité de blocage, soit au minimum 40 % des administrateurs. Les mutuelles (relevant du Code de la mutualité) et les sociétés d'assurance mutuelles (relevant du Code des assurances), dès lors qu'elles ne se présentent pas sous forme paritaire, disposent d'un statut de membre avec voix consultative.

Section 3 – Les structures de moyens

Article 6 - Les structures de moyens ont pour objet la mise en commun des moyens de gestion ; elles n'ont pas de vocation politique.

Elles mettent en œuvre les décisions de l'Association sommitale et de ses membres. Elles consolident les budgets des différents membres et prennent en compte les demandes de l'Association sommitale.

Les réunions des conseils d'administration des structures de moyens ne peuvent se tenir en commun avec celles des conseils d'administration de l'Association sommitale.

Section 4 – Le directeur général

Article 7 - Le directeur général participe par ses propositions à l'élaboration des orientations générales du GPS et met en œuvre la politique et la stratégie définies par le conseil d'administration de l'Association sommitale.

Le directeur général a la responsabilité de l'organisation et de la gestion opérationnelle du GPS. Dans ce cadre, il assure l'animation et le management des équipes.

Article 8 - Un comité des rémunérations, composé au moins des Présidents et Vice-présidents de l'Association sommitale et de la structure de moyens, doit examiner la fixation des éléments constitutifs du contrat de travail du directeur général et ses évolutions.
Ce comité est présidé par le Président du conseil d'administration de l'Association sommitale.
Il reçoit, chaque année, une information sur l'ensemble des éléments de rémunération des membres du comité de direction sur lequel il émet un avis.

Article 9 - L'activité du directeur général est exclusive de toute autre activité professionnelle, exception faite des interventions bénévoles éventuelles dans le domaine de l'enseignement et du social.
Le directeur général ne peut accepter aucune autre rémunération sous quelque forme que ce soit.
Toutefois, avec l'autorisation du conseil d'administration de l'Association sommitale il pourrait être amené à siéger dans des conseils de sociétés commerciales avec lesquelles le GPS ou l'une de ses entités aurait des liens, compatibles avec les objectifs du GPS, les jetons de présence étant alors reversés à l'entité au titre de laquelle il siège.

Section 5 – Les incompatibilités

Article 10 - Les incompatibilités définies à l'annexe 2 à l'accord du 10 février 2001 sont révisées comme suit :

- l'incompatibilité visant le Président ou Vice-président d'une institution de retraite complémentaire ne concerne que la fonction de Président ou Vice-président dans un organisme exerçant d'autres activités et faisant appel aux mêmes organismes de moyens au sein du GPS,
- la désignation de Commissaires aux comptes différents pour les institutions de retraite complémentaire ne vaut que vis-à-vis des autres membres du groupe et non vis-à-vis des structures de moyens du GPS,
- les institutions de retraite complémentaire peuvent retenir comme appellation le nom du groupe associé à la mention du régime de retraite complémentaire concerné (ARRCO ou AGIRC) après accord des fédérations AGIRC et ARRCO,
- les administrateurs sont soumis à une obligation de confidentialité, en particulier en cas de cumul de mandats au sein de plusieurs GPS.

Section 6 – La modification des statuts de référence

Article 11 - Les statuts de référence pris en application de l'accord du 25 avril 1996 seront modifiés pour prendre en compte les dispositions des articles précédents par les conseils d'administration des fédérations AGIRC et ARRCO, en liaison avec le CTIP, dans un délai maximum d'un an après l'entrée en vigueur du présent accord.

CHAPITRE II – RENFORCER LE SUIVI ET LE CONTRÔLE DES GPS AU NIVEAU NATIONAL

Section 7 – La défense des intérêts matériels et moraux de la retraite complémentaire

Article 12 - Aux termes du deuxième alinéa de l'article L. 922-5 du Code de la Sécurité sociale, les fédérations AGIRC et ARRCO sont dotées d'un droit de suite qui peut les amener à étendre leur contrôle, « *lorsque cela est nécessaire à la vérification de la situation financière des institutions* » de retraite complémentaire « *et du respect de leurs engagements,*

(...) aux groupements dont les institutions sont membres ainsi qu'aux personnes morales liées directement ou indirectement à une institution par convention ».
Les fédérations AGIRC et ARRCO préciseront le champ et les conditions de mise en œuvre du droit de suite dans un délai d'un an à compter de la signature du présent accord.

Article 13 - Des recommandations et des directives pourront être émises par les fédérations AGIRC et ARRCO afin d'optimiser les modalités de répartition analytique des charges entre retraite complémentaire et autres activités.

Article 14 - Chaque année, les Présidents des Associations sommitales transmettent au directeur général des fédérations AGIRC et ARRCO, qui en assure la confidentialité, les données relatives aux éléments de rémunération des directeurs généraux, notamment :

- les clefs de répartition du salaire entre la part « retraite complémentaire » et la part « autres activités »,
- la répartition entre les parts fixes et variables,
- les avantages en nature.

Le directeur général en informe les présidences paritaires de l'AGIRC et de l'ARRCO.
Des informations sur les différents éléments de rémunération font l'objet d'une communication annuelle au comité visé à l'article 16 du présent accord.

Section 8 – Les recommandations du CTIP dans le domaine de la gouvernance et des responsabilités propres des institutions de prévoyance

Article 15 - Les Associations sommitales veillent à ce que les institutions de prévoyance mettent en œuvre les recommandations concernant la gouvernance de celles-ci retenues par le conseil d'administration du CTIP. Le CTIP analyse les informations qui lui sont transmises chaque année, à cet égard, par les institutions de prévoyance. Il saisit les conseils d'administration des institutions de prévoyance lorsque celles-ci n'appliquent pas ces recommandations sans explication suffisante. Il établit chaque année un rapport sur le suivi de ses recommandations. Ce rapport remis au conseil d'administration du CTIP fait partie intégrante du rapport annuel visé à l'article 16 du présent accord.

Section 9 – La coordination entre les fédérations AGIRC et ARRCO et le CTIP

Article 16 - Les Présidences de l'AGIRC, de l'ARRCO et du CTIP, auxquelles s'associent les représentants des Partenaires sociaux non déjà représentés au titre des Présidences, tiennent une réunion à fréquence au minimum trimestrielle. Les directions générales de l'AGIRC, de l'ARRCO et du CTIP participent à ces réunions qui ont pour objet :

- d'échanger sur les sujets d'intérêt commun aux secteurs couverts par les GPS, notamment les sujets relevant des sections 7 et 8 du présent accord ;
- de suivre l'ensemble de l'activité des GPS, notamment : mise à jour annuelle de la cartographie des groupes, établissement d'un rapport annuel sur les groupes, mise en place de nouveaux outils ;
- d'examiner les dossiers de rapprochement des GPS et de formuler des avis ;
- de concevoir et de mettre en place des dispositifs de formation spécifique à l'attention des administrateurs siégeant dans les conseils d'administration des Associations sommitales.

Le modèle de convention de fonctionnement mentionnée à l'article 3 du présent accord est élaboré dans le cadre de ces réunions.

Afin d'éclairer les conseils d'administration des Associations sommitales, les Partenaires sociaux pourront élaborer, également dans le cadre de ces réunions, une méthode permettant d'analyser la légitimité d'inscrire, dans le périmètre d'un GPS, un partenariat, une participation ou, plus généralement, une activité du champ concurrentiel et d'en assurer le contrôle paritaire.
Les Présidents de l'AGIRC, de l'ARRCO et du CTIP soumettent le résultat des travaux précités à l'approbation de leurs conseils d'administration respectifs.

Section 10 – L'examen des rapprochements de GPS

Article 17 - Dans le cadre d'un projet de rapprochement de GPS, les Associations sommitales des groupes concernés devront conjointement missionner au moins deux cabinets de conseil indépendants afin d'examiner la faisabilité et l'intérêt du rapprochement.
Les critères d'évaluation des groupes en cas de rapprochement prévus par l'annexe 3 à l'accord du 10 février 2001 seront revus afin de compléter les éléments d'analyse mis à la disposition des fédérations AGIRC et ARRCO.
Les statuts de la ou des structures de gestion du GPS sont transmis aux fédérations AGIRC et ARRCO.
L'autorisation de regroupement est accordée conjointement par les fédérations AGIRC et ARRCO, après avis consultatif du conseil d'administration du CTIP.
Dans un délai maximum de deux ans après la mise en place de l'Association sommitale résultant du regroupement, un bilan est effectué par les fédérations AGIRC et ARRCO en liaison avec le CTIP.

Section 11 – La délibération sociale sur la modernisation du paritarisme

Article 18 - Si la délibération portant sur le paritarisme devait conduire à une négociation susceptible de modifier la portée du présent accord, les partenaires sociaux se réuniraient pour en tirer les conséquences.

Section 12 – Suivi de l'accord

Article 19 - Le présent accord fera l'objet d'un bilan dans les deux ans suivant sa mise en œuvre.

Fait à Paris, le 8 juillet 2009

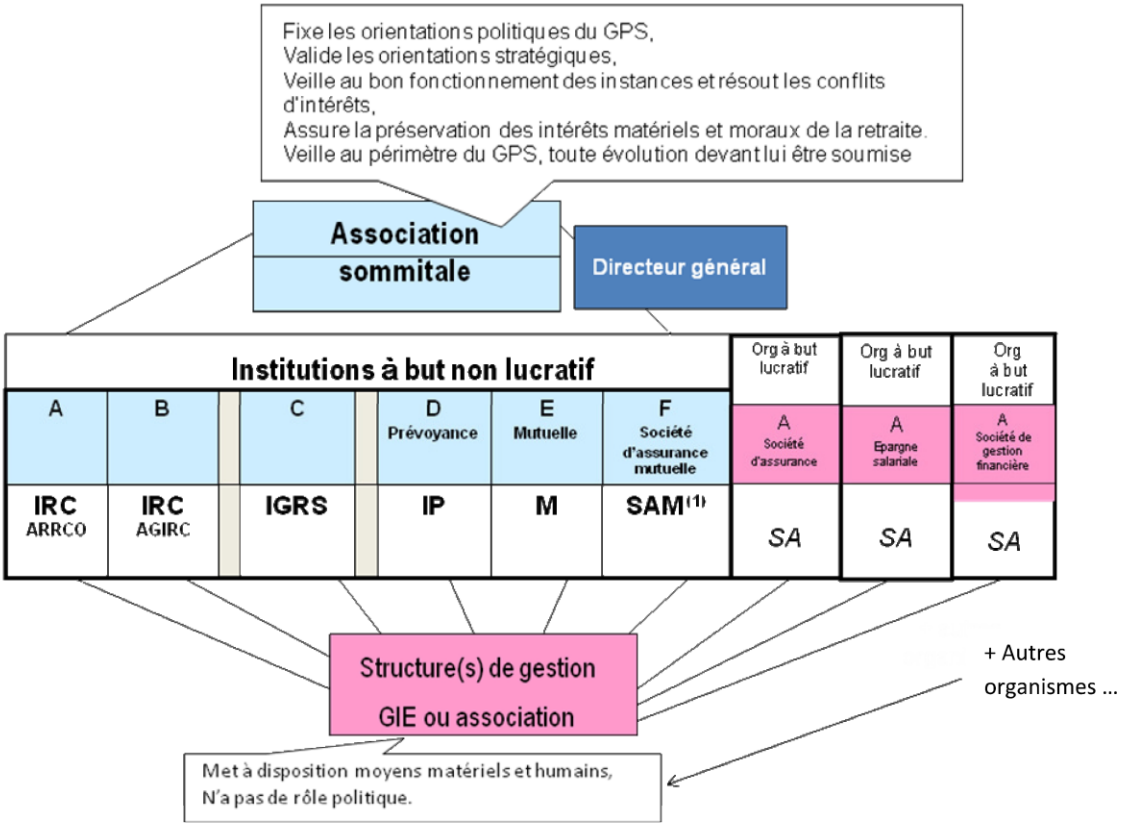
Pour le MEDEF
Pour la CGPME
Pour l'UPA

Pour la CFDT
Pour la CFE - CGC
Pour la CFTC
Pour la CGT- FO
Pour la CGT

Annexe 7 -- La gouvernance des GPS, groupes d'organismes avec ou sans but lucratif

Le schéma ci-dessous est extrait d'un article du Directeur général de l'AGIRC-ARRCO et du Directeur du cabinet sur « La gouvernance des groupes paritaires de Protection sociale »[1].

L'Association sommitale est à la tête du groupe et est constitué de l'ensemble des institutions à but non lucratif. Ces organismes et ceux à but non lucratif appartenant au Groupe paritaire de protection sociale (GPS) bénéficient de moyens mis en commun au sein d'une ou de plusieurs structures de gestion.



[1] Source : J.-J. MARETTE, P. CHAPERON, 2009, article cité, p. 67.

Annexe 8 - Cartographie des groupes de protection sociale

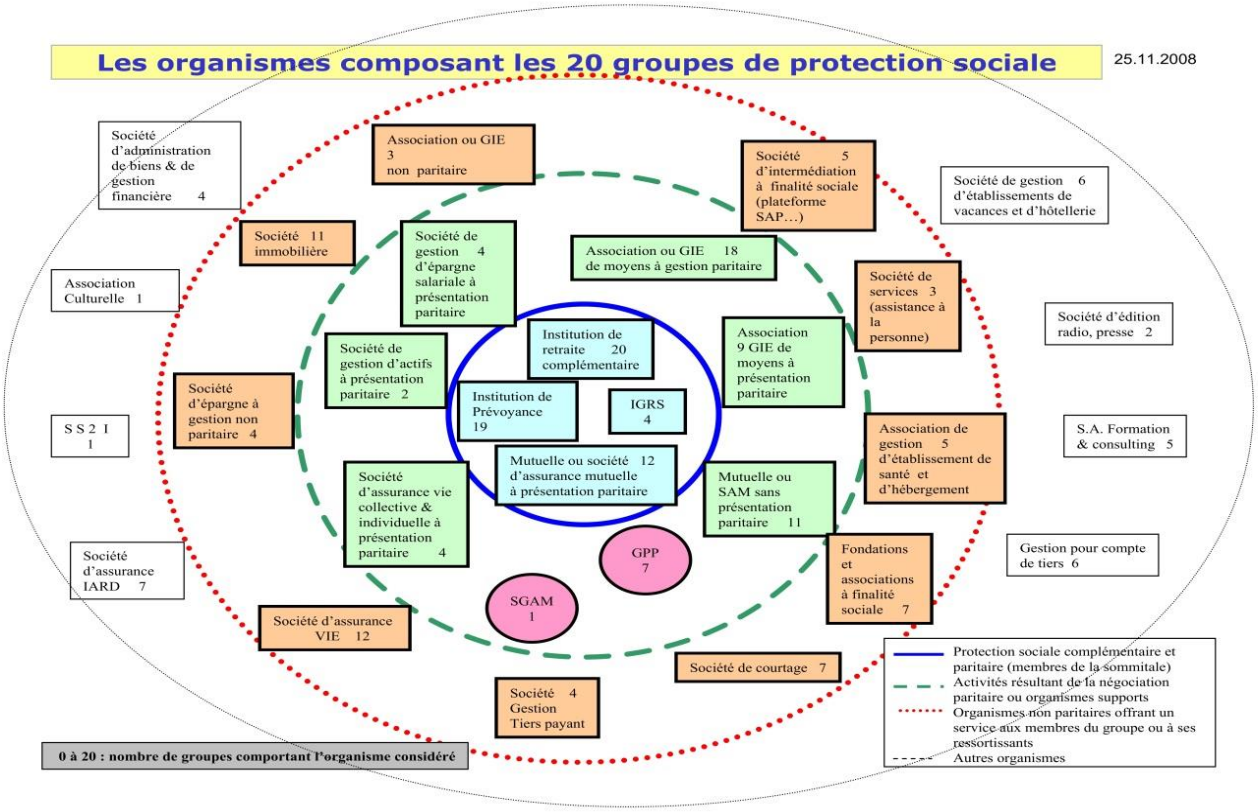
Ci-dessous, une représentation des périmètres d'activités des GPS est décrite au moyen de cercles concentriques. Elle est extraite du *Rapport du groupe de travail paritaire sur la gouvernance des groupes paritaires de protection sociale*[1].

Au centre, les organismes paritaires à but non lucratif mettant en œuvre des garanties complémentaires améliorant la protection sociale des personnes : Institutions de retraite complémentaire AGIRC et ARRCO, Institutions de prévoyance, Mutuelles et Sociétés d'assurance mutuelle (55 organismes)[2].

Dans un deuxième cercle, des organismes ayant des activités résultant de la négociation paritaire ou des organismes supports : structures de moyens à gestion paritaire (GIE, associations …) ; supports de groupement du domaine assurantiel (Groupement paritaire de prévoyance GPP, Société de groupe d'assurance mutuelle SGAM, Union de groupe mutualiste UGM) ; organismes à présentation paritaire ou non (Mutuelles sans « présentation » paritaire, Société anonyme paritaire, Mutuelles et Sociétés d'assurance mutuelle sans présentation paritaire…) ; organismes gérant l'épargne salariale négociée soit 56 organismes.

Dans le troisième cercle des organismes non paritaires offrant un service aux membres du GPS ou à leurs ressortissants (notamment sociétés d'intermédiation sociale, services à la personne, associations de gestion d'établissements de santé…, sociétés immobilières, sociétés de gestion de tiers payant et sociétés d'assurance-vie) soit 61 organismes.

Un quatrième cercle recouvre 32 autres organismes. En tout, 20 GPS regroupent 204 organismes.



[1] Rapport « Bouverot », 2009, rapport cité, p. 63.

[2] Et les Institutions de retraite supplémentaire devant opter pour un statut purement administratif d'IGRS au 31 décembre 2009 si elles ne se transforment ou ne fusionnent pas avec une Institution de prévoyance.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

BARJOT Alain *dir*., *La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes. Tome III, 1945-1981*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 1988, 903 p.

BORGETTO Michel, CHAUVIÈRE Michel, *dir*., *Qui gouverne le social ?*, Paris, Dalloz, 2008, 286 p., (Thèmes et commentaires).

BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, 7e éd., Paris, Montchrestien, 2009, 740 p., (précis Domat).

BRAS Pierre-Louis, TABUTEAU Didier, *Les assurances maladie*, 1e éd., Paris, PUF, 2012, 128 p., (Que sais-je ?).

CASTEL Robert, *L'insécurité sociale, Qu'est-ce qu'être protégé*, Paris, Le Seuil, 2003, 96 p., (La République des idées).

CATRICE-LOREY Antoinette, 1982, *Dynamique interne de la Sécurité sociale*, Préface de Pierre Laroque, 2ème éd., Paris, Economica, 1982, 352 p.

CHARPENTIER François *dir*., *Encyclopédie Protection Sociale, Quelle Refondation ?*, Paris, Economica/Les Éditions Liaisons, 2000, 1494 p.

CHAUCHARD Jean-Pierre, Droit de la sécurité sociale, 5e éd., Paris, LGDJ, 2010, 694 p., (Manuels).

CHAUVIÈRE Michel, coordination, *Les mouvements familiaux et leur institution en France, Anthologie historique et sociale*, Paris, Comité d'histoire de la Sécurité sociale, diffusion La Documentation française, 2006, 640 p.

COINTET-LABROUSSE Michèle, *Vichy et le fascisme : les hommes, les structures et les pouvoirs*, Paris, Éditions Complexe, 1987, 267 p.

Comité d'histoire de la Sécurité sociale, *Soixantième anniversaire de la Sécurité sociale*, Paris, Bulletin d'histoire de la Sécurité sociale, n° spécial 2005/2006, 2006, 923 p.

CONSTANTY Hélène, NOUZILLE Vincent, *Députés sous influence, le vrai pouvoir des lobbies à l'Assemblée nationale*, Paris, Fayard, 2006, 500 p.

COTTA Alain, *Le corporatisme stade ultime du capitalisme*, Paris, Fayard, 2008, 124 p.

COURSIER Philippe, *Travaux dirigés de droit de la protection sociale : études de cas, dissertations, commentaires d'arrêts*, 4e éd., Paris, LexisNexis, 2010, 223 p.

COURSIER Philippe, PLATEL Bruno, *dir.*, *Le contrôle URSSAF en questions*, 2e éd., Paris, LexisNexis, 2011, 146 p.

COURSIER Philippe, SERIZAY Bruno, *dir.*, *La protection sociale complémentaire en questions*, Paris, Litec, 187 p.

COURSIER Philippe, *Code de la sécurité sociale 2012*, 13ème éd., Paris, LexisNexis, 2011, 3026 p.

DAMON Julien, *Les politiques familiales*, 1e éd., Paris, PUF, 2006, 128 p., (Que sais-je ?).

DAVID Michel, *L'épisode CIDUNTI, 1968-1998*, Cahiers de l'Institut Supérieur des Métiers, Paris, ISM, 1998, 22 p.

DAVID Michel, *Brève histoire de l'artisanat*, Cahiers de l'Institut Supérieur des Métiers, Paris, ISM, 1998, 55 p.

DERMAGNE Jacques, *Qu'est-ce que le Conseil économique et social ?*, Paris, L'Archipel, 2006, 144 p.

DIVE Bruno, FRESSOZ Françoise, *La Malédiction Matignon. Premier ministre, l'impossible mission*, Paris, Plon, 2006, 320 p.

Docis éditions, *Guide de la gouvernance des organismes de sécurité sociale*, Paris, 2009, 208 p.

DREYFUS M., RUFFAT M., VIET V., VOLDMAN D. avec la collaboration de VALAT B., « *Se protéger, être protégé, Une histoire des Assurances sociales en France* », Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2006, 348 p., (Histoire).

DUPEYROUX Jean-Jacques, *Sécurité sociale*, 3ème éd., Paris, Dalloz, 1969, 952 p., (Précis).

DUPEYROUX Jean-Jacques, RUELLAN Rolande, *Droit de la sécurité sociale*, 13e éd., Paris, Dalloz, 1998, 1230 p., (Précis).

DUPEYROUX Jean-Jacques par BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Droit de la sécurité sociale*, 17e éd., Paris, Dalloz, 2011, 1252 p., (Précis).

DURAND Jean-Pierre, *La Chaîne invisible, Travailler aujourd'hui : flux tendu et servitude volontaire*, Paris, Éditions du Seuil, 2004, 394 p.

DURAND Paul, *La politique contemporaine de Sécurité sociale*, préface de Xavier Prétot, Paris, Dalloz, 1953, réédition 2005, Paris, 643 p., (Bibliothèque Dalloz).

ELBAUM Mireille, *Économie politique de la protection sociale*, Paris, PUF, 1ère éd., 2008, 452 p, (Quadrige manuels).

ESPING-ANDERSEN Gøsta, *Les trois mondes de l'État-providence*, Paris, PUF, 1999, 310 p., (Le lien social).

FONTAINE Martine, *La sécurité sociale et ses personnels : dialogue social et GRH*, Paris, UCANSS/ Comité d'histoire de la Sécurité sociale (CHSS), 2007, 434 p.

FRÉMONT Claude, *Adieu Sécu*, Paris, Le cherche midi, 2006, 213 p., (documents).

GAUDIN Jean-Pierre, *Pourquoi la gouvernance ?*, Paris, Presses de Sciences Po, 2002, 137 p., (La Bibliothèque de citoyen).

GINON Anne-Sophie, GUIOMARD Frédéric, *Code de la Sécurité sociale*, 36e éd., Paris, Dalloz, 2012, 3517 p.

GRISTI Éric, *La réforme de l'État*, Paris, Vuibert, 2007, 530 p., (Public Droit).

GROS Jeannette, *La Protection sociale à cœur ouvert : Manifeste pour une approche solidaire du développement social et économique*, Paris, Le Cherche Midi, 2004, 178 p.

GROSS-CHABBERT Mme, sous l'égide des Caisses Centrales de la Mutualité sociale Agricole, *La Mutualité Sociale Agricole, 1919-1981*, Paris, Association pour l'histoire de la sécurité sociale, 1991, 315 p., (La Sécurité sociale, son histoire à travers les textes, tome IV).

HATZFELD Henri, *Du paupérisme à la Sécurité sociale 1850-1940, Essai sur les origines de la Sécurité sociale en France*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 1989, 344 p., (Espace Social).

HUTEAU Gilles, *Sécurité sociale et politiques sociales*, 3e éd., Paris, Armand Colin, 2001, 498 p.

IRES, Institut de Recherches Économiques et Sociales, *Le paritarisme, institutions et acteurs*, Noisy-le-Grand, La Revue de l'IRES, n° spécial, printemps-été, 1997, 240 p.

JOHANET Gilles, *Santé : dépenser sans compter, des pensées sans conter*, Paris, Santé de France, 1995, 244 p.

Journaux officiels, *Assurance maladie*, Paris, Les éditions des Journaux officiels, 2005, 812 p.

JurisClasseur Protection sociale, Traité, sous la direction de Xavier PRÉTOT, LexisNexis, mise à jour trimestrielle, 3500 p.

KESSLER Francis, *Droit de la protection sociale*, 2e éd., Paris, Dalloz, 2005, 680 p. (Cours droit privé).

LABORDE Jean-Pierre, *Droit de la sécurité sociale*, Paris, PUF, 2005, 550 p., (Thémis).

LAFITTE Michel, BORDERIE Alain, *Les groupes de protection sociale, Évolutions depuis 1945 et perspectives en France et en Europe*, préface de Michel VILLAC, Paris, Revue Banque Edition, diffusé par les Éditions d'Organisation, 2006, 414 p., (Techniques bancaires).

LAROQUE Michel, *dir.*, Comité d'histoire de la Sécurité sociale, *Contribution à l'histoire financière de la Sécurité sociale*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, La Documentation française, 1999, 558 p.

LAROQUE Michel, *dir.* Comité d'histoire de la sécurité sociale, *La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes. Tome VI, 1981-2005,* Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 2005, 592 p.

LAROQUE Pierre, *Le problème social français*, Cours commun général promotion « Albert Thomas » de 1954, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 2008, 296 p.

LORTHIOIS Daniel, *Régime local d'Alsace-Moselle et régimes complémentaires d'entreprise, des chemins différents pour la solidarité*, Strasbourg, 1994, 224 p.

MONTALEMBERT, Marc de, *dir*., 2008, *La protection sociale en France*, Paris, 5e éd., La Documentation française, 2008, 200 p., (Les notices).

MOREAU DEFARGES Philippe, *La gouvernance*, 2e éd., Paris, PUF, 2006, 128 p., (Que sais-je ?).

MORVAN Patrick, *Droit de la protection sociale*, 5e éd., Paris, LexisNexis Litec, 2011, 927 p., (Manuel).

MULLER Pierre, *Les politiques publiques*, 7e éd., Paris, PUF, 2008, 128 p., (Que sais-je ?).

NETTER Francis, *La Sécurité sociale et ses principes*, préface de Jean-François Chadelat, Paris, Dalloz, 1959, réédition 2005, 415 p., (bibliothèque Dalloz).

NEZOSI Gilles, *La crise du paritarisme*, Paris, La Documentation française, septembre 2000, 76 p., (problèmes politiques et sociaux, n° 844).

NEZOSI Gilles *dir.*, *La gouvernance de la Sécurité sociale*, Paris, La Documentation française, 2005, 120 p., (problèmes politiques et sociaux, n° 913).

NEZOSI Gilles *dir.*, *La gouvernance de la Sécurité sociale : Une institution en quête de régulation*, La Documentation française ,2010, 192 p., (problèmes politiques et sociaux, n° 979-980).

OIT (Centre international de formation de), *La gouvernance des systèmes de sécurité sociale : un guide pour les membres des conseils d'administration en Afrique*, Organisation internationale du Travail, 1ère édition 2010, 209 p.
http://www.fes-mali.org/secsociale/Introduction/gouvernance_SecuriteSocialen%20Afrique_francais.pdf

PALIER Bruno, *Gouverner la sécurité sociale : Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, PUF, 2005, 502 p., (Quadrige).

PALIER Bruno, *La réforme des systèmes de santé*, 2e éd., Paris, PUF, 2005, 128 p., (Que sais-je ?).

PÉLISSIER Jean, SUPIOT Alain, JEAMMAUD Antoine, *Droit du travail*, Paris, Dalloz, 22e éd., 2004, 1354 p., (Précis).

PÉLISSIER Jean, AUZERO Gilles, DOCKÈS Emmanuel, *Droit du travail*, Paris, Dalloz, 26e éd., 2012, 1500 p., (Précis)

PENAUD P., AMGHAR Y.-G., BOURDAIS J.-F., DUPAYS S., LALOUE F., LÉOST H., MOLEUX M., *Politiques sociales*, Paris, Presses de Sciences Po et Dalloz, 2011, 756 p., (amphi).

PRÉTOT Xavier, *Les grands arrêts du droit de la Sécurité sociale*, préface Jean RIVERO, 2e éd., Dalloz, 1998, XXIX- 707 p., (Grands arrêts).

PRÉTOT Xavier, *Droit de la sécurité sociale*, 13e éd., Paris, Dalloz, 2011, 258 p., (mémentos).

SAINT-JOURS Yves, *La protection sociale agricole*, Traité de Sécurité sociale, tome IV, Paris, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 1984, 410 p.

SINÉ Alexandre, *L'ordre budgétaire : l'économie politique des dépenses de l'état,* Paris, Economica, 2006, 405 p., (études politiques)

STIGLITZ Joseph Eugène, *La Grande Désillusion, (Globalization and Its Discontents),* traduction Paul CHEMLA, Paris, Fayard, 2002, 330 p,

STIGLITZ Joseph E., WALSH Carl E., LAFAY Jean-Dominique, *Principes d'économie moderne*, 3e éd., Paris, De Boeck, 2007, 928 p., (Ouvertures économiques).

STROHL Hélène, *L'État social ne fonctionne plus*, Paris, Albin Michel, 2008, 222 p.

SUPIOT Alain, *HOMO JURIDICUS Essai sur la fonction anthropologique du Droit*, Paris, Éd. du Seuil, 2005, 333 p., (La couleur des idées).

SUPIOT Alain, *L'esprit de Philadelphie : La justice sociale face au marché total*, Paris, Seuil, 2010, 181 p.

TABUTEAU Didier, *Les contes de Ségur, les coulisses de la politique de santé (1988-2006)*, Paris, OPHRYS santé, 2006, 422 p.

TRIBY Raymond, *Les Assurances sociales dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, naissance et évolution, 1883-1984*, introduction de Pierre Laroque, 2e éd., Strasbourg, Caisse régionale d'assurance maladie d'Alsace-Moselle CRAMAM avec le concours du Comité Régional d'Histoire de la Sécurité sociale d'Alsace-Moselle, 1999, 503 p., mise à jour au 1er sept. 1990, 20 p. et au 1er déc. 1998, 60 p.

VALAT Bruno, *Histoire de la Sécurité sociale, (1945-1967) : L'État, l'institution et la santé*, Paris, Economica, 2001, 544 p., (économies et sociétés contemporaines).

WARD Sue, FULTZ Elaine, Bureau sous régional de l'OIT pour l'Europe Centrale et Orientale, *La gouvernance des institutions de sécurité sociale : Guide pratique à l'intention des administrateurs d'Europe centrale et orientale*, Budapest, Bureau international du Travail, janvier 2006, 203 p.
http://www.ilo.org/public/english/region/eurpro/budapest/download/socsec/socsec_governance_fr.pdf

Thèses

ALONSO Christophe, *Recherche sur le principe de séparation en droit public français*, Thèse de droit public, Université Toulouse 1 Capitole, 2010, 787 p.

BRAEM Sophie, *Registre de légitimité institutionnelle et projet de vie, Analyse du changement dans les Caisses d'allocations familiales*, Thèse de sociologie, Université de Rouen, UER de Sciences sociales, 2001, 319 p. et 47 p. d'annexes.

BONIFAY Charles, *Les problèmes d'autorité et de personnel dans la structure de la Sécurité sociale, Dynamique administrative et stratégie sociale*, thèse Aix en Provence, 1961, préface de Michel GUILLAUME, Paris, réédition Comité d'histoire de la Sécurité sociale, 2003, 272 p.

GALANT Henry C., *Histoire politique de la Sécurité sociale française 1945-1952*, thèse, Université de Harvard, 1955, préface de Pierre LAROQUE, Paris, réédition Comité d'histoire de la Sécurité sociale, 2005, 208 p.

REY Jean-Pierre, *Critique du ticket modérateur en assurance - maladie*, thèse, Université de Bordeaux 1, 1994, 343 p.

Articles

Actes LPA, « Le gouvernement d'entreprise : cinq ans de réformes en droit des sociétés, pour quel avenir ? », colloque Lyon 1er déc. 2006, *Petites Affiches*, 2007, n° 154, 2/08, 64 p.

apROBERTS Lucy, DANIEL Christine, REHFELDT Udo, REYNAUD Emmanuel, VINCENT Catherine , « Formes et dynamiques de la régulation paritaire », *La Revue de l'IRES,* Paris, 1997, numéro spécial « Le paritarisme institutions et acteurs », n° 24, p 19-42.

ARSÉGUEL Albert, « La représentativité des syndicats dans les conventions médicales », *Droit Social*, 1981, p. 349-356.

ARSÉGUEL Albert, CABANIS André, 1997, « Quelle gestion pour la sécurité sociale ? Les controverses et les choix de 1945 », *Les Petites Affiches*, 1997, n° 91, p. 16-19.

AZÉMA Ludovic, « Histoire de la Mutualité Sociale Agricole de la Haute-Garonne », *Lettre d'information*, Toulouse, 2011, n° 11, février, Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale Midi-Pyrénées, p. 3-25.
http://www.histoiresecump.fr/publications/Histoire de la MSA de la Haute-Garonne.pdf

BANCAREL Maurice, « La nomination des directeurs des caisses du régime général par les directeurs des caisses nationales : L'allée du sérail », *Droit social*, 1996, p. 339-343.

BARTHÉLÉMY Jacques, « Solidarité et accord de protection sociale complémentaire », *Mélanges Jean Pélissier*, Dalloz, 2004, p. 27-54.

BARTHÉLÉMY Jacques, « Protection sociale complémentaire : de la conception institutionnelle à la conception assurantielle », *JCP/La Semaine Juridique*, 2006, édition sociale n° 42, 17 octobre, p. 11-15.

BARTHÉLÉMY Jacques, « Clauses de désignation et droit de la concurrence », *Droit social*, 2011, p. 853-858.

BICHOT Jacques, WRAZEN Céline, « Fonds sociaux et gouvernance de la protection sociale », *Droit social*, 2005, p. 893-906.

BÉCHON Christian, « Le plan Juppé : questions de méthode », *Droit social*, n° spécial Le plan Juppé, 1996, p. 238-245.

BORGETTO Michel, « La Sécurité sociale dans la campagne présidentielle : la double impasse », Libres propos, *Droit Social*, 2007, p. 507-512.

BORGETTO Michel, « La représentativité des syndicats en droit de l'assurance maladie », *Les Tribunes de la santé*, 2008, n° 18, p. 39-45

BONNIN Vincent, « La récupération des prestations sociales en question », *Revue de droit sanitaire et socia*l, 2005, n°6, p. 993-1007.

BRAS Pierre-Louis, « Notre système de soins est-il gouverné ? », *Droit social*, 2003, p. 1005-1014.

BRAS Pierre-Louis, « Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné ? », *Droit social*, 2004, p. 967-978.

BRAS Pierre-Louis, « Organisation des soins et régulation des dépenses ambulatoires : le rôle des syndicats médicaux », *Les Tribunes de la santé*, 2008, n° 18, p. 47-56.

BRAS Pierre-Louis, « Notre système de soins sera-t-il encore mieux gouverné ? », *Droit social*, 2009, p. 1126-1135.

BUFFIN Frédéric, LEPEZ Vincent, BERNARD Françoise, « Comment les normes comptables ont généré de nouveaux organismes de Sécurité sociale », *Regards*, Saint-Étienne, EN3S, 2009, n° 36, juillet, p. 143-152.

