

# **DROIT DE LA SECURITE SOCIALE**

**Manuel à l'usage du formateur**



**FORMATION**  
**Secrétaire Médicale**

*VIDAL FORMATION*  
*23 rue Gabriel Péri*  
*31000 TOULOUSE*

## SOMMAIRE

### **Chapitre 1 : Notion de risques et de charges (le principe de Justice Sociale)5**

I- Notion de risques et de charges

II- Le principe de Justice Sociale

### **Chapitre 2 : La Sécurité Sociale (Historique et définition) ..... 6**

I- Les origines de la Sécurité Sociale

II- Définition

### **Chapitre 3 : Le financement de la Sécurité Sociale..... 9**

I- Les cotisations

II- Les impôts et les taxes

III- Les contributions publiques de l'Etat

### **Chapitre 4 : Organisation administrative de la Sécurité Sociale ..... 13**

I- Régime Général

1- Organisation générale

1-1 *L'organisation administrative*

1-2 *L'organisation financière*

1-3 *La gestion de ces organismes*

1-3-a Un conseil d'administration

1-3-b Un directeur

2- Le principe de l'Assurance Maladie

2-1 *La caisse nationale d'Assurance Maladie*

2-2 *Les Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au travail*

2-3 *Les caisses Primaires d'Assurance Maladie*

2-4 *Le service Médical*

3- L'Assurance Vieillesse

3-1 *La caisse nationale de l'Assurance Vieillesse*

3-2 *Les Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au travail*

3-3 *Le Fonds Solidarité Vieillesse (F.S.V.)*

- 4- La branche Allocations Familiales
  - 4-1 *La Caisse Nationale des Allocations Familiales*
  - 4-2 *Les Caisses d'Allocations Familiales*