CASTRO Pierre, « Les vicissitudes de l'implantation de la loi d'assurance obligatoire dans le régime des non-salariés », in Assistance et assurance : heurs et malheurs de la protection sociale en France, Colloque de Bordeaux 16-18 nov. 2006, *Cahier d'histoire de la Sécurité sociale* n° 4, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 2008, p. 163-176.

CATRICE-LOREY Antoinette, MANDERSCHEID Françoise, « La protection sociale agricole, régime autonome : l'État, la Sécurité sociale et les particularismes sociaux », *Revue française des finances publiques*, 1990, n° 31, p. 9-23.

CATRICE-LOREY Antoinette, STEFFEN Monika, « La mise en oeuvre des réformes des systèmes de santé bismarckiens : des capacités inégales », *Revue française des affaires sociales*, 2006/2, n° 2-3, p. 171-189.

CHADELAT Jean-François, « Pour une histoire du recouvrement », entretien réalisé par Bruno VALAT, *Revue d'Histoire de la Protection sociale*, Comité d'histoire de de la Sécurité sociale, Paris, 2008, n° 1, p. 122-135.

CHADELAT Jean-François, « Quel avenir pour les complémentaires Santé », *Regards*, Saint-Étienne, EN3S, 2009, n° 35, janvier, p. 21-31.

CHADELAT Jean-François, « Les complémentaires Santé dans la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie », *Regards*, Saint-Étienne, EN3S, 2009, n° 36, juillet, p. 71-79.

CHAPERON Pierre, « Le développement des institutions paritaires de protection sociale complémentaire », in LAROQUE Michel, *dir.*, *Contribution à l'histoire financière de la Sécurité sociale*, 1999, p. 461-479.

CHAUVIÈRE Michel, « Le rôle des lobbies dans la politique familiale », *Informations sociales*, 2010, 2010/1, n° 157, p. 70-79.

CHÉRÈQUE François, « Nous sommes face à une situation très explosive », *Les Tribunes de la santé*, 2011, n° 30, p. 149-154.

COUDREAU Dominique, « Les partenaires sociaux, l'État et la régulation de l'assurance maladie (1967-2003). Chronique d'un échec », *Les Tribunes de la santé*, 2004/3, n° 4, p. 39-49.

COULOMB Alain, « La Haute Autorité de santé : l'acteur de la régulation par la qualité du système de santé », *adap*, 2005, n° 53-54, décembre 2005 - mars 2006, p. 45-47.

COURREGES Cécile, LOPEZ Alain, « Les ARS, un an après. L'espoir, l'ambition et les vicissitudes de l'action », *Droit social*, 2011, p. 1112-1117.

COURSIER Philippe, « De la « sécurisation juridique » des relations avec les Urssaf », *Jurisprudence sociale Lamy*, n° 281-282, 26 juillet 2010, p. 4-8.

DESCOURS Charles, « Démocratie sociale et démocratie élective », *Regards*, Saint-Étienne, EN3S, 2009, n° 36, juillet, p. 96-101.

DUCLOS Laurent, MÉRIAUX Olivier, « Pour une économie du paritarisme », *La Revue de l'IRES,* numéro spécial « Le paritarisme institutions et acteurs », Paris, 1997, n° 24, printemps-été, p. 43-60.

FER Christian, BÉCHEREL Béatrice, « 76 316 élus : fondement et légitimité du régime de protection sociale agricole », *Regards*, Saint-Étienne, EN3S, 2001, n° 19, janv., p. 108-122.

FORESTIER Pierre, COUASNON Louis, « Le régime social des indépendants RSI », *Droit Social*, 2011, p. 1109-111.

FROMENTIN Rémy, « La gestion des caisses de Sécurité sociale par les partenaires sociaux est-elle possible ? », *Droit social*, 1993, p. 307-315.

GARBAR Christian, « Les directeurs des caisses locales et régionales du régime général : des agents du troisième type », *Droit social*, 1996, p. 803-807.

GAREL Gilles, « Pour une histoire de la gestion de projet », *Gérer et Comprendre*, PRISM OEP, Université de Marne-la-Vallée, 2003, décembre, n° 74, p. 77-89.

GÉNIEYS William, HASSENTEUFEL Patrick, « Entre les politiques publiques et la politique : l'émergence d'une « élite du Welfare ? », *Revue française des affaires sociales*, 2001, n° 4, oct. déc., p. 42-48.

GLÉNAT Mélanie, TOURNE Michèle, « Adossement de régimes de retraite au régime général vieillesse : un premier pas vers la réforme des régimes spéciaux ? », *Retraite et société*, La Documentation française, 2006, n° 49, 2006/3, p. 143-179.

HASSENTEUFEL Patrick, « Où en est le paradigme corporatiste ? », *Politix*, 1990, vol. 3, n° 12, 4e trimestre, p. 75-81.

HASSENTEUFEL Patrick, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la santé*, 2008, n° 18, p. 21-28.

HASSENTEUFEL Patrick, « Régulation étatique de l'assurance maladie et affirmation d'une élite programmatique », in *Qui gouverne le social*, sous la direction de Michel BORGETTO et Michel CHAUVIÈRE, Dalloz, 2008, p. 219-238.

HEDHILI Hinda, « Histoire du Régime Social des Indépendants de Midi-Pyrénées (1ère partie) », *Lettre d'information*, Toulouse, 2012, n° 12, mai, Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale Midi-Pyrénées, p. 6-19.
http://www.histoiresecump.fr/publications/lettre_crhmp-12.pdf

HELFTER Clémence, « La création de l'allocation de parent isolé », Entretien avec Bertrand Fragonard, *Informations sociales*, 2010, n° 157, p. 134-141.

HERMET Guy, « Un régime à pluralisme limité ? À propos de la gouvernance démocratique », *Revue française de science politique*, 2004, n° 1, p. 159-178.

JACQUIER Jean-Paul, « Un regard sur le paritarisme », *Semaine sociale Lamy*, supplément n°1434, 22 février 2010, p. 7-13.

JEANDET-MENGUAL Emmanuèle, « La politique de santé : une régionalisation dans la confusion », *Regards*, Saint-Etienne, EN3S, 2007, n° 31, janvier, p. 11-26.

JOËL Marie-Ève, « Le cinquième risque : le défi du financement » in *La protection sociale : quels débats ? Quelles réformes ?*, Cahiers français, La Documentation française, 2010, n° 358, p. 83-89.

JOHANET Gilles, « l'assurance maladie complémentaire et la réforme », *adap*, n° 53-54, dossier La réforme de l'assurance maladie, 2005, décembre 2005-mars 2006, p. 47-51.

LABORDE Jean-Pierre, « La nouvelle organisation des caisses », *Droit social*, 1996, p. 799-802.

LAFARGE François, « Le Point sur la méthode suivie par la révision générale des politiques publiques », *Revue Française d'administration publique*, 2009, n° 130, p. 409-414.

LAGRAVE Michel, « Les fondamentaux de la Sécurité sociale en 1945 et leur évolution jusqu'à la réforme de 1967 », *in* « *La Sécurité sociale des origines à nos jours* », Toulouse, Colloque du 14 octobre 2005 du Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale de Midi-Pyrénées, 2005, p. 11-21.
http://www.histoiresecump.fr/publications/colloque60ans.pdf

LAGRAVE Michel, LAROQUE Pierre, « Hommage à Pierre Laroque à l'occasion du centenaire de sa naissance », *Revue française des affaires sociales* , 2008, n° 1, p. 151-163.

LAROQUE Michel, « L'évolution des structures de gestion de la Sécurité sociale », *Droit social*, 1994, p. 908-913.

LAROQUE Michel, « Les valeurs portées par les fondateurs de la Sécurité sociale », *Regards*, Saint-Étienne, EN3S, 2008, n° 34, juillet, p. 49-59.

LAROQUE Pierre, « Allocution prononcée le 18 octobre 1985 à Toulouse, à la réunion de l'ensemble des organismes du Régime général de la Sécurité sociale de Midi-Pyrénées », *Bulletin de Liaison du Comité d'histoire de la Sécurité sociale et de l'Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale,* 40 ans de Sécurité sociale, 1986, n° 14, p. 23-37.

LE BELLEC Nicolas, « La tutelle de l'État sur les organismes nationaux du régime général de Sécurité sociale », *Droit social*, 1990, p. 454-465.

LE BELLEC Nicolas, « Régionalisation de la branche recouvrement », *Regards*, Saint-Étienne, EN3S, 2012, n° 41, janvier, p. 109-124.

LENOIR Daniel, « La Mutualité face à ses enjeux », *RDSS, Revue de droit sanitaire et social*, 2009, n° 3, mai-juin, p. 397-409.

LIBAULT Dominique, entretien, propos recueillis par Marc DURIEZ et Patricia SIWEK, « Assurer la pérennité du système d'assurance maladie », *adap*, 2005, n° 53-54, déc. 2005 - mars 2006, p. 28-30.

LUTTRINGER Jean-Marie, « Réflexions sur les spécificités du « paritarisme de gestion » dans le domaine de la formation professionnelle », *Droit social*, 2008, p.1207-1216.

MARCILHACY Dominique, « L'UNAF ou les vicissitudes du corporatisme », *Droit Social*, 2007, p. 1288-1294.

MARETTE Jean-Jacques, CHAPERON Pierre, « La gouvernance des groupes paritaires de Protection sociale », *Regards*, Saint-Étienne, EN3S, 2009, n° 36, juillet, p. 60-70.

MARTIN André, « La réforme des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale : une restauration mal venue », *Droit social*, 1983, p. 332-344.

MINONZIO Jérôme, « La politique de recherche de la branche Famille de la Sécurité sociale : un exemple d'interface entre sciences sociales et administration », *Droit et Société*, 2005, n° 60, p. 393-409.

MINONZIO Jérôme, VALLAT Jean-Philippe, « L'union nationale des associations familiales (UNAF) et les politiques familiales », *Revue française de science politique*, 2006, 2/2006 (Vol. 56), p. 205-226.

OXLEY Michael, « Loi Sarbanes-Oxley : cinq ans après, où en sommes-nous ? », *Administrateur, la lettre de l'IFA,* Paris, Institut français des administrateurs, 2007, n° 12, février, p. 16-17.

PARDINEILLE Éric, « La démocratie sociale au sein de la CANCAVA », *Regards*, Saint-Etienne, CNESSS, 2001, n° 19, janvier, p. 123-136.

PELLET Rémi, « Les clairs obscurs comptables et financiers de la réforme de la Sécurité sociale (loi n° 94-637 du 25 juillet 1994) », *Droit social*, 1995, p. 76-84

PICHET Éric, « La CRDS et la CADES seront-elles immortelles ? », *Cahier de Recherche*, CEREFI, Bordeaux Ecole de Management, 2000, n° 24-01, 23 p.

PICHET Éric, 2001, « L'irrésistible apothéose de la CADES et… de la CRDS », *Cahiers de recherche CEREFI*, Bordeaux Ecole de Management , 2001, n° 30-03, 28 p.
accès de cet article et du prédédent :
http://www.cades.fr/sites/default/files/files/cades/pdf/download/cerefi_cades_crds.pdf

PIERRU Frédéric, « Un mythe bien fondé : le lobby des professions de santé à l'Assemblée nationale », *Les Tribunes de la santé*, 2007, n° 14, p. 73-83.

POLLET Gilles , RENARD Didier, « Le paritarisme et la protection sociale. Origines et enjeux d'une forme institutionnelle », *La Revue de l'IRES*, numéro spécial « Le paritarisme institutions et acteurs », 1997, n° 24, printemps-été, p. 61-80.

POSTEL-VINAY Daniel, « La création du régime social des indépendants (RSI) un essai à transformer ? », *Droit Social*, 2007, p. 207-217.

PRÉTOT Xavier, « La réforme des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale après les élections du 19 octobre 1983 », *Droit social*, 1984, p. 319-331.

PRÉTOT Xavier, « Sur le nouveau code de sécurité sociale IV la délimitation des compétences législative et réglementaire », *Droit social*, 1986, p. 258-268.

RAVOUX Vincent, « Quelques brèves remarques sur la sémantique des conventions d'objectifs et de gestion », *Regards*, Saint-Étienne, EN3S, 2008, n° 34, juillet, p. 103-107.

RAVOUX Vincent, « Régime général des salariés et régime des travailleurs indépendants : à prestations quasi identiques, charges contributives inégalitaires », *Regards*, Saint-Étienne, EN3S, 2010, n° 38, juillet, p. 113-126.

RÉGEREAU Michel, « La politique conventionnelle : ses ambitions et ses limites », *Revue française d'administration publique*, 2005/1, n°113, p. 75-82.

RSI, « Éléments démographiques et financiers, Premiers résultats 2010 », *Tableau de bord financier*, n° 54, février, Saint-Denis : RSI, 2011, 4 p.

RUELLAN Rolande, « Clarification des pouvoirs et rénovation du système », *Droit social*, 1996, p. 779-790.

RUELLAN Rolande., « Vers une réconciliation de la politique de la santé et de l'assurance maladie », *Droit social*, 2003, p. 410-419.

RUELLAN Rolande, « La Sécurité sociale : le gouvernement par l'Etat-puissance publique », in *Qui gouverne le social ?*, sous la direction de M. BORGETTO et M. CHAUVIÈRE, Dalloz, 2008, p. 187-201.

SEILLER Stéphane, « La gouvernance dans la branche accidents du travail et maladies professionnelles », *Regards*, Saint-Étienne, EN3S, 2009, n° 36, juillet, p. 40-53.

SLOANE Jean-Auguste, « Faut-il maintenir un régime de protection sociale spécifique pour les indépendants », *Droit social*, 2010, p. 1197-1202.

SPAETH Jean-Marie, « Les syndicats et l'assurance maladie », *Les Tribunes de la santé*, 2008, n° 18, p. 29-37.

STECK Philippe, « Les prestations légales de la branche Famille de la Sécurité sociale à l'orée du siècle », *Recherches et prévisions*, CNAF, 2002, n° 68/69, p. 25-37.

STECK Philippe, « Focus - Revenu minimum d'insertion : retour sur la mise en place de la prestation », *Informations sociales*, 2010/1, n° 157, p. 142-145.

STERDYNIAK Henri, « Retraites : à la recherche de solutions miracles... », *Revue de l'OFCE*, 2009, n° 109, 2009/2, p. 109-140.

SUPIOT Alain, « Actualité de Durkheim, Notes sur le néo-corporatisme en France », *Droit et Société*, Paris, L.G.D.J., 1987, n° 6, p. 175-192.

TEILLARD Jacques, « Comment contrôler les institutions de retraite et de prévoyance ? », in *Encyclopédie Protection Sociale, Quelle Refondation ?*, sous la direction de François CHARPENTIER, Economica, Les Editions Liaisons, 2000, p. 963-968.

THÉPOT Jacques, « Jensen et Meckling trente ans après », *Revue française de gestion*, 2007/6, n° 175, p. 15-22.

TRÉPREAU Maurice, « PLFSS 2012 : une impression de cafouillage pour conclure une législature placée sous le signe de la dégradation des comptes », *Regards,* Saint-Étienne, EN3S, 2012, n° 41, janv., p. 254-266.

WILLARD Jean-Charles, « Les retraites des Industries électriques et gazières, Histoire d'un adossement », *Retraite complémentaire,* AGIRC-ARRCO, 2005, 1er trim., p. 4-6.

WILLARD Jean-Charles, « Intégration ou adossement de régimes spéciaux, La neutralité financière, toujours », *Retraite complémentaire,* AGIRC ARRCO, 2005, 4e trim., p. 4-6.

Rapports et documents

ABALLEA Pierre, BARTOLI Fabienne, ESLOUS Laurence, YENI Isabelle, *Les dépassements d'honoraires médicaux*, IGAS, avril 2007, 164 p.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000319/index.shtml

ACORS, *La démocratie sociale à l'heure de la gouvernance et de la certification des comptes,* Colloque d'Enghien les Bains, 6, 7 juin 2006.

AFEP-MEDEF, Association Française des Entreprises Privées, Mouvement des Entreprises de France, *Le gouvernement d'entreprise des sociétés cotées,* octobre 2003, 20 p.
http://www.ethosfund.ch/pdf/Code_France_MEDEF_recommCG_FR.pdf

AFEP-MEDEF, *Code de gouvernement d'entreprise des sociétés cotées*, déc. 2008, 36 p.
http://medef.typepad.com/Code-Consolide-AFEP-MEDEF.pdf

AGIRC-ARRCO, *Annuaire commun*, éd. 2011, 2011, 292 p.
http://www.agirc-arrco.fr/fileadmin/agircarrco/documents/annuaire/annuaire_agirc_arrco.pdf

ALDUY Jean-Paul, *Rapport d'information n° 713 au nom de la mission commune d'information relative à Pôle emploi*, tome I, Sénat, 5 juillet 2011, 221 p.

apROBERTS Lucy, REYNAUD Emmanuel, *Un panorama de la protection sociale complémentaire,* rapport réalisé pour la MIRE Mission interministérielle recherche expérimentation, IRDES, Institut de recherches économiques et sociales, La Documentation française, 1998, 103 p.

ATTALI Jacques, *Rapport de la Commission pour la libération de la croissance française : 300 décisions pour changer la France*, La Documentation française, 2008, 245 p.

AUGUSTIN Jacques, *Actualités du régime social des travailleurs indépendants*, Les grands dossiers de la protection sociale, 19 au 23 septembre, Saint-Étienne, EN3S, 2005, p. 81-87.

BAPT Gérard, Rapporteur spécial, *Rapport n° 2857 fait au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le projet de loi de finances pour 2011 (n° 2824)*, annexe n° 39, Santé, Assemblée Nationale, 14 octobre 2010, 139 p.

BAUER Michel, Centre national d'études supérieures de sécurité sociale, *Les compétences des agents de direction des organismes de sécurité sociale, Horizon 2000-2005*, rapport, Saint-Étienne, CNESSS, 1996, 77 p. + annexes.