II- Régime des Professions Indépendantes : la réforme

III- Régime Agricole

1- Généralités

2- La mutualité Sociale Agricole

2-1 *Au niveau national*

2-2 *Au niveau local*

IV- Régimes Spéciaux

**Chapitre 5- La Mutuelle Complémentaire .....22**

I- Définition

II- L'objet

III- L'organisation

**Chapitre 6 : Le système français de santé .....26**

**Chapitre 7 : Comment fonctionne l'Assurance Maladie.....27**

I- L'Assurance Maladie aujourd'hui

1-1 *L'acquisition de la qualité d'assuré social*

1-2 *L'immatriculation et la carte d'assuré sociale*

1-2-a Immatriculation

1-2-b Initiative de l'opération

1-2-c Numéro d'Immatriculation

1-2-d Numéro National d'identification

1-3 *Les remboursements*

1-3-a Les prestations en nature ou frais de santé

1-3-b Les prestations en espèces ou indemnités journalières

1-4 *Le ticket modérateur et le tiers payant*

II- L'informatisation de l'Assurance Maladie

2-1 *Le système Sesam-Vitale*

III- Le contentieux de la Sécurité Sociale

3-1 *Le contentieux Général*

3-1-a La Commission de Recours Amiable

3-1-b Le Tribunal judiciaire

3-1-c La chambre Sociale de la Cour d'Appel

3-1-d La Cour de Cassation

3-2 *Le contentieux du contrôle technique*

**Chapitre 8 : La réforme de l'Assurance Maladie ..... 43**

I- Nouvelle organisation

1- L'UNCAM

2- La Haute autorité de santé

II- Les grands points de la réforme

1- Le dossier médical personnel et la nouvelle carte Vitale avec photo

2- Le médecin traitant

3- La nouvelle feuille de soins avec le parcours de soins coordonnés

4- Le générique

5- Le remboursement des actes et la participation d'un euro et de 24 euros

6- Le contrôle des arrêts de travail

7- Le bouclage financier

**Chapitre 9 : Les professionnels de santé ..... 52**

I- Les diverses catégories

1-1 *Les professions médicales*

1-2 *Les « auxiliaires médicaux »*

1-3 *les « professions de rééducation »*

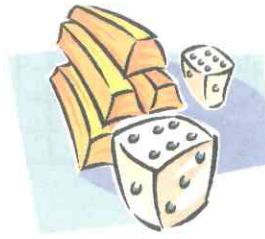
1-4 *les professions administratives*

II- Exercice de la profession

III- Les rapports avec la Sécurité Sociale

**Chapitre 10 : La Protection Universelle Maladie et la Complémentaire Santé Solidaire ..... 55**

Lexique ..... 60



## Chapitre 1 : Notion de Risques et de Charges (le principe de Justice Sociale)

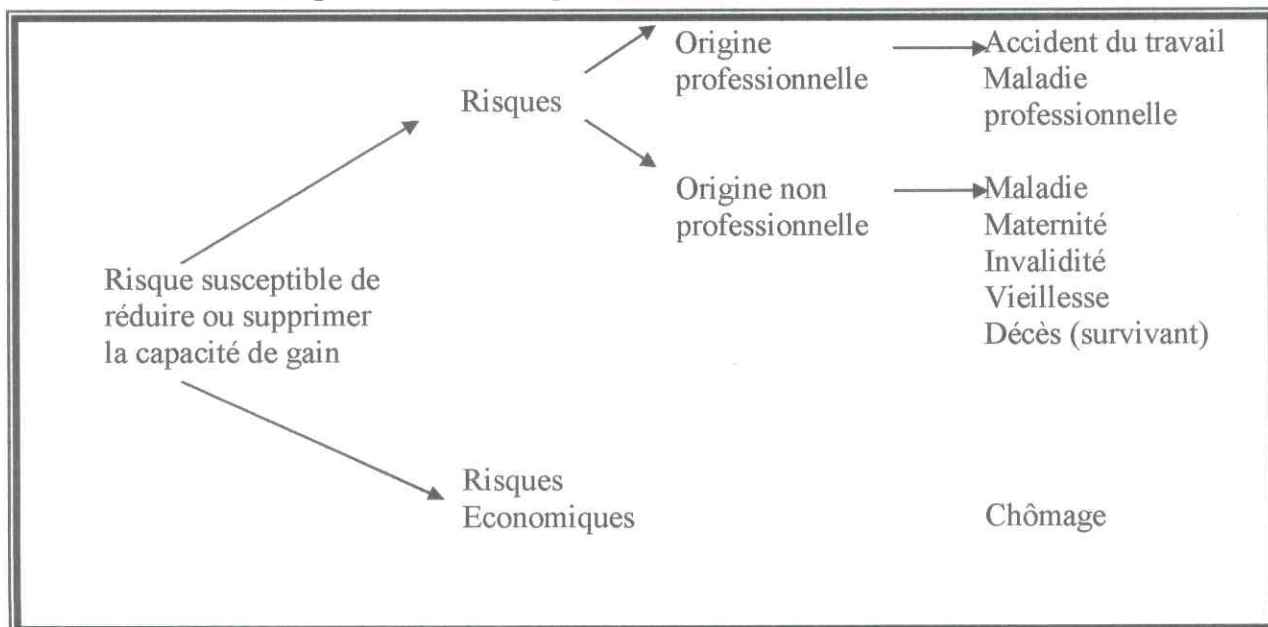
### I- Notion de risques et de charges

Au cours de son existence le salarié se trouve exposé à un certain nombre de risques sociaux entraînant soit une diminution (maladie, invalidité, accident de travail, maladie professionnelles, vieillesse) ou une suppression des ressources (décès), soit une augmentation de dépenses (A.L.D. : Affections de Longue Durée). La sécurité Sociale a pour objet de couvrir les risques sociaux (protéger les salariés contre les risques, aider les charges de famille) grâce aux cotisations salariales et patronales.

### II- Le principe de Justice sociale

Le principe de Justice sociale repose sur les applications suivantes :

- protéger les individus et leurs familles des charges inhérentes aux risques sociaux.
- Reporter ces charges sur la collectivité.