BAUER Michel, *Quelle ressource dirigeante pour le régime général de sécurité sociale demain ?*, rapport, UCANSS, mai 2010, 131 p.

Dr BENSADON Anne-Carole, MARIE Etienne, Dr MORELLE Aquilino, Inspection générale des affaires sociales (RM2011-001P), *Enquête sur le MEDIATOR®*, Rapport définitif, janvier 2011, 243p.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000028/0000.pdf

BERNIER Marc, *Évolution de la démographie agricole et ses conséquences sur l'organisation, le fonctionnement et la transmission des exploitations agricoles*, Mission parlementaire auprès de Dominique BUSSEREAU, ministre de l'agriculture et de la pêche, décembre, 2005, 119 p.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//064000230/0000.pdf

BLANC Christian, MENEMENIS Alain, *Pour un État-stratège, garant de l'intérêt général*, Commissariat général du plan – CAS, Préparation XIème Plan, 1993, La Documentation française, 136 p.

BOCQUET Pierre-Yves, ESLOUS Laurence, SALAS Fréderic, *Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2007-2011 signée entre l'Etat et le Régime Social des Indépendants (RSI) et recommandations pour la future convention*, Inspection générale des affaires sociales RM2011-118P, octobre 2011, 405 p.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000130/0000.pdf

BOUTON Daniel, *Rapport du groupe de travail* présidé par Daniel Bouton, président de la Société Générale, « *Pour un meilleur gouvernement des entreprises cotées* », AFEP-AGREF, MEDEF, sept., 2002, 28 p.
http://convictionspolitiques.midiblogs.com/media/00/01/1668464605.pdf

BOUVEROT Georges, président du groupe de travail, *Rapport du groupe de travail paritaire sur la gouvernance des groupes paritaires de protection sociale*, 16 mars 2009, 102 p.
http://www.aef.info/public/fr/medias/docutheque/document/aef/2009/2010_rapport_gouvernance__ip_160309.pdf

BRIET Raoul *dir*., *Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance-maladie*, avril 2010,72 p.
http://www.elysee.fr/president/root/bank_objects/20.05_Rapport_Briet.pdf

BUR Yves, *Rapport n° 4355 fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative à la gouvernance de la sécurité sociale et à la mutualité*, Assemblée Nationale, 15 fév. 2012, 39 p.

CAPDEVILLE Bernard, *La protection sociale : assurer l'avenir de l'assurance maladie*, séance des 12 et 13 juillet 2011, « Les Avis du Conseil Économique, Social et Environnemental », Les éditions des Journaux Officiels, 2011, 48 p.

CCMSA (Caisse Centrale Mutualité Sociale Agricole), *Rapport mutualiste 2009, Avec ses élus la MSA est là*, Bagnolet, CCMSA, Direction des Affaires Juridiques et Institutionnelles, 2010, 24 p.
http://www.msa41.fr/files/msatouraine/msatouraine_1277987397004_RAPPORT_MUTUALISTE_MSA_2009_.pdf

CCMSA, *Ambitions 2015, 15 orientations stratégiques pour la MSA*, MSA Caisse Centrale, mai 2011, 12 p.
http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1308850709393_AMBITIONS_2015___15_ORIENTATIONS_STRAT_GIQUES_POUR_LA_MSA.pdf

CCMSA, 2011, *Rencontre parlementaire*, dossier, 11 octobre 2011, 37 p.
http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1318843979574_DOSSIER_DES_RENCONTRES_PARLEMENTAIRES_DU_11_10_11_.pdf

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), « Plan stratégique », *Des soins de qualité pour tous. Refonder le système de soins. La qualité assurée. Une offre de soins adaptée. Des prestations de santé définies. Des acteurs responsables*, 12 juillet 1999, Paris, 147 p.

CHADELAT Jean-François, Groupe de travail de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, *La répartition des interventions entre les assurances maladies obligatoires et complémentaires en matière de santé*, 3 avril 2003, 33 p.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000159/index.shtml

CHADELAT Jean-François, *Rapport au ministre délégué à la sécurité sociale du groupe de travail relatif au déficit du Fonds de Financement des Prestations Sociales Agricoles* (FFIPSA), juin 2006, 135 p.

CNAF, Groupe de travail Prospective de la branche Famille de la Sécurité sociale, *Travaux de prospective sur l'environnement de la politique familiale*, Dossiers d'études, n° 93, juin 2007, 301 p.

CNAF, Groupe Prospective, A. CAIZZI, D. CHAUFFAUT, S. LE CHEVILLIER, S. LEMOINE, J. MINONZIO, H. PARIS, A. ROZAN, *La politique familiale demain, Quatre scénarios exploratoires*,. Dossiers d'études, n° 100, janvier 2008, 201 p.

CNAMTS, *Propositions de l'Assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2012*, soumises au Conseil du 7 juillet, 2011,74 p.
http://www.annuaire-secu.com/pdf/Propostions-AM-charges-produits2012.pdf

Conférence internationale du Travail, *Déclaration concernant les buts et objectifs de l'Organisation Internationale du Travail adoptée par la conférence à sa vingt-sixième session*, Philadelphie, 10 mai 1944, 7 p.
http://www.ilo.org/public/english/century/information_resources/download/phil-en-fr.pdf

Conseil Economique Social et Environnemental, Circé groupe amnyos, *Le paritarisme dans le domaine de la formation : sens et valeur ajoutée*, colloque 9 juillet 2009, 132 p.
http://www.circeconsultants.com/IMG/pdf/circe_seminaire_2008_09_paritarisme.pdf

Conseil d'État, *Responsabilité et socialisation du risque*, rapport public 2005, La Documentation française, 2005, 400 p.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000185/index.shtml

Conseil d'Orientation des Retraites, *Les dix ans du COR Bilan et perspectives ?* colloque, dossier du participant, 18 novembre 2010, 74 p.
http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-1413.pdf

Conseil d'Orientation des Retraites, *Retraites : La rénovation des mécanismes de compensation*, dixième rapport, 19 octobre 2011, 125 p.
http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-1583.pdf

Contrat État-UNCAM 2010-2013, « *5 priorités, 20 objectifs pour la gestion du risque* », 2011, 53 p.
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/Contrat_Etat-UNCAM_2_.pdf

CORON Gaël, HIGELÉ Jean-Pascal, POINSART Laurence, direction scientifique : Bernard FRIOT, *Les acteurs de la régulation de l'indemnisation conventionnelle du chômage et de la couverture maladie complémentaire : une délibération partagée ?*, Rapport pour la Mire-DREES, Nancy : GRÉE 2008, Nanterre IDHE, 2008, 170 p.
http://www.ies-salariat.org/IMG/pdf/Rapportfinalgouvernancedelaprotsoc.pdf

COULOMB Alain, Rapport du groupe de travail de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, *Médicalisation de l'ONDAM*, 31 mars 2003, 90 p.
http://membres.multimania.fr/pradrapport/MINISTERE/RAPPORT_COULOMB_ONDAM_030429.pdf

Cour des comptes, *La protection sociale agricole*, communication à la Commission, annexe au Rapport d'information n° 304 fait par JUILHARD Jean-Marc, sénateur, au nom de la commission des Affaires sociales du Sénat sur la protection sociale agricole. Rattaché pour ordre au procès-verbal de la séance du 22 février 2007, 60 p.

Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2006*, juin 2007, 156 p.

Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, septembre 2007, 477 p.

Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2008*, 2009, 178 p.

Cour des comptes, *Rapport public annuel, 1ère partie : observations des juridictions financières*, 22 janvier 2010, 672 p.

Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, septembre 2011, 579 p.

Cour des comptes, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, *Le régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle*, nov. 2011, 87 p.

CSMF, SML, Commission pour l'Avenir Libéral de de la Médecine, *Les 100 recommandations pour l'avenir libéral de la médecine*, 15 septembre 2010, 64 p.
http://www.csmf.org/upload/File/Communiques/100_recommandations_CSMF_SML.pdf

CTIP, Centre Technique des Institutions de Prévoyance, 2011, *Guide de l'administrateur d'institution de prévoyance, Référentiels et indicateurs de risques*, janvier, 34 p.
http://www.ctip.asso.fr/bib/res/pages/2588C_0.pdf

DELEVOYE Jean-Paul, *Rapport annuel 2009 du Médiateur de la République,* La Documentation française, février 2010, Paris, 92 p.

DÉRIOT Gérard, GODEFROY Jean-Pierre, *Rapport d'information n° 37 fait au nom de la mission commune d'information sur le bilan et les conséquences de la contamination par l'amiante*, Sénat, Annexe au procès-verbal de la séance du 20 octobre 2005, Tome I : Rapport, 333 p, tome II : Auditions, Paris, 387 p.

Direction de la Sécurité sociale et CHADELAT Jean-François, *La Commission des comptes de la Sécurité sociale a 30 ans*, Édition DICOM, 2009, 39 p.

Direction de la Sécurité sociale (DSS), *Les chiffres clés de la sécurité sociale 2010*, éd. 2011, 44 p.
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011_chiffres_cles.pdf

Direction de la Sécurité sociale (DSS), *Les chiffres clés de la sécurité sociale 2011*, éd. 2012, juillet 2012, 44 p.
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2012_chiffres_cles.pdf

DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Les pensions perçues par les retraités fin 2004*, Études et Résultats, 2006, n° 538, 8 p.

DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Les retraités et les retraites en 2008*, Collection études et statistiques, 2010, 96 p.

DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Les retraités et les retraites en 2009*, Collection études et statistiques, 2011, 120 p.

DUBERNARD Jean-Michel, *Rapport n° 1703 fait au nom de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi (n° 1675) relatif à l'assurance maladie*, Assemblée Nationale, 28 juin 2004, Paris, 565 p.

DUTHILLEUL Anne, *Le financement de la protection sociale*, séance des 18 et 19 décembre 2007, Avis du Conseil économique et social, Journaux officiels, 2007, 112 p.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000011/index.shtml

EN3S, *Les grands dossiers de la protection sociale*, Actes, Saint-Etienne, 20 au 24 septembre 2004, 172 p.

EWALD François, président du groupe 6 « Risques et protection » de « *France 2025, Diagnostic stratégique* », 2009, 87 p.

FENINA Annie, LE GARREC Marie-Anne, KOUBI Malik, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Comptes nationaux de la santé 2010*, Collection Études et statistiques, DREES, rapport, septembre 2011, 283 p.

Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, *Rapport d'activité 2009*, 2010, 105 p.
http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport_2009.pdf

Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, *Rapport d'activité 2010*, 2011, 105 p.
http://www.cmu.fr/userdocs/RA_2010.pdf

GARNERO Marguerite, ZAIDMAN Catherine, *Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'état, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, nov. 2011, 59 p.

GARNERO Marguerite, DREES, *Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009*, Études et résultats, n° 789, février 2012, 8 p.

GIN François, *Perspectives du régime agricole*, Les grands dossiers de la protection sociale, Saint-Étienne, EN3S, 24 au 28 sept. 2007, p. 92-102.

GOUTEYRON Adrien, *Avis n° 425 au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, relatif à l'assurance maladie*, Sénat, 21 juillet 2004, 237 p.

HCAAM, *Rapport du Haut Conseil pour L'avenir de l'assurance maladie : 23 janvier 2004*, La Documentation française, 2004, 452 p.

HASSENTEUFEL P., BACHIR M., BUSSAT V., GÉNIEYS W., MARTIN C., SERRÉ M., *L'émergence d'une "élite du Welfare" ? Sociologie des sommets de l'État en interaction, Le cas des politiques de protection maladie et en matière de prestations familiales*, MIRE, IEP Rennes/Université Rennes 1, juin 1999, 243 p. + annexes.

HASSENTEUFEL P., GÉNIEYS W., MORENO J., SMYRL M., BEAUSSIER A.-L., HERVIER L., *Les nouveaux acteurs de la gouvernance de la protection maladie en Europe (Allemagne, Angleterre, Espagne, France)*, MIRE-DREES, mars 2008, 164 p.

IMBAUD Dorothée, LANNELONGUE Christophe, LE GALL Olivier, *Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses OGD*, Inspection générale des affaires sociales (RM2009-141P), Inspection générale des finances (IGF N°2009-M-036-02), 2010, La Documentation française, février 2010, 448 p.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000144/0000.pdf

Inspection générale des affaires sociales, Rapport annuel 2009*, L'hébergement et l'accès au logement. La modernisation des organismes de sécurité sociale*, La Documentation française, 2010, 198 p.

Instance de coordination AGIRC-ARRCO-CTIP, *Rapport sur les groupes paritaires de protection sociale, 2010*, 55 p. plus 6 annexes, sans date.

ISTRIA Paul, *Perspective du régime agricole*, Les grands dossiers de la protection sociale, Saint-Étienne, EN3S, 25 au 29 septembre 2006, p. 72-79.

JACOB Robert, *Le National Institute for health and Clinical Excellence (NICE), Une analyse en lien avec les mandats prévus pour l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux* , Institut national de santé publique du Québec, juin 2008, 31 p. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/891_NICEComiteINESSS.pdf

JAMMET Jean-Jacques, *Actualités du régime des travailleurs non salariés*, Les grands dossiers de la protection sociale, Actes, Saint-Étienne, EN3S, 20 au 24 septembre 2004, p. 127-139.

JOURDAIN-MENNINGER Danièle, POSTEL-VINAY Daniel, SEGAL Patrick, « *La dynamisation de la gestion des agents de direction du régime général de sécurité sociale* **»,** Inspection générale des affaires sociales, La Documentation française, 2007, 130 p.

JUPPÉ Alain, *Déclaration de politique générale de M. le Premier ministre sur son plan de réforme de la protection sociale à l'Assemblée nationale le 15 novembre 1995*. http://discours.vie-publique.fr/notices/953288100.html

KERLEAU Monique *dir.*, DURAND Franck, FRETEL Anne, HIRTZLIN, *Pratiques et enjeux autour de la protection sociale complémentaire d'entreprise*, Centre d'Économie de la Sorbonne, janvier 2008, tome I Rapport final, 347 p., tome II Monographies d'entreprise, 155 p.

LAIGRE Philippe, LANGLOIS Philippe, *Rapport sur la gouvernance des groupes paritaires de protection sociale*, novembre 2006, 286 p.

LANDRAIN Édouard, député, *Rapport d'information n°1672 présenté au nom de la délégation de l'Assemblée nationale pour l'Union Européenne, sur les réformes de l'assurance maladie en Europe*, Assemblée Nationale, 15 juin 2004, 118 p.

LAROQUE Pierre, *Politique de la vieillesse*, Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, La Documentation française, 1962, 438 p.

Le Grenelle Environnement, *Construire une démocratie écologique : institutions et gouvernance*, Rapport du Groupe 5, Synthèse, 2007, 108 p. http://www.legrenelle-environnement.fr/IMG/pdf/G5_Synthese_Rapport.pdf

Le Médiateur de la République, *Rapport annuel 2009*, La Documentation française, 2010, 92 p.

LIBAULT Dominique, *Positionnement de la Direction de la Sécurité Sociale*, Les grands dossiers de la protection sociale, Actes, 20 au 24 sept. 2004, EN3S, p. 163-172.

LIDSKY Vincent, *Perspectives du régime agricole*, Les grands dossiers de la protection sociale, Actes, Saint-Étienne, EN3S, 20 au 24 sept 2004, p. 104-113.

LIGER Dominique, *Mise en œuvre du nouveau Régime Social des Indépendants*, Les grands dossiers de la protection sociale, Saint-Étienne, EN3S, 25-29 sept. 2006, p. 62 à 71.

LIGER Dominique, *La protection sociale des travailleurs indépendants et son actualité*, Les grands dossiers de la protection sociale, Saint-Étienne, EN3S, 20-24 sept. 2010, p. 53 à 60.

MiddleNext, *Code de gouvernement d'entreprise pour les valeurs moyennes et petites*, Cahier n° 4, déc. 2009, 67 p.
http://www.middlenext.com/IMG/pdf/Code_de_gouvernance_site.pdf

Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, *Révision générale des politiques publiques - RGPP : 2ème rapport d'étape*, mai 2009, 93 p.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000219/index.shtml

Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, *Révision générale des politiques publiques - RGPP : 3ème rapport d'étape*, février 2010, 122 p.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000088/index.shtml

Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, *Révision générale des politiques publiques - RGPP : 4ème rapport d'étape*, juin 2010, 252 p.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000615/index.shtml

Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, *Révision générale des politiques publiques - RGPP : 5ème rapport d'étape*, mars 2011, 199 p.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000125/index.shtml

Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, *Révision générale des politiques publiques - RGPP : 6ème conseil de modernisation des politiques publiques*, décembre 2011, 299 p.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000722/index.shtml

MOREL Annick, *La dynamisation de la carrière des agents de direction de la sécurité sociale*, UCANSS, Comité des carrières, décembre 2010, 25 p.
http://cftc.snadeos.free.fr/npds/downloads/dossiers/UCANSS_Rapport_de_la_Commision_Morel_-_Decembre_2010.pdf

Mutualité Française, *25 mesures de la Mutualité Française pour rénover le système de santé*, septembre, 2003, 20 p.

Observatoire des Retraites, *Les chiffres de la retraite, La retraite en France, statistiques, définitions, tendances, projections*, dossier spécial, Paris, 2009, juin, n° 5, 120 p.

OCDE, Organisation de Coopération et de Développement Économiques, *Principes de gouvernement d'entreprise de l'OCDE*, Paris, Les éditions de l'OCDE, 1999, 52 p.

OCDE, Organisation de Coopération et de Développement Économiques, *Principes de gouvernement d'entreprise de l'OCDE*, Paris, Les éditions de l'OCDE, 2004, 74 p.

OCDE, Organisation de Coopération et de Développement Économiques, *Lignes directrices de l'OCDE sur le gouvernement d'entreprise des entreprises publiques,* Paris, 2005, 38 p

PICQ Jean, *L'État en France, Servir une nation ouverte sur le monde*, Rapport de la mission sur les responsabilités et l'organisation de l'État, La Documentation française, 1994, 218 p.

PLFSS pour 2012, *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012*, n° 3790, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 octobre 2011, 489 p.