## Chapitre 2 : La Sécurité Sociale (historique et définition)

### I- Les origines de la Sécurité Sociale

Avec la révolution industrielle, l'épargne et l'assurance privée se développent au XIX<sup>ème</sup> siècle. Dès 1818, les premières caisses d'épargne sont créées. Mais les techniques de l'épargne et de l'assurance ne peuvent être utilisées que par les moins malheureux. Pour épargner ou pour s'assurer, il faut des ressources, et ceux dont les besoins sont les plus grands sont souvent ceux dont les ressources sont les plus faibles.

Dans la société du XIX<sup>ème</sup> siècle, la solidarité s'exerce essentiellement à l'intérieur de la famille, mais il existe une différence entre les vieillards encore investis d'un pouvoir par le capital familial dont ils sont détenteurs et ceux qui sont frappés d'impécuniosité dans la mesure où ils ne possèdent pour tout capital qu'une force de travail dévaluée. La vieillesse sans patrimoine du nouveau prolétariat urbain prend la forme de l'indigence et a pour principal recours les institutions charitables, dès lors qu'elle n'est plus capable de travailler.

Le travail jusqu'à la mort ou jusqu'au handicap est la norme de la classe ouvrière. L'épargne et l'Assurance privée étant insuffisants pour assurer une protection sociale au plus grand nombre, l'entraide va se développer avec les sociétés de secours mutuels. La loi du 15 juillet 1850 constitue le premier texte légal sur ces sociétés. La mutualité connaît un certain développement puisque ses effectifs dépassent les 2 millions de membres en 1885.

La nouvelle loi mutualiste de 1898 accentue les moyens d'action des sociétés mutualistes : elles n'ont plus seulement pour objet d'assurer des secours temporaires ou des frais funéraires, mais elles peuvent aussi permettre à leurs membres de se constituer des pensions de retraite, des assurances en cas de vie, décès ou accident. Elles sont autorisées à créer des cours professionnels, des offres de placement, à accorder des allocations chômage, des établissements de soins et des pharmacies en faveur de leurs membres.

En 1939, la mutualité comptait plus de 9 millions de membres. Mais la mutualité repose sur le principe de liberté et son recrutement n'est assuré que par une adhésion librement consentie.

Parallèlement à l'entraide, l'évolution des idées conduit à l'application des principes de l'assistance publique. Trois lois d'assistance sont votées en 1893 (assistance médicale gratuite) 1904 (assistance à l'enfance) 1905 (vieillards, infirmes et incurables).

En 1906, il y avait 1 320 000 personnes secourues notamment dans les départements ouvriers.

Les assurances sociales naissent en Allemagne avec BISMARCK.

En France, la loi du 9 avril 1889 sur les accidents du travail constitue le premier texte de protection sociale obligatoire des travailleurs salariés.

Puis les lois de 1928-1930 instituent un régime d'assurances sociales obligatoires versant des prestations en cas de maladie-maternité-vieillesse-décès.

Le versement des allocations familiales est rendu obligatoire par la loi du 11 mars 1932.

Le plan de Sécurité Sociale de 1945 se propose de garantir à tous les éléments leur subsistance familiale en toutes circonstances. La Sécurité Sociale au sens le plus large c'est : la sécurité de l'emploi, avec élimination du chômage ; la sécurité du gain pour le travailleur et sa compensation de ses charges familiales ; la sécurité de la capacité de travail par l'accès aux soins et une prévention de la maladie et des accidents du travail ; l'attribution d'un revenu de remplacement en cas de maladie, de maternité, d'invalidité, d'accident du travail et lorsque le travailleur atteint un certain âge.

Les auteurs du plan de 1945 (dont Pierre LAROQUE qui fut Directeur de la Sécurité Sociale et le Général DE GAULLE, chef du gouvernement provisoire de la République Française du 3 juin 1944 au 2 novembre 1945) désiraient un régime unique pour tous les français, mais ils durent laisser subsister, d'une part, des organisations spéciales pour certaines catégories de travailleurs qui bénéficiaient d'institutions déjà anciennes répondant aux caractères particuliers de leur activité (ouvriers mineurs, cheminots...) et, d'autre part, le régime particulier des salariés agricoles. La mise en place des nouvelles caisses de régimes généraux créées par l'ordonnance du 4 octobre 1945 s'effectue au cours de l'année 1946 remanie et étend les législations couvrant les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès.