POSTEL-VINAY Daniel, *Actualités du régime des travailleurs non salariés*, Les grands dossiers de la protection sociale, Actes, Saint- Étienne, EN3S, 20 au 24 septembre, 2004, p. 140-147.

Programme du Conseil national de la Résistance (CNR), deuxième édition, adopté dans la clandestinité le 15 mars 1944, 7 p.
http://www.resistance-44.fr/IMG/pdf/Programme_du_Conseil_national_de_la_Resistance.pdf

QUEVILLON Gérard, Intervention au « Plateau débat » au Colloque ACORS d'Enghien les Bains, 6, 7 juin, *La démocratie sociale à l'heure de la gouvernance et de la certification des comptes*, ACORS, 2006, 10 p.

Rapport au Président du Conseil des ministres du Décret n° 49-426 du 25 mars *1949 tendant à renforcer le contrôle de l'État sur les organismes de sécurité sociale*, JORF du 26 mars 1949, p. 3184-3187.

Rapport sur la programmation pluriannuelle des finances publiques (PPFP) pour les années 2011 à 2014, annexe de loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques, 60 p., JO 29 décembre 2010, p. 22868.

REEHFELT U., VINCENT C., VOLOVICH P., *Qui sont les administratrices et administrateurs syndicaux dans les organismes de sécurité sociale ?*, Rapport de recherche pour la MiRe-DREES, IRES, janvier 2008, 113 p.

RITTER Philippe, *Rapport de mission*, Mission de préfiguration de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), 13 octobre 2008, 46 p.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Ritter_ANAP.pdf

ROCARD Michel, PENAUD Pascal, SCHWARTZ Rémy, *Mutualité et droit communautaire : rapport au Premier ministre*, La Documentation française, 1999, 66 p.

ROMENTEAU Pascale, LAROQUE Michel, NOURY Didier, *Rapport sur la fonction de contrôle au sein des institutions AGIRC et ARRCO*, Inspection générale des affaires sociales, RM2008-084P, déc. 2008, 57 p.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000605/0000.pdf

RSI, *L'essentiel du RSI en chiffres, données 2008*, Saint-Denis, RSI, 2009, 225 p.

RSI, *L'essentiel du RSI en chiffres, données 2009*, Saint-Denis, RSI, 2010, 263 p.

RUELLAN Rolande, Groupe de travail de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, *Rapport sur les relations entre l'État et l'Assurance maladie*, 2 décembre 2002, 24 p.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000002/0000.pdf

SCHILLINGER Patricia, *Rapport d´information n° 443 de la commission des affaires sociales sur l'étude de la Cour des comptes relative au régime d'assurance maladie complémentaire d'Alsace-Moselle*, Sénat, 29 février 2012, 117 p.
http://www.senat.fr/rap/r11-443/r11-4431.pdf

SOUBIE Raymond, *Santé 2010*, Rapport du groupe « Prospective du système de santé », Commissariat Général au Plan, La Documentation française, 1993, 151 p.

SOUBIE Raymond, PORTOS Jean-Louis, PRIEUR Christian, *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*, Commissariat général du Plan, Rapports officiels, La Documentation française, 1994, 560 p.

THEODORE Pascale, *Le nouveau Régime social des indépendants et l'Interlocuteur social unique*, Les grands dossiers de la protection sociale, Saint-Étienne, EN3S, 24 au 28 sept. 2007, p. 103 à 115.

TIAN Dominique, *Rapport d'information n° 3603 sur la lutte contre la fraude sociale* déposé par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, 29 juin 2011, 453 p.

UCANSS, *Rapport 2010*, Comité des Carrières, Directeurs et Agents comptables, juin 2011, 54 p.
http://cftc.snadeos.free.fr/npds/downloads/dossiers/UCANSS_Rapport_2010_Comite_des_carrieres.pdf

UFC-QUE CHOISIR, *Le coût de la couverture santé pour les ménages, enquête et propositions de l'UFC- Que Choisir*, département des Études, septembre 2010, 15 p.
http://image.quechoisir.org/var/ezflow_site/storage/original/application/089934a87e07c4028a4b1f3c2db74d0a.pdf

VASSELLE Alain, *Rapport d'information n° 358 fait au nom de la commission des affaires sociales sur les perspectives de l'assurance maladie*, Sénat, annexe au procès-verbal de la séance du 18 juin 2003, 158 p.

VASSELLE Alain, *Rapport n° 424 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à l'assurance maladie*, Sénat, annexe au procès-verbal de la séance du 21 juillet 2004, tome I, 263 p., tome II Auditions et Tableau comparatif, 2004, 390 p.

VASSELLE Alain, *Réforme de l'assurance maladie : les nouveaux outils de la régulation*, Rapport d'information n° 11 fait au nom de la commission des affaires sociales**,** Sénat, annexe au procès-verbal de la séance du 11 octobre 2005, 53 p.

VASSELLE Alain, 2010, *Avis n° 69 présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014*, enregistré à la Présidence du Sénat le 27 octobre 2010, 53 p.

VASSELLE Alain, *Rapport n° 88 au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011*, enregistré à la Présidence du Sénat le 3 novembre 2010, 330 p.

VIÉNOT Marc, *Le Conseil d'Administration des sociétés cotées*, Rapport du groupe de travail, Association Française des Entreprises Privées, Conseil National du Patronat Français, juillet 1995, 24 p.
http://www.ecgi.org/codes/documents/vienot1_fr.pdf

VIÉNOT Marc, « *Rapport du Comité sur le Gouvernement d'entreprise présidé par M. Marc VIÉNOT* », Association Française des Entreprises Privées AFEP, Mouvement des Entreprises de France MEDEF, juillet 1999, 33 p.
http://www.ecgi.org/codes/documents/vienot2_fr.pdf

WARSMANN Jean-Luc, *Rapport n° 892 fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la république sur le projet de loi constitutionnelle (N° 820) de modernisation des institutions de la Ve République*, Assemblée Nationale, 15 mai 2008, 626 p.

WEBER Monique, VÉROLLET Yves, rapporteurs, *La dépendance des personnes âgées* », « Les avis du conseil économique social et environnemental, Les éditions des Journaux Officiels, juin 2011, 80 p.

WOERTH Éric, ministre du budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, *RGPP, 1er Rapport d'étape au Président de la République*, Révision générale des politiques publiques, 3 décembre 2008, 77 p.
http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/modernisation_de_la_fp/rgpp/1erRapportEtapeRGPP.pdf[1]

Jurisprudence

Conseil constitutionnel, Décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004, loi relative à l'assurance maladie, JO 17 août 2004 p.14657

Conseil constitutionnel, Décision n° 2008-571 DC du 11 décembre 2008, loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, JO 18 décembre 2008, p. 19327

Conseil constitutionnel, Décision n° 2010-3 QPC du 28 mai 2010, JO 29 mai 2010, p. 9730

Conseil d'État, Assemblée, 27 novembre 1964, Union nationale des associations familiales, n° 51.47 et Caisse centrale de secours mutuelles agricoles et autres, n° 51.425, n° 51.482, n° 51.483.

Conseil d'État, 10 janvier 2007, 1ère et 6ème sous-sections, Fédération Nationale Interprofessionnelle des Mutuelles (FNIM), n° 283175, inédit au recueil Lebon

[1] NB : les accès aux liens internet indiqués ont été vérifiés par nos soins en mai 2012 (ou postérieurement)

Conseil d'État, 2 décembre 2011, 1ère et 6ème sous-sections, FNATH-Association des accidentes de la vie, Collectif inter associatif sur la santé (CISS), Union nationale des associations familiales (UNAF), n° 347497, mentionné aux tables du recueil Lebon.

Cour de cassation, Chambre sociale, 23 novembre 1999, Arrêt n° 4298 P+B, Confédération générale du travail (CGT), Union confédérale des retraités de la CGT (UCR CGT), Union générale des ingénieurs cadres et techniciens de la CGT (UGICT CGT), Association pour la retraite par répartition, Association de défense des cadres retraités (ADECARE), M. Louis Thépot, Cassation partielle sans renvoi

Cour de cassation, deuxième chambre civile, Arrêt n° 631 du 18 mars 2010 (09-10.241), M. P... X.../la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN)

Cour de Justice des Communautés Européennes, 17 février 1993. Aff. C-159/91, Poucet c/ AGF et Calmurac (Christian Poucet contre Assurances générales de France et Caisse mutuelle régionale du Languedoc-Roussillon) et C-160/91 Pistre c/ CANCAVA
Demandes de décision préjudicielle : Tribunal des affaires de sécurité sociale de l'Hérault - France. Affaires jointes C-159/91 et C-160/91. Recueil de jurisprudence 1993 page I-00637 réf 61991J0159.

Cour de Justice des Communautés Européennes, 16 novembre 1995, référence r61994J0244, Affaire C-244/94 Fédération française des sociétés d'assurance, Société Paternelle-Vie, Union des assurances de Paris-Vie et Caisse d'assurance et de prévoyance mutuelle des agriculteurs contre Ministère de l'Agriculture et de la Pêche. Demande de décision préjudicielle : Conseil d'État, France.

Cour de Justice des Communautés Européennes, 21 septembre 1999, Affaire C-37/96, Albany International BV contre Stichting Bedrijfspensioenfonds Textielindustrie. Demande de décision préjudicielle : Kantongerecht Arnhem - Pays-Bas.

Cour de Justice des Communautés Européennes, 16 décembre 1999, Affaire C-239/98, Commission des Communautés européennes contre République française

Cour de Justice des Communautés Européennes, 15 février 2000, Affaires C-34/98 et C-169/98, Commission des Communautés européennes contre République française

Cour de Justice de l'Union Européenne, 3 mars 2011, Affaire C 437/09, AG2R Prévoyance contre Beaudout père et fils SARL, demande de décision préjudicielle introduite par le tribunal de grande instance de Périgueux

Cour de Justice de la République, 9 Mars 1999, Affaire n° 99-001, Laurent Fabius, Georgina Dufoix et Edmond Hervé.

INDEX THÉMATIQUE

A

AAI (Autorités administratives indépendantes), 27, 86, 330
ACAM (Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles), 330 *voir aussi* ACP
Accidents du travail/Maladies professionnelles (branche AT/MP), 188
- allocation temporaire de réinsertion professionnelle, 190
- comités techniques nationaux (CTN) régionaux (CTR), 188
- commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT/MP), 122, 189, 190
- compromis de 1898, 188
- convention d'objectifs et de gestion (COG), 190
- direction des risques professionnels (DRP), 190
- indemnité temporaire d'inaptitude, 190
- compensation au régime agricole, 231
- MEDEF (rôle du), 191
- programme national d'actions coordonnées (PNAC), 190
- protocole d'accord du 28 février 2006 sur la gouvernance de la branche, 189
- protocole d'accord du 12 mars 2007 sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels, 190
- réparation intégrale, 101, 102, 189, 190
- tarification (nouvelle), 191
ACIP (Accord cadre interprofessionnel), 199 *voir aussi* UNPS
Accords nationaux interprofessionnels *voir* ANI
ACOSS (Agence centrale des organismes de sécurité sociale), **161**, 265, 306
- avances de trésorerie, 162
- conseil d'administration, 161
- convention d'objectif et de gestion, 162
- pouvoir de direction des URSSAF, 161
ACP (Autorité de contrôle prudentiel), 330, 333
ACS (Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé), 100, 354, 356
Adossement financier, **130**, 147
- des industries électriques et gazières par l'AGIRC-ARRCO, 308
- des industries électriques et gazières par la CNAV, 149
AEIP (Association européenne des institutions paritaires), 305
Agence
- centrale des organismes de sécurité sociale *voir* ACOSS
- nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), *Voir* Hôpitaux
- régionale d'hospitalisation *voir* ARH
- régionale de santé *voir* ARS
Agents comptables, 137, 139, 272

AGFF (Association pour la gestion du fonds de financement de l'AGIRC et de l'ARRCO), 298, 300 *Voir aussi* ASF
AGIRC (Association générale des institutions de retraite des cadres), 14, **292**
- accord du 9 février 1994, 295
- convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, 292
- devenir de l'AGIRC, 301
- renouvellement des présidences de 2012, 301
AGIRC-ARRCO, 95, 164, **292 et s.**
- accord du 25 avril 1996, 296
- accord du 10 février 2001, 297
- accord du 18 mars 2011, 299
- alternance des présidences, 305
- annexes à l'accord du 26 mars 2001, 298
- comité de pilotage, 305
- commission paritaire « élargie », 304
- conseil d'administration, 304
- contrats d'objectifs, 309
- droit de suite, 311, 312, 314 et s.
- fédérations, 304, 318
- groupement d'intérêt économique (GIE) AGIRC-ARRCO, 305
- instance de coordination AGIRC-ARRCO-CTIP, 320
- intégration de régimes d'entreprises, 308
- majorations familiales, 300
- mission d'intérêt général, 306
- paramètres d'ajustements, 307
- projets « convergence informatique », « Usine Retraite », 318
Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé *voir* ACS
Aide sociale, 16
Allocation
- de solidarité aux personnes âgées (ASPA), 223 (note n° 2)
- personnalisée d'autonomie (APA), 103
Allocations familiales, *voir* CAF, CNAF
ANI (Accords nationaux interprofessionnels), 19, 166
- accord national interprofessionnel du 17 février 2012 sur la modernisation du paritarisme, 303
ARH (Agence régionale de l'hospitalisation), 107 et s.
- mission régionale de santé (MRS), 108
ARRCO (Association pour le régime de retraites complémentaire des salariés), 15, 296
- accord interprofessionnel du 8 décembre 1961, 293
ARS (Agence régionale de santé), 107
- champ d'intervention, 109
- conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), 112
- conférences de territoire, 112
- conseil de surveillance, 111
- conseil national de pilotage des agences régionales de santé (CNP), 112
- directeur général, 110
- directeurs « préfigurateurs », 113
- gestion des risques, 110
- gouvernance, 110

- loi du 21 juillet 2009 dite *HPST* ou *Bachelo*t, 107 et s., 113
- permanence des soins, 197
- planification, 109
- projet régional de santé (PRS), 111
AS (Association sommitale) *voir* GPS
ASF (Association pour la structure financière), 294, 298 *voir aussi* AGFF
Assurance chômage, 17 et s.
Assurance complémentaire santé *voir* Assurance maladie complémentaire
Assurance maladie complémentaire (AMC), 289, **342**
- aides publiques au financement, 355
- communication des frais de gestion des contrats, 353
- couverture maladie généralisée (CMG) rapport Chadelat (2003), 344, 356
- population couverte, 343
- réseaux de soins, 353
- restructuration du secteur, 352
- poids financier, 342
- segmentation et différentiation de l'offre, 353
- spécificités, 351
Assurance maladie obligatoire (AMO), 289
- affections de longue durée, 352
- conciliation, 185
- gestion du risque, 184, 196
- maîtrise des dépenses, 176
- payeur aveugle, 175
- restes à charge, 352
- ticket modérateur d'ordre public, 351
Assurances privées, *voir* GEMA, FFSA, Sociétés d'assurances
Assurances sociales, 1**2 et s.**, 137
- plafond d'affiliation, 292
Attali (rapport), 75 (note n° 6), 108
Autorité de la concurrence, 353

B

BAPSA (Budget annexe des prestations sociales agricoles) *voir* MSA
Bercy, **45**, 97 (note n° 3)
Beveridge, 13
Bismarck, 12, 340
Branche AT/MP *voir* Accidents du travail/Maladies professionnelles
Branches *voir* Régime général de sécurité sociale
Budget de l'État, 41, 46
- loi organique relative aux lois de finances (LOLF), 41
- projet de loi de finances (PLF), 68

C

C3S (Contribution sociale de solidarité des sociétés), 256, 274
CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale), **96**, 162, 230
- reprise de dette (LFSS pour 2011), 97

Cadres dirigeants, 141
- nomination, 138
- procédure des « trois noms », 139
CAF (Caisses d'allocations familiales), 136, **156 et s.**, 161
- action sociale, 136, 156
- ciblage des prestations familiales, 151
- crise de légitimité, 157
- revenu de solidarité active (RSA), 151
Caisse
- d'amortissement de la dette sociale, *voir* CADES
- d'assurance maladie des industries électriques et gazière *voir* CAMIEG
- d'assurance retraite et de la santé au travail *voir* CARSAT
- centrale de mutualité sociale agricole *voir* MSA
- de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce, *voir* ORGANIC
- des dépôts et consignations, *voir* CDC
- maladie régionale, *voir* CMR
- primaire d'assurance maladie *voir* CPAM
- primaire de sécurité sociale *voir* CPSS
- régionale d'assurance maladie (CRAM) *voir* CARSAT
Caisse nationale
- des allocations familiales, *voir* CNAF
- d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés, *voir* CANAM
- de l'assurance maladie des travailleurs salariés, *voir* CNAM
- d'assurance vieillesse des professions libérales, *voir* CNAVPL
- d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, *voir* CNAV
- du barreau français, *voir* CNBF
- de compensation d'assurances vieillesse des artisans *voir* CANCAVA
- des industries électriques et gazières, *voir* CNIEG
- du régime social des indépendants, *voir* RSI
- de retraite des agents des collectivités locales, *voir* CNRACL
- de solidarité pour l'autonomie, *voir* CNSA
- de sécurité sociale, *voir* CNSS
Caisses nationales du régime général de Sécurité sociale, **120**, 166
- agent comptable, 128
- conseils d'administration, 120 et s
- contrôle, 121
- directeur, 122
- gestion de la « ressource dirigeante », 141
- informatique nationale, 124
- présidence, 122
- schéma directeur informatique, 122
CAMIEG (Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières), 148 (note n° 5)
CANAM (Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés), 255, 262
Voir aussi RSI
CANCAVA (Caisse nationale de compensation d'assurances vieillesse des artisans), 255, 264
- assemblée générale, 258
Voir aussi RSI

CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail), 101, **145**, 184, 189
CCMSA (Caisse centrale de la mutualité sociale agricole), *voir* MSA
CDC (Caisse des dépôts et consignations), **98**, 101, 102
CDCA (Confédération de défense des commerçants et artisans), 220, **257**
Certification des comptes, **62 et s.**, 128, 246
- comités régionaux d'examen des comptes (COREC), 61
- réserves, 62
- validation des comptes, 62

CESE (Conseil économique, social et environnemental), **91**, 106
- assemblée du « premier mot », 93
- saisine par voie de pétition, 92

CFDT (Confédération française démocratique du travail), 20, 122, 134, 167, 181, 189, 299, 301
CFE-CGC (Confédération française de l'encadrement- Confédération générale des cadres), 4, 122, 134, 136, 167, 293, 301
CFTC (Confédération française des travailleurs chrétiens), 48, 122, 134, 189, 234, 301, 305 (note n° 5)
CGPME (Confédération générale des petites et moyennes entreprises), 16, 135, 168
CGC (Confédération générale des cadres), *voir* CFE-CGC
CGT (Confédération générale du travail), 13, 48, 133, 134, 136, 167, 295, 300, 301
CGT-FO (Confédération générale du travail-Force ouvrière), 20, 122, 134, 136, 189, 301, 322
Charte de la médecine libérale *voir* Médecine libérale
CICAS (Centres d'information de conseil et d'accueil des salariés), 305
CID-UNATI (Confédération intersyndicale de défense et d'union nationale des travailleurs indépendants), **255 et s.**, 263, 283
CISS (Collectif inter associatif sur la santé), 181, 195, 346 (note n° 1)
CJCE (Cour de justice des Communautés européennes), 160, 223, 257, 328
CJUE (Cour de justice de l'Union européenne), 332
CMR (Caisse maladie régionale), 255, 264, *voir aussi* RSI
CMU (Couverture maladie universelle), 16, 47, 100, 258
CMUc (Couverture maladie universelle complémentaire), 100, 343, 352
- financement, 356
- régimes dispensateurs, 352
- refus de soins, 185,

Voir aussi Fonds de financement de la CMU

CNAF (Caisse nationale des allocations familiales), 36, 73, 95, 122, 130, 131, **154**, 227
- action sociale, 156
- certification des comptes, 63
- convention d'objectifs et de gestion (COG), 154, 156
- départementalisation, 156
- expertise technique, 154
- gouvernance, 156
- services rendus, 158

Voir aussi Politique familiale

CNAM (ou **CNAMTS**, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés), 56, 69, 104, 122, 130, **173**, 231, 354
- adossement du régime maladie des exploitants agricoles, 229
- convention d'objectifs et de gestion, 87
- conseil, 181

CNAM *(suite)*
- conseil d'administration de 1967, 174
- contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), 203
- directeur général, 182, **183**, 188
- directeurs « coordonnateurs régionaux », 125, 184
- financements externes, 131
- nouvelle gouvernance, 179 et s.
- plan stratégique ou plan *Johanet*, 175 et s.
- président, 65, 181

CNAV (ou **CNAVTS**, Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés), 99, 130, **145 et s.**, 231
- adossement à la CNAV des régimes spéciaux, 147 et s.
- convention d'objectifs et de gestion (COG), 146
- conseil d'administration, 145, 147
- gestion du risque, 146

CNAVPL (Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales), 281
CNBF (Caisse nationale du barreau français), 282
CNIEG (Caisse nationale des industries électriques et gazières), 148 et s.
- contribution tarifaire d'acheminement (CTA), 149
- soulte, 150

CNJA (Centre national des jeunes agriculteurs), 221, 224 (note n° 6)
CNPF (Conseil national du patronat français), 14, 23, 134, 293, 295
CNRACL (Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales), 129, 228
CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), 103 et s.
- cinquième risque, 105, 106
- conseil, 104
- dépendance, 103, 106
- directeur, 105
- financement, 103, 104
- gouvernance, 104, 106
- utilité, 106

CNSS (Caisse nationale de sécurité sociale), 119, 227
COG (convention d'objectifs et de gestion), 51, **54 et s.**, 124 et s., 137, 143, 148, 197, 207
- par caisse nationale 146, 154, 162, 170, 184, 190, 219, 243, 263, 267
- contrats pluriannuels de gestion (CPG), 55

Voir aussi Convention-cadre de performance
Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie, 88 et s.
- Briet (rapport), 90
- procédure d'alerte, 88 et s., 194

Comité d'audit, 24, 314
Comité de pilotage des régimes de retraite (COPILOR), 82
Comité des carrières, 139, 141
- Morel (mission), 141

Comité national des classes moyennes, 254, 255
Commissaire du gouvernement, 48, 121, 192, 270
Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS), **78 et s.**, 94
Compensations financières, 79, **129**, 225, 274, 282
- assurance maladie, 129
- assurance vieillesse, 129

Comptes des organismes de Sécurité sociale *voir* Certification des comptes

Conférence
- annuelle de la famille, **84**, 153, *voir aussi* Haut Conseil de la famille
- sur le déficit public, 89
Conseil d'administration
- composition, 120, 375 (annexe 2)
- majorités de gestion, 15, 21, 120, 134, 171
Voir aussi ACOSS, AGIRC-ARRCO, CNAM, CNAV, MSA, Mutuelles, IRC, Régime local d'Alsace-Moselle, RSI, UCANSS
Conseil constitutionnel, 160, 194, 348
Conseil d'État, 47, 49, 160, 193, 195, 201, 219, 224, 295
Conseil d'orientation des retraites *voir* COR
Conseil économique social et environnemental (CESE), **91 et s.**, 106
Consensus de Washington, 25
Constitution
- de 1946, 64, 66, 356
- de 1958, 46, **66 et s**., 91
- révision du 23 juillet 2008, 69, 72, 91
Contribution
- pour le remboursement de la dette sociale, *voir* CRDS
- sociale généralisée, *voir* CSG
- solidarité autonomie, *voir* CSA
Contrôle interne, 128
Convention-cadre de performance, **59**, 125
- fonds de prospective et de performance de la sécurité sociale, 60, 171
Convention médicale, 41 (note n° 3), **200 et s.**
- 28 octobre 1971 (du), 201
- 12 janvier 2005 (du), 185, 202
- 26 juillet 2011(du), 204
- commissions conventionnelles, 203
- droit d'opposition, 202
- fragilité juridique, 201
- option de coordination, 349, 350
- règlement arbitral, 203
- règlement conventionnel minimum, 201
- rémunération à la performance (P4P, payment for performance), 203
- secteur 2, 348 et s.
- secteur optionnel conventionnel, 348, (définition, 349)
- service médical rendu (SMR), 86, 341
Convention d'objectifs et de gestion *voir* COG
COR (Conseil d'orientation des retraites), **80 et s.**, 147, 149
- abaque des retraites, 82
Cotisations, **159**
- niches sociales, 159
- progressives, 159
- sur le SMIC, 159
Cour de cassation, 295, 354
Cour de justice des Communautés européennes *voir* CJCE,
Cour de justice de l'Union européenne *voir* CJUE

Cour des comptes, 44, **60 et s**., 124, 127, 153, 205, 220, 231, 239, 341, 346, 354
- réseau d'alerte, 53, 61
Couverture maladie universelle (CMU), 100, 344
C**ouverture maladie universelle complémentaire** (CMUc), 100, 185
- panier de soins, 351
- protocole d'accord CNAM-assureurs complémentaires (1999), 344
CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie), 101, 136, 175, 184, 189
- conseil, 182, 185
- directeur, 185, 187 et s.
- nomination des directeurs, 139
CPSS (Caisse primaire de sécurité sociale), 14, 133, 161
CRAM (Caisse régionale d'assurance maladie), *voir* CARSAT
CRDS (Contribution pour le remboursement de la dette sociale), **96**, 98, 160
CSA (Contribution solidarité autonomie), 103
CSG (Contribution sociale généralisée), 67, 93, 231
- nature juridique, 159 et s.
CSMF (Confédération des syndicats médicaux français), **198**, 200, 202 et s., 349
- formulation des réformes, 198
CTIP (Centre technique des institutions de prévoyance), 306, **338**, 345

D

DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales), 107
Déclaration de Philadelphie, 24
Déficit de la Sécurité sociale, 46, 78, 96, 129, 132, 173, 229
- « trou » de la Sécurité sociale, 46
Démocratie
- sanitaire 74, 111 et s.
- sociale, 13, 35, 67, 132 et s., 215, 233, 250, 258, 303, 326
- politique, 16, 35, 67
Dépendance (risque), *Voir* CNSA
Département, 17
DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), 107, 113
Voir aussi Tutelle
DSS (Direction de la Sécurité sociale), **45 et s.**, 52, 57, 60, 207, 262
Voir aussi Tutelle

E

Effet Matthieu, 289, 359
Élite du Welfare, **46**, 47, 66, 153, 207
ENRON, 22
État
- délégataire, 178
- providence, 22, 24, 25
- rôle, 207
- stratège, 29, **39**, 177

F

FFSA (Fédération française des sociétés d'assurances), 295, 338, 339, 345, 347
FNMF (Fédération nationale de la mutualité française), *voir* Mutualité française
FNOSS (Fédération nationale des organismes de sécurité sociale), 120, 166, 333
FNSEA (Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles), 221, 225, 234
FO (Force-Ouvrière), *voir* CGT-FO
Fonds
- de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), 101
- de financement des prestations sociales des non-salariés agricole (FFIPSA), 228 et s.
  - FFIPSA, rapport Chadelat (2006), 228
- de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (dénommé Fonds de financement de la CMUc ou Fonds CMU), 100
- d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), 102
- de réserve pour les retraites (FRR), 98
- de solidarité des crises agricoles (FSCA), 232
- de solidarité vieillesse (FSV), 95, 307
- gouvernance des fonds financiers, 94

Voir aussi BAPSA, CADES, CNSA, Convention-cadre de performance
Formation professionnelle, 19

G

GEMA (Groupement des entreprises mutuelles d'assurances), 339
Gestion des risques (GDR), **127 et s.**, 331
Gouvernance, 22 et s.
- Adam Smith, 22
- Bouton (rapport), 24, 313
- « chaîne invisible », 27, 28
- *comply or explain* (appliquer ou s'expliquer), 24
- contractualisation, 27
- *corporate governance*, 22
- définition, 28
- *fair value* (valeur du marché), 23, 331
- gestion de projet, 26
- gestion des ressources humaines (GRH), 128
- gouvernances fortes, 207
- gouvernement d'entreprise, 22, 24
- loi du 15 mai 2001, relative aux nouvelles régulations économiques, dite « loi NRE », 23
- modalités par régimes de Sécurité sociale, 373 (annexe 1)
- OCDE, 22
- opérateur, 27, 40 et s., 143, 154
- outils, 26
- principes de gouvernement d'entreprise, 23
- sources, 22
- Viénot (rapports), 23, 313

Voir aussi Management
Gouvernement, **45 et s.**, 53, 65, 69, 75, 89, 152, 175, 195, 261, 347
- mise sur agenda, 46

GPS (Groupes paritaires de protection sociale), 310 et s.
- accord sur la gouvernance des groupes paritaires de protection sociale 8 juillet 2009, 315, 387 (reproduit en annexe 6)
- association sommitale, 312, 313, 316
- Bouverot (rapport sur la gouvernance des GPS), 314 et s.
- conflits d'intérêts, 313
- définition, 315
- directeur général, 316
- gestion des ressources humaines, 319
- groupes « complexes », 312, 393 (schéma annexe 7)
- IGAS (rapport 2008), 314
- Laigre-Langlois (rapport), 313 et s.
- nombre de groupes, 321
- organisme de moyens, 313, 315, 316
- périmètre, 315, 395 (cartographie, annexe 8)
- regroupements, 312, 319, 321, 322
- statuts de référence, 316
Grenelle Environnement, 28
GRH (gestion des ressources humaines), *voir* Management

H

HAS (Haute Autorité de santé), 85
- MÉDIATOR, 87
Voir aussi Royaume-Uni, NICE (*National Institute for health and Clinical Excellence*)
Haut Conseil
- pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), **83**, 178, 344, 354
- de la famille (HCF), **84**, 154, 157, *voir aussi* Conférence annuelle de la famille
- du financement de la protection sociale, 84
Hôpitaux, **113**, 176
- Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), 114
- centre national de gestion (CNG), 114, 131
- communautés hospitalières de territoire (CHT), 114
- conseil de surveillance, 113
- directeur général, 114

I

IDS (Institut des données de santé), 345
IFRS (*International financial reporting standards*), 22, 148, 331
IGAS (Inspection générale des affaires sociales), **50**, 56, 167 et s., 239, 261 et s., 266, 307, 314
Informatique, **124**, 145
- schéma directeur, 51, 122, 237, 243
- plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale, 125, 272

Inspection générale
- des affaires sociales, *voir* IGAS
- des finances (IGF), 262
- de l'industrie et du commerce (IGIC), 261

Impôts et taxes affectés (ITAF), 160
IP (Institutions de prévoyance), 288, **337**
- gouvernance, 338

Voir aussi GPS, Groupes paritaires de protection sociale
IRC (Institutions de retraites complémentaires), 302
- adhésions jumelées, 303
- assemblée générale, 303
- charte d'engagements de services, 309
- comité paritaire d'approbation des comptes, 303
- conseil d'administration, 303
- nature juridique, 302

ISU (Interlocuteur Social Unique) *voir* RSI

J

Juppé (Plan) 15, 54, 67, 96, 139, 147, 151, 153, 177, 180, 198 (note n° 4)
Voir aussi Ordonnance nº 96-344 du 24 avril 1996

K

Keynes, 24

L

L. 4
- article du code de la sécurité sociale, 287
- institutions dites « *L. 4* », 287, 291, 310, 326

Laroque Pierre, 14, 46, 213, 218, 287
LFSS (loi de financement de la sécurité sociale), 53, **67 et s.**, 75, 168, 245, 347
- loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), 68
- projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), 59, 68, 79
- programmes de qualité et d'efficience (PQE), 57, 68
- rectificative, 69

Libération, 13, 179, 213, 216, 329
- Conseil national de la Résistance (CNR), 13, 217

Livre blanc
- sur les retraites, 80
- du régime social des indépendants, 280, 283

Lobby, 152, 197, 238, 259, 305
Loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, 51, 64, 67, 78, 117, 121, 131, 189

Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie **(**dite *Douste-Blazy*), 74, **177 et s.**
- Landrain (rapport), 178
- médecin correspondant, 185
- médecin traitant, 185, 198, 202
- mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie, 179
- nouvelle gouvernance, 180
- parcours des soins, 180
- Ruellan (rapport), 177

Loi portant diverses mesures d'ordre social (DMOS), 75
Loi de financement de la sécurité sociale *Voir* LFSS
Loi d'orientation agricole (LOA)
- du 5 août 1960, 221
- du 5 janvier 2006, 222

Loi de programmation des finances publiques (LPFP), 70
Lutte contre la fraude, **53**, 126
- comité national de lutte contre la fraude en matière de protection sociale, 54
- comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF), 54, 127
- délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF), 54
- loi dite « *Loppsi 2* », 53
- lutte contre le travail dissimulé, 126
- répertoire national commun de protection sociale (RNCPS), 126, 306

M

Maîtrise des dépenses de santé
- maîtrise comptable, 201
- maîtrise médicalisée, 180, 207

Management, 26 et s., 123, 142
- gestion des ressources humaines, p. 43, 128, 143, 168, 319

Voir aussi Gouvernance
Marge de solvabilité *voir* Prévoyance complémentaire, Union Européenne (Solvabilité)
Médecine libérale, 197
- charte de la médecine libérale, 12, 177 (note n° 6), 198
- développement professionnel continu (DPC), 196

MEDEF (Mouvement des entreprises de France), 16, 20, 122, 135, 165, 166, 168, 173, 177, 205, 297, 345
- refondation sociale, 297

Médiateur de la République, 28, 92, 267
Voir aussi Assurance maladie obligatoire (conciliation)
Ministre chargé
- de l'agriculture, 217 et s., 225, **239** , 245
- du budget, 45, 53, 164, 229
- du commerce et de l'artisanat, 256, 262 ; secrétariat d'État, 256, 261
- de la famille, 152
- de la santé, 195, 200, 256
- de la sécurité sociale, **49 et s**. 66, 78, 167, 176 et s., 246, 302

Modernisation du dialogue social, 20
Mondialisation, 25

MSA (Mutualité Sociale Agricole), 215 et s.
- agents de direction, 237
- assemblée générale, 220, 235
- assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des exploitants agricoles (ATEXA), 225
- assurance maladie des exploitants agricoles (AMEXA), 224
- assurance vieillesse obligatoire des exploitants agricoles, 223
- budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA), 227
- caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), 219, 243 et s.
- charte de la gouvernance, 242, 383 (reproduite annexe 5)
- COG, contrats personnalisés d'objectifs et de gestion (CPOG), 220, 237, 243, 246
- conseil central, 237, 245, 246
- conseils d'administration, 219, 236
- COREVA, 223
- décret du 27 janvier 1961, 219
- délégués cantonaux, échelons locaux, 233 et s., 238
- démocratie sociale, 233, 250
- élections, 233, 234
- *European Network of Agricultural Social Protection systems* (ENASP), 238
- exploitants agricoles, 216, 220, 222, 229 et s., 251
- financement des prestations, 231
- loi du 5 avril 1941, 217
- MSA Services, 250
- mutualité « 1900 », 216
- plan d'action stratégique 2006-2010, 241, 248
- retraite complémentaire obligatoire (RCO), 224
- union des caisses centrales de la mutualité agricole (UCCMA), 222
Voir aussi Fonds (FFIPSA, FSCA)
Mutualisation, 59, **124**, 157, 163, 248, 272
Mutualité
- conseil supérieur de la mutualité, 335
- loi du 1er avril 1898 relative aux sociétés de secours mutuels, dite « Charte de la mutualité », 333
- loi du 25 juillet 1985 portant réforme du code de la mutualité, p. 326
- ordonnance du 19 octobre 1945 portant statut de la mutualité, 287
- ordonnance du 19 avril 2001 relative au code de la mutualité, 329, 333
- Rocard (rapport de mai 1999), 328, 357
Mutualité Française, 178, 328, **335 et s.**, 345, 347, 350, 357
- accès aux soins, 356
- congrès, 336
- gouvernance, 335
- groupe, 335
- protocole FNMF-Gouvernement (2009), 347
- services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM), 336
- unions régionales, 336
Mutualité sociale agricole *voir* MSA

Mutuelles, 197, 326, 327, **333 et s.**
- dites « *45* », 287, 289, 320, 333
- assemblée générale, 334
- assurances *du livre II*, 334
- conseil d'administration, 334
- dédiées (ou sœurs) *du livre III*, 334
- principes mutualistes, 328, 334

N

Néo-corporatisme, 21, 28, 152, 204, 250, 262, 285
- définition, 21

O

Objectif national de dépenses d'assurance maladie *voir* ONDAM
OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques), *Voir G*ouvernance
OIT (Organisation internationale du travail), 12, 368, 377 et s. (gouvernance, annexes 3, 4)
ONDAM (objectif national des dépenses de l'assurance maladie), 46, 68, 70, 88 s., 184, 196
Ordonnance
- n° 45-2250 du 4 octobre 1945, 11, 13, 147, 218, 287
- n° 67-706 du 21 août 1967, 15, 161, 166, 219 (« *ordonnances scélérates* », 133)
- nº 96-344 du 24 avril 1996, 15, 37, 41, 51, **55**, 122, 123, 134, 137, 219
ORGANIC (Caisse de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce), 260, 264, *voir aussi* RSI
Organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM), *voir* UNOCAM
Organismes de base (du régime général), 132
- action sociale, 136
- administrateurs, 134, 135
- autonomie, 49
- cadres dirigeants, 138
- conseils d'administration, 132, 140
- départementalisation, 56, 156
- directeurs, 137, 140
- dualité de pouvoirs, 138
- élections, 134
- établissements privés exécutant un service public, 47
- président, 133
- régionalisation, 125, 162, 163
- réseaux (caisse nationale, tête de réseau), 57, 61, 123, 124

P

Paritarisme, 19, 134, 293, 312
- crise du paritarisme, 135
- formes, 20
- de gestion, 30, 313
- de négociation, 313

- tripartisme, 30, 167, 201, 306
- « *Yalta* », 19, 30, 367
Parlement, **66**, 69, 74, 133, 162, 178, 227
- commissions, 72
- conseils de surveillance, 58, 60
- groupes d'études, 73
- légitimation politique, 68, 74
- mission d'évaluation et de contrôle des LFSS (MECSS), 72
- office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS), 72
- parlementaires du social, 73
Pénalités financières, 186
- commission des pénalités financières, 186
Plan Juppé *voir* Juppé (Plan)
Pôle emploi, **18**, 54 (note n° 5), 126, 163
Politique familiale, 150 et s.
- ciblage des prestations, 151
- politique au fil de l'eau, 158
- scénarios de la CNAF, 155
Voir aussi CNAF, UNAF
PQE (Programmes de qualité et d'efficience) *voir* LFSS
Premier ministre, 19, 40, 41, 45, 67, 80, 91, 106, 134
Président de la République, 43, 84, 89 et s., 105, 108, 178, 203, 336
Prévoyance complémentaire, 325 et s.
- clause de désignation, 331
- clause de migration, 332
- loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés, 288
- marge de solvabilité, 331
- mission d'intérêt économique général, 332
- opérateurs, 329
- portabilité (ANI du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail), 329
- principe de spécialité, 311, 318, 327, 337
- spécialisation des risques, 329
Voir aussi Union Européenne (directives)
Protection sociale complémentaire *voir* Prévoyance complémentaire, Régimes de retraites complémentaires

Q

Qualité de service, 43, 56

R

Réforme de l'État, 40 *voir aussi* RGPP
- circulaire *Rocard* du 23 février 1989, 40
- circulaire *Juppé* du 26 juillet 1995, 41
- Pick (rapport), 40

Régime général de Sécurité sociale
- branches (caractéristiques), 117
- décret n° 60-452 du 12 mai 1960, 15, 50, 132, 137, 161, 166, 219
Régime « local d'Alsace-Moselle », 340 et s.
- conseil d'administration, 340
- généralisation, 341
- loi du 25 juillet 1994 dite *Veil*, 340
Régimes de retraites, 144
- alignés, 16
- clauses couperets, 149
- d'employeurs, 292
- principe d'intangibilité des pensions liquidées, 295
- réformes, 80, 144, 148, 299
- répartition provisionnée, 98, 276 et s., 283
Régimes de retraites complémentaires, 291 et s.
- importance, 291
- généralisation légale, 294
- rendements, 296
- taux d'appel des cotisations, 294
Régime de Sécurité sociale, 35
- agricole, *voir* MSA
- caractéristiques, 35, 36
- des clercs et employés de notaires, 130
- Esping-Andersen (classification des régimes), 21
- modalités de gouvernance par régimes, 373 (annexe 1)
- social des indépendants, *voir* RSI
- unique, 14
Voir aussi Union Européenne (Règlement 1408/71 CEE du Conseil du 14 juin 1971)
Régimes spéciaux, 14, 23, 35, 82, 129, **147 et s.**
- réforme du financement, 148
- réforme des retraites, 147
Régime universel d'assurance maladie, 35
Régime de Vichy, 13, 198, 221
- charte du travail, 35
- organisation corporative, 217
Règle d'or, 71
Réseaux de soins, 335, **353**
RGPP, (Révision générale des politiques publiques)**,** 27, **42 et s**, 52, 53, 57, 58, 87, 89, 108, 126, 128, 156, 246, 247
- conseil de modernisation des politiques publiques (CMPP), 43
Risque dépendance, 103,
Voir aussi allocation personnalisée d'autonomie (APA)
Risque social
- socialisation du risque, 17
ROP (Retraites ouvrières et paysannes), 12, 216
Royaume-Uni, 22, 41, 85, 204
- *National institute for health and clinical excellence* (*NICE*), 85
- *payment for performance* (*P4P*), 204

RSI (Régime social des indépendants), 260 et s.
- artisans, 253, 259 et s., 273 et s
- assurance maladie des indépendants, 255
- auto-entrepreneurs, 266, 273
- caisse nationale, 268 et s.
- conseil d'administration, 270
- caisses régionales, 271 et s.
- convention d'objectifs et de gestion, 267, 271
- commerçants, 253 et s., 259, 273 et s.
- commission « Surleau », 254
- cotisations, 274
- directeur général, 271
- directeurs de caisses régionales, 272
- élections, 263
- gestion des réserves financières, 279
- gouvernance, 268 et s.
- instance nationale provisoire (INP), 262
- interlocuteur social unique (ISU), 261, 265 et s.
- loi du 17 janvier 1948, 254
- loi du 3 juillet 1972 dite *Boulin*, 256
- loi du 27 décembre 1973 dite *Royer*, 257
- loi du 11 février 1994 dite *Madelin*, 258
- ordonnances du 8 décembre 2005, 263
- organismes conventionnés (OC), 264, 269
- président (de la caisse nationale), 257, 262, 271
- régimes complémentaires d'invalidité-décès, 276
- régimes complémentaires retraite, 276 et s.
- restes à recouvrer (cotisations), 266 et s.
- sections professionnelles, 279
- services inter-caisses du contentieux (SICC), 269
Voir aussi CANAM, CANCAVA, CMR, ORGANIC

S

Secteur 2, Secteur optionnel conventionnel, *voir* Convention médicale
Sécurité sociale *voir* Régime (de Sécurité sociale)
Sociétés d'assurances, 24, 330, **339**
- anonymes (SA), 339
- mutuelles (SAM), 339
- mutuelles d'assurances (SMA), 339
Voir aussi FFSA, GEMA
Soft Law, 22, 24, 311
Solvabilité (1 et 2) *voir* Union Européenne
Syndicats, 134, 149, 227
- représentatifs, 134
- syndicalisme de service, 21

Syndicats médicaux
- BLOC, 200, 349 (note n°3)
- Confédération des syndicats médicaux français *voir* CSMF
- Fédération des médecins de France (FMF), 200, 202, 204
- MG-France, 198, 202, 204
- Syndicat des médecins libéraux (SML), 200, 202, 204, 349
- Union collégiale, 200
- Union des syndicats médicaux de France (USMF), 197

T

Tutelle, 37, **48 et s.**
- *a priori*, 50, 51
- circulaire n° 21 SS du 21 mars 1968, 50
- contrôle *a posterior*i, 48, 51, 53
- direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), 49, 51, 52
- mission nationale d'audit, d'évaluation et de contrôle des organismes de protection sociale agricole (MAECOPSA), 246
- mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (MNC), 52, 246, 334 (note n° 1)
- programme d'évaluation et d'audit, 52
- retrait d'agrément, 50
- sur les actes, 50
- sur les personnes, 49

Voir aussi DSS

TVA sociale, 160, 274

U

UCANSS (Union des caisses nationales de sécurité sociale), 165 et s.
- centres régionaux de formation professionnelle (CRFP), 170
- convention d'objectifs et de gestion, 170
- comité exécutif (dit « Comex »), 169
- conseil d'administration, 167
- conseil d'orientation, 169
- conventions collectives nationales (CCN) des organismes de sécurité sociale, 166 et s.
- fédération d'employeurs, 170
- fonds de prospective et de performance de la sécurité sociale, 171
- instance nationale de concertation (INC), 169
- loi de ratification n° 68-698 du 31 juillet 1968, 166
- négociation locale, 168
- nouvelle gouvernance, 168
- tripartisme, 167, 171

UDCA (Union de défense des commerçants et artisans, Mouvement Poujade), 255

UGECAM (Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie), 182

UIMM (Union des industries métallurgiques et minières), 295

UNCAF (Union nationale des caisses d'allocations familiales) 120, 156, 166

UNCAM, (Union nationale des caisses d'assurance maladie), 173, **192**, 344
- collège des directeurs, 193
- compétences, 192
- conseil, 193
- contrat d'objectif pluriannuel (COP), 196
- directeur général, 194
- fourchettes des couloirs tarifaires, 195
- programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPRGR), 197

UNAF (Union nationale des associations familiales), **152 et s.**, 227
- fonds spécial, 153
- loi du 29 décembre 1942 dite *Gounot*, 152
- néo-corporatisme, 152 (note n° 9)

Union Européenne
- directives assurances 92/49/CE et 92/96/CE, 328
- règlement 1408/71 CEE du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, 297
- solvabilité 1 (directive du 5 mars 2002), 331
- solvabilité 2 (*solvency 2*, directive du 25 novembre 2009), 331, 335, 339, 357

Voir aussi CJCE, CJUE

UNIRS (Union nationale des institutions de retraite des salariés), 293

UNOCAM, (Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire), 343 et s.
- composantes, 345
- convention avec les professions de santé, 347
- conventions nationale des pharmaciens, 348
- rôle d'origine, 345

UPA (Union professionnelle artisanale), 122, 165, 168, **259 et s.**, 263, 301 (note n° 1)
composantes :
- confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB), 255, 259
- confédération générale de l'alimentation de détail (CGAD), 259
- confédération nationale de l'artisanat, des métiers et des services (CNAMS), 259

UNPS (Union nationale des professionnels de santé), **199**, 346

UNSA (Union nationale des syndicats autonomes), 181, 182

URCAM (Union régionale des caisses d'assurance maladie), 108, 182

URPS (Unions régionales des professionnels de santé), **199**, 203

URSSAF, Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, 136, **161 et s.**, 261, 265, 306
- amortisseur de la crise économique, 164
- circulaire ministérielle du 23 mars 2009, 164
- recouvrement des cotisations, 266
- régionale, 163
- restes à recouvrer, 165

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION GÉNÉRALE 9

1. La Sécurité sociale : évolutions et concepts de gestion 12
2. Autres couvertures des risques sociaux et paritarismes 16
3. Les sources multiples de la gouvernance 22
4. Les éléments constitutifs de la gouvernance 26

PREMIÈRE PARTIE LE RÉGIME GÉNÉRAL, VERS LA PRÉÉMINENCE DE L'ÉTAT 33

Titre Premier LE RÔLE CROISSANT DE L'ÉTAT 37

Chapitre 1 L'évolution des interventions de l'État 39

Section 1 L'ÉTAT STRATÈGE ET TUTEUR 39

§ 1 **Un État central en voie de renouveau** 40

A) Visages et incidences de la réforme de l'État 40

1. Du renouveau du service public à la réforme de l'État 40
2. La LOLF, loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001 41
3. La RGPP, mise en place rapide, démarche ambitieuse 42
4. La RGPP, une démarche limitée ? 43

B) Le pouvoir central 45

1. Le rôle du Gouvernement 45
2. Direction de la Sécurité sociale et « élite du Welfare » 46

§ 2 **L'évolution de la tutelle sur les organismes** 47

A) D'une tutelle de proximité à la centralisation 48

1. La tutelle traditionnelle : débats initiaux et justification 48
2. Une tutelle sur les personnes et sur les actes 49
3. L'ajout du contrôle *a posteriori* 51
4. La centralisation par la Mission nationale de contrôle et d'audit 52
5. Du Comité national à la Délégation nationale de lutte contre la fraude 53

B) Les Conventions d'objectifs et de gestion 54

1. L'ordonnance nº 96-344 du 24 avril 1996 55
2. Mise en place, évolution et élaboration des COG 56
3. Seulement des conventions « d'objectifs de gestion » ? 57
4. La convention-cadre de performance, « super » COG ? 59

Section 2 L'ÉTAT LÉGITIMÉ 60

§ 1 **La Cour des comptes, contrôle et assistance** 60

A) Du contrôle des comptes à leur certification 61
1. L'extension du rôle traditionnel de contrôle des comptes 61
2. La certification des comptes par la Cour des comptes 62
3. Une certification attentive des comptes du régime général 63
B) Le contrôle de la gestion publique 64
1. L'assistance de la Cour des comptes à l'État 64
2. Une influence certaine en Sécurité sociale 65
§ 2 **Le Parlement, la démocratie politique** 66
A) Un domaine législatif croissant dans la Constitution de 1958 66
1. Un rôle mineur en 1958 revalorisé par la réforme constitutionnelle de 1996 67
2. La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) 68
3. La révision constitutionnelle de juillet 2008 : renforcement des LFSS avec les LPFP ? 69
B) Le renforcement de l'information et du contrôle parlementaire 71
1. Les commissions, missions et autres représentations 72
2. Les parlementaires du social 73
3. Pour le Parlement, un rôle en trompe-l'œil ? 74

Chapitre 2 De nouveaux outils pour l'État 77

Section 1 DES STRUCTURES D'APPUI ET DE CONSENSUS 77
§ 1 **Les prémices, à la recherche de la lumière et du consensus** 78
A) La Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) 78
1. Après des débuts laborieux, un rôle renforcé 78
2. De volumineux rapports très techniques 79
B) Le Conseil d'orientation des retraites, un précurseur 80
1. Une création pour apaiser les tensions, une légitimité sans faille 80
2. Des rapports incontestables ? 82
3. Un nouveau venu, le Comité de pilotage des régimes de retraite (COPILOR) 82
4. Les Hauts conseils 83
§ 2 **En assurance maladie, les apports de la loi du 13 août 2004** 85
A) La Haute Autorité de santé (HAS) 85
1. Le lustre de cette Haute Autorité 85
2. Des missions en expansion 86
3. La HAS, défausse du « politique » ? 87
B) Le Comité d'alerte 88
1. Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance-maladie 88
2. Une alerte politiquement opportune, financièrement peu efficace 89
3. Le renforcement de la procédure d'alerte au détriment du Comité ? 89
C) Quelle place pour le Conseil économique social et environnemental ? 91
1. Du CES au CESE 91

2. Quel rôle pour le C.E.S.E. ? 92
Section 2 LES NOUVELLES INTERVENTIONS DE l'ÉTAT 94
§ 1 **Au niveau national, de multiples fonds financiers** 94
A) L'intervention par le biais des fonds financiers nationaux 94
1. Le fonds de solidarité vieillesse (FSV), solidarité et cotisations chômage de l'État 95
2. L'externalisation sans fin de la dette par la CADES 96
3. Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR), capitalisation à durée limitée 98
4. Le Fonds de financement de la CMUc, le financement par les assurés 100
5. Les fonds amiante, pré-retraites et réparation intégrale 101
B) La CNSA, une « Caisse nationale » très spécifique 103
1. Deux missions aux financements multiples 103
2. Une gouvernance proche de celle de la CNAM, non exempte de lacunes 104
3. Vers un « cinquième risque » ou une « cinquième branche » ? 105
§ 2 **Les ARS, l'intervention de l'État au niveau régional** 107
A) L'avènement des Agences régionales de santé (ARS) 107
1. Les intervenants traditionnels, un « mille-feuille » institutionnel 107
2. Des travaux préparatoires au vote de la loi HPST du 21 juillet 2009 108
3. Un champ d'intervention très étendu 109
B) La gouvernance des ARS par des exécutifs forts 110
1. Le Directeur général, « patron » de l'ARS 110
2. Les instances, pour quelle démocratie sanitaire ? 111
3. Le pilotage national des ARS 112
4. La nouvelle gouvernance hospitalière sous le contrôle des ARS 113

Titre Deuxième LE RÉGIME GÉNÉRAL, OPÉRATEUR DE l'ÉTAT ? 117

Chapitre 1 Problématiques communes et spécificités 119
Section 1 VERS UNE GOUVERNANCE TECHNICIENNE 119
§ 1 **La gouvernance des Caisses nationales** 120
A) Des Conseils d'administration et directeurs désignés 120
1. Les Conseils d'administration, les pouvoirs apparents des majorités de gestion 120
2. Les directeurs nationaux, le pouvoir par le contrat 122
B) Les instruments d'une gestion expansionniste des réseaux 123
1. Informatique nationale et restructuration des réseaux 124
2. Du service rendu à la lutte contre les fraudes 125
3. La gestion et la maîtrise des risques 127
C) Le régime général soutien des autres régimes et de l'État 128
1. Les compensations financières inter-régimes 129
2. Adossement financier des autres régimes et maintien de charges indues 130

§ 2 **Les organismes de base : la poursuite du déclin des acteurs traditionnels** 132
A) Des Conseils d'administration aux attributions de plus en plus réduites 132
1. Une démocratie sociale intermittente 132
2. Le souhait d'un paritarisme par désignation 134
3. Aujourd'hui, les administrateurs du Régime général 135
4. Un partage des pouvoirs déséquilibré au profit des directeurs 137
B) Des directeurs aux « cadres dirigeants » 138
1. La nomination des cadres dirigeants par les caisses nationales 138
2. Quel employeur pour les directeurs ? 140
3. La gestion de la « ressource dirigeante » par les Caisses nationales 141
4. De nouvelles valeurs, le management encadré 142
Section 2 DES BRANCHES DE PLUS EN PLUS SPÉCIFIQUES 144
§ 1 **La branche retraite, la technicienne** 144
A) La CNAV gestionnaire 145
1. Gérer l'assurance retraite à la tête des récentes CARSAT 145
2. Accompagner les réformes retraite par la gestion du risque 146
B) L'adossement à la CNAV des régimes spéciaux 147
1. La réforme des régimes spéciaux 147
2. L'adossement des Industries électriques de gazières 149
§ 2 **La branche famille, universaliste** 150
A) Les acteurs de la politique familiale 151
1. La complexification des prestations familiales 151
2. Le néo-corporatisme de l'UNAF 152
B) La branche famille financeur et opérateur majeur des politiques familiales 154
1. Une expertise de la CNAF insuffisamment prise en compte 154
2. La gouvernance de la CNAF, de la décentralisation à la RGPP 156
3. La branche famille prestataire de services mal rémunéré 157
§ 3 **La branche recouvrement, percepteur du social** 158
A) Des financements sociaux assis principalement sur les salaires 159
1. Des cotisations patronales en diminution car devenues progressives 159
2. La CSG, impôt ou cotisation ? 159
B) La gouvernance hiérarchique de l'ACOSS 161
1. Le renforcement des pouvoirs de l'Agence centrale 161
2. Spécialisation du réseau et régionalisation des URSSAF 162
3. La branche au service des cotisants et de ses partenaires 163
§ 4 **L'accompagnement des caisses nationales, nouveau rôle de l'UCANSS** 165
A) Un rôle d'employeur atypique 166
1. D'une fédération de caisses de base à une « délégation » des caisses nationales ... 166

2. Les crises au sein du conseil d'administration 167
B) La nouvelle gouvernance de l'UCANSS 168
1. Une gouvernance préfiguratrice de celle de la CNAM 168
2. L'UCANSS, « fédération d'employeurs » 170

Chapitre 2 L'Assurance maladie aux réformes préfiguratrices 173

Section 1 VERS UNE NOUVELLE GOUVERNANCE 174
§ 1 **Des Conseils d'administration remis en cause** 174
A) L'échec de la gouvernance de 1967 174
1. Le maintien de l'équilibre financier, un pouvoir non utilisé 174
2. Le « Plan Stratégique », une occasion manquée 175
B) La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie 177
1. Contexte de la réflexion : le temps des « lumières », les rapports d'experts 177
2. Le rôle des « Politiques » 178
3. L'acceptation de la nouvelle gouvernance 179
§ 2 **La nouvelle gouvernance : une gestion par les techniciens** 180
A) Des Conseils amoindris mais acceptés 180
1. Les faux semblants de la nouvelle gouvernance du Conseil de la CNAM 181
2. Les « Conseils » des caisses : composition voisine de celle des CA, rôle moindre 182
B) Les directeurs aux pouvoir accrus 183
1. Un Directeur général à durée déterminée à la tête de son « réseau » 183
2. Les Directeurs du réseau au rôle accru 185
3. Les directeurs, juges des pénalités financières 186
4. Quel accroissement de pouvoirs pour les directeurs ? 187
C) Les particularités de la branche Accidents du travail/Maladies professionnelles 188
1. Une répartition des compétences plus favorable aux partenaires sociaux 188
2. Les protocoles d'accord de 2006 et 2007 aux résultats limités 189
Section 2 ASSURANCE MALADIE ET PROFESSIONS DE SANTÉ 191
§ 1 **L'UNCAM, une autonomie relative** 192
A) Les pouvoirs issus de la loi du 13 août 2004 192
1. Un nouvel établissement public compétent en matière des dépenses 192
2. Les instances d'orientation et de décision 193
B) L'encadrement des pouvoirs de l'UNCAM 194
1. Les reprises de pouvoirs de l'UNCAM par l'État 194
2. Le contrat d'objectif pluriannuel (COP), partage des pouvoirs avec les ARS 196
§ 2 **Les relations Assurance maladie - médecine libérale** 197
A) La permanence du poids du pouvoir médical 197
1. Malgré des dissensions internes, un efficace lobbying 197
2. Les unions des professionnels de santé 199

B) Les conventions médicales, pas seulement bipartites 200
1. Des conventions médicales contestées 200
2. Dans le cadre d'un dispositif rénové, la convention médicale de 2005 202
3. La convention de 2011 : le paiement à la performance de la CSMF 203
CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE 207

DEUXIÈME PARTIE HORS DU RÉGIME GÉNÉRAL, LE RÔLE DES PROFESSIONNELS ET DES PARTENAIRES SOCIAUX 209

Titre Premier DES RÉGIMES LÉGAUX PLUS AUTONOMES 213

Chapitre 1 La Mutualité sociale agricole 215
Section 1 LE RÉGIME SOCIAL DU MONDE AGRICOLE 215
§ 1 **La gestion par la Mutualité sociale agricole** 215
A) De la Mutualité 1900 au corporatisme du régime de Vichy 216
1. Du mutualisme agricole aux assurances sociales 216
2. De l'organisation corporative au monopole de la mutualité agricole 217
B) Depuis 1945, un régime pérennisé par les difficultés 218
1. De la crainte de l'étatisation au régime conforté 218
2. Les années difficiles de la Caisse centrale 220
3. Les apports du nouveau syndicalisme agricole et des lois d'orientation agricoles ... 221
§ 2 **Parité des prestations, disparité d'efforts contributifs** 222
A) L'extension d'une protection sociale adaptée au monde agricole. 222
1. Les retraites des exploitants, préoccupation constante 223
2. Les assurances maladie et accidents du travail, une gestion partagée 224
3. Des ressortissants couverts par la MSA et souvent par les autres régimes de base . 225
B) Un régime conforté par son financement externe 226
1. BAPSA et adossement du régime des salariés agricoles 227
2. L'éphémère FFIPSA 228
3. Gestion par la CCMSA, financement par la CNAM 229
4. Quels efforts contributifs ? 230
Section 2 L'ÉVOLUTION DE LA GOUVERNANCE 232
§ 1 **Une gouvernance traditionnelle ?** 233
A) La « démocratie sociale » 233
1. Des élections participatives en 2005, en régression en 2010 233
2. Des élus légitimés 234
B) Des structures de tradition mutualiste 235
1. Les organes mutualistes 235
2. Des directeurs sous le contrôle des conseils d'administration 236
C) Les appuis externes du régime 238

1. Un efficace lobbying 238
2. La tutelle traditionnelle du ministère de l'agriculture 239
§ 2 **Une gouvernance se rapprochant de celle du régime général** 240
A) Les nouveaux outils de la Caisse centrale 240
1. Le Plan d'action stratégique pour restructurer le réseau 241
2. La Charte de la gouvernance : cohérence institutionnelle et autonomie 242
B) Un rôle croissant de la Caisse centrale conforté par l'État 243
1. La convention d'objectifs et de gestion 2006-2010, convention clé 243
2. Depuis 2007, l'appui par les LFSS 245
3. La convention d'objectifs et de gestion 2011-2015 sous influence de la RGPP 246
4. Des ambitions stratégiques d'uniformisation 248
C) Forces et faiblesse du régime agricole 249
1. Les valeurs traditionnelles adaptées à une nouvelle gouvernance 249
2. Démocratie sociale et néo-corporatisme 250

Chapitre 2 Le Régime social des indépendants 253

Section 1 DE LA MISE EN PLACE DES RÉGIMES A LA CRÉATION DU RSI 253
§ 1 **Une mise en place progressive dans la diversité** 254
A) Le refus de l'intégration au régime général 254
1. Le refus du régime général par les classes moyennes 254
2. Suite à l'action du CID-UNATI, l'État partenaire. 255
3. L'inutile contestation de la CDCA 257
B) Démocratie sociale et régimes professionnels 258
1. La démocratie sociale par la proximité 258
2. Des régimes au service des indépendants 259
§ 2 **La création du Régime Social des Indépendants** 260
A) La conception par ordonnances 261
1. Un « accouchement aux forceps » 261
2. Après les ordonnances de 2005, des élections peu participatives 262
B) Une mise en place techniquement difficile 264
1. Un interlocuteur social pas vraiment unique 264
2. Des difficultés sous-estimées 265
3. Un bilan négatif pour les assurés et les encaissements 266
Section 2 LA GOUVERNANCE DU RSI 268
§ 1 **Le RSI responsable des régimes de base** 268
A) Une gouvernance proche de celle du régime général 268
1. Une Caisse nationale protéiforme au poids très important dans le régime 268
2. Un conseil d'administration émanant des caisses de base 270
3. Les caisses locales 271

B) La gestion des régimes légaux 273
1. Une démographie atypique 273
2. De multiples sources de financement 274
§ 2 **Les Régimes complémentaires, exemples des évolutions du RSI** 275
A) Des régimes complémentaires en assurance maladie et vieillesse 275
1. Des régimes habituellement rattachés au régime légal d'assurance maladie 275
2. La mise en place des régimes complémentaires retraite 276
3. La gestion financière par la répartition provisionnée 277
B) Les novations du RSI 278
1. La création d'un régime complémentaire des retraites unique 278
2. Les préconisations du Livre blanc du RSI 280
3. Des professions libérales toujours en marge 281
C) L'utilité du régime des indépendants 282
1. Un régime pérennisé dans la douleur 282
2. Une utilité relative du régime ? 284

Titre Deuxième LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE 287

Chapitre 1 Les retraites complémentaires 291
Section 1 DES RÉGIMES DE RETRAITES DE POIDS 291
§ 1 **L'AGIRC et l'ARRCO, des régimes devenus similaires** 292
A) Une création des partenaires sociaux appuyée par la loi 292
1. L'AGIRC, le régime modèle 292
2. De l'extension des régimes à des taux de cotisations uniques 294
3. Les rapprochements des régimes par les accords de 1996 295
B) De régimes « frères » à un régime unique ? 297
1. L'accord du 10 février 2001 sous influence du MEDEF 297
2. L'accord du 18 mars 2011, vers l'uniformisation des régimes 299
3. Devenir des régimes et de l'AGIRC 300
§ 2 **Une gestion paritaire centralisatrice** 302
A) La gouvernance des institutions et fédérations 302
1. Les Institutions de Retraites Complémentaires imposées aux entreprises 302
2. La gestion des régimes par les fédérations AGIRC, ARRCO et leur GIE 304
B) Une gestion des régimes qui demeure autonome 306
1. Des principes de gestion qui demeurent spécifiques 306
2. L'intégration et l'adossement neutres d'autres régimes 308
3. Les contrats d'objectifs 309
Section 2. GROUPES DE PROTECTION SOCIALE ET PARITARISME 310
§ 1 **L'évolution de la gouvernance** 310

A) L'accord fondateur de 1996 310
1. L'origine des GPS 310
2. Des principes de gouvernance de 1996 aux regroupements organisés 311
3. Les rapports Laigre-Langlois et de l'IGAS 313
B) Une nouvelle gouvernance en 2009 314
1. Le rapport sur la gouvernance des GPS 314
2. L'accord du 8 juillet 2009 et ses suites 315
§ 2 **Stratégie et regroupements des Groupes de protection sociale** 317
A) Une stratégie offensive des Fédérations relayée par les GPS 317
1. La stratégie des fédérations : les restructurations par les moyens de gestion 318
2. Pour les GPS, développer la partie assurantielle 319
B) Des regroupements ininterrompus depuis 1996 320
1. Un processus sous le contrôle des fédérations 320
2. Poids et devenir des Groupes 321

Chapitre 2 La Prévoyance complémentaire 325
Section 1 DE LA SOLIDARITÉ AU MARCHÉ 325
§ 1 **Un système devenu assurantiel** 326
A) De la gestion par les bénéficiaires à leur protection 326
1. Des concepts initiaux à ceux de la loi « Évin » 326
2. La transposition chaotique des directives assurances de 1992 327
3. Des règles communes pour les assureurs 329
B) Une mission d'intérêt économique général 330
1. Une gestion des risques prudentielle 330
2. Clauses de désignation et mission d'intérêt économique général 331
§ 2 **Des acteurs de plus en plus proches** 333
A) Les mutuelles et la Mutualité française 333
1. Les mutuelles dans le nouveau code de la mutualité 333
2. La gouvernance rénovée de la Mutualité française 335
B) Les autres intervenants 337
1. Les institutions de prévoyance et le CTIP 337
2. Le monde hétérogène des sociétés d'assurances 339
3. Le régime « local d'Alsace-Moselle » pérennisé par la volonté régionale 340
Section 2 L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE 342
§ 1 **L'UNOCAM incontournable ?** 343
A) Un rôle en expansion 343
1. Une création laborieuse 344
2. À l'origine, un rôle de donneur d'avis 345
3. L'UNOCAM, « copilote » conventionnel 347

B) Vers une limitation des dépassements d'honoraires ? 348
1. La création inaboutie d'un secteur optionnel conventionnel 348
2. L'extension de l'option de coordination, « ersatz » de secteur optionnel 350
§ 2 **Les spécificités de l'assurance maladie complémentaire** 351
A) Un secteur en évolution 351
1. Les relations croisées entre les deux assurances maladie 352
2. Les complémentaires acheteurs de soins par leurs réseaux de professionnels 353
B) Réformer une assurance maladie à deux vitesses ? 354
1. Des aides publiques entraînant une couverture inégalitaire 355
2. La Mutualité française au secours de l'accès aux soins pour tous 356
CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE 361

CONCLUSION GÉNÉRALE 363

ANNEXES 371

Annexe 1 Modalités de Gouvernance par régimes 373
Annexe 2 Composition des Conseils et Conseils d'administration (régime général) 375
Présidences des caisses nationales (régime général de sécurité sociale) 375
Annexe 3 Le « code de la route » des administrateurs d'Europe centrale et orientale ... 377
Annexe 4 Formulaire d'auto-évaluation pour les administrateurs 379
Annexe 5 Charte de la gouvernance du réseau de la MSA 383
Annexe 6 Accord sur la gouvernance des groupes paritaires de protection sociale du 8 juillet 2009 387
Annexe 7 La gouvernance des GPS, groupes d'organismes avec ou sans but lucratif 393
Annexe 8 Cartographie des groupes de protection sociale 395

BIBLIOGRAPHIE 397

INDEX THÉMATIQUE 421

TABLE DES MATIÈRES 441

Titre **: L'évolution de la gouvernance de la Sécurité sociale**

Résumé
Le terme de gouvernance renvoie à des outils (gestion de projets, contractualisation …) et/ou à une collaboration des acteurs avec partage des pouvoirs. Il est utilisé en Sécurité sociale depuis la loi du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie.* Notre recherche examine ce **concept de gouvernance** appliqué à la Sécurité sociale à travers ses régimes de base (général, agricole et des indépendants) et complémentaires (retraites et maladie). Les intervenants y sont nombreux : l'État et ses composantes (Gouvernement, Parlement, administration …), les partenaires sociaux et des exécutifs qui gèrent de nombreux organismes nationaux et locaux. Leur gestion est, par le « *plan Laroque* », de 1945 basée sur la démocratie sociale avec, à terme, l'ambition de créer un régime unique. Pour l'heure, le régime est « général » et couvre l'ensemble des salariés. En 1967, les « *ordonnances Jeanneney* » y mettent en place des caisses nationales gérant chaque risque et le paritarisme dans les conseils d'administration. En 1996, le « *plan Juppé* » fait intervenir la démocratie politique par le vote des lois de financement de la sécurité sociale et une contractualisation entre l'État et les caisses nationales. En 2004, la « *loi Douste-Blazy* » donne une gouvernance spécifique à l'assurance maladie. En 2007, la Révision générale des politiques publiques du Président Sarkozy concerne tous les régimes de base alors que l'intervention des régimes complémentaires se développe. Ces changements amènent à s'interroger sur l'**évolution de cette gouvernance** et sur la question du partage des pouvoirs et de l'existence de contre-pouvoirs : s'agit-il de gouvernance ou de gouvernement de la Sécurité sociale ?

Mots clés : gouvernance ; évolution ; Sécurité sociale ; État ; Assurance maladie ; paritarisme ; démocratie sociale ; organismes nationaux et locaux

Title: **The evolution of the governance of the Social Security**

Summary
The word of governance refers to management processes (project management, contractual agreements) and/or to organized power sharing. It is used in Social Security terminology since the 2004 health insurance law. Our research aims at having a very close look at the concept of governance applied to the Social Security system through its basic subdivisions (general, agricultural and independent) and its supplementary regimes (pensions and sickness). The participants are numerous: the State (Government, Parliament, Civil Service), trade unions and managerial staffs. Since the 1945 "Laroque Plan", the management of Social Security has been based upon social democracy with a final ambition to create a unique system. For the time being, this system is "general" and applies to all the salaried employees. In 1967, the "Jeanneney Ordinances" set up national organizations managing every risk and boards of governors based upon co-management. In 1996, the hallmark of the "Juppé Plan" is political democracy through the vote of an annual finance law for Social Security and contractual agreements (State and national Social Security bodies). In 2004, with the "Douste-Blazy Act", a specific governance of the health insurance is set up. In 2007, the General Revision of Public Policies launched by President Sarkozy applies to the Social Security system as a whole and leads supplementary regimes to develop. These changes involve a lot of questions about the evolution of governance, the extent of power sharing and the existence of countervailing powers, with a key-question : has all this been about governance (power sharing) or about government (State control) of the Social Security?

Keywords: governance; evolution; Social Security; State; health insurance; co-management; social democracy; national and local bodies