La loi du 22 août 1946 constitue une nouvelle charte des allocations familiales. Malgré cet ensemble de textes, l'universalité de la protection et l'unité des structures ne peuvent être réalisées en raison du maintien des régimes spéciaux et du régime agricole.

Ainsi la Sécurité Sociale regroupe trois législations : les assurances sociales, les prestations familiales, les accidents du travail.

## II- Définition

**1945** : Naissance pour tous de la Sécurité Sociale.

Article 1<sup>er</sup> de la Constitution de 1946 : « Il est institué une organisation de la Sécurité Sociale destinée à garantir les travailleurs et leur famille contre les risques de toutes natures susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent »

Le droit à la protection sociale figure dans divers documents internationaux dont le pacte adopté par l'O.N.U.

La protection sociale des Français est assurée par des institutions relevant d'un régime obligatoire de Sécurité Sociale auquel s'ajoutent des organismes de couverture complémentaire, publics ou privés.





## quels sont les modes de financement de la sécurité sociale ?

### Chapitre 3 : Le financement de la Sécurité Sociale

#### Qui finance la Sécurité Sociale ?

**Les ressources de la protection sociale sont en progression constante.** Elles suivent la croissance des dépenses de protection sociale. Elles se répartissent en trois catégories : "cotisations sociales", "impôts et taxes affectés" et contributions publiques de l'État.

**Depuis quelques années, la part de ces différentes ressources dans le financement de la protection sociale évolue.** En effet, on assiste à une diminution du poids des cotisations sociales, qui restent quand même la première source de financement, et à une augmentation de la part des ressources fiscales, liée notamment à la montée en puissance de la contribution sociale généralisée (CSG). Cette évolution répond à la nécessité de ne pas faire peser le financement de la protection sociale sur les seuls revenus d'activité, et de distinguer le financement des prestations relevant de la solidarité nationale de celles relevant de l'assurance.

La France s'est ainsi rapprochée de **la structure moyenne de financement de la protection sociale des pays de l'Union européenne**, même si elle demeure parmi les pays mettant le plus à contribution les revenus du travail.

#### I- Les cotisations

Le financement de la Sécurité Sociale est assuré principalement par les cotisations obligatoires des salariés et des employeurs. Les cotisations sont versées par les employeurs à un organisme unique : l'U.R.S.S.A.F. (Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales).

Les **cotisations sociales** sont des versements obligatoires effectués par les non-salariés, les employeurs et leurs salariés pour acquérir des droits à des prestations sociales. Il existe des cotisations de Sécurité sociale qui correspondent aux différents risques couverts. Il s'agit des cotisations :

- d'assurance maladie-maternité-invalidité-décès ;
- d'assurance vieillesse ;
- d'assurance veuvage ;
- d'accidents du travail.

*ce sont des prestations sociales*

Les cotisations représentent une part prépondérante des ressources de la protection sociale. En effet, historiquement la protection sociale s'est construite, en France, sur une logique d'assurance sociale inspirée du système de Bismarck en Allemagne à la fin du XIXe siècle. Elle est caractérisée par le versement de cotisations. Cependant, leur poids tend à diminuer depuis 1990 au profit des ressources fiscales, mais aussi en raison des exonérations sur les cotisations employeurs.

20) A cela il faut rajouter : le prélèvement social pour financer les retraites qui est de 2,2 % auquel s'ajoute 0,30 % de contribution de solidarité autonomie (contribution additionnelle au prélèvement social). En effet, depuis le 1er juillet 2004, la nouvelle contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) a été mise en œuvre. Elle est due par les employeurs privés et publics redevables de la cotisation patronale d'assurance maladie. Son taux est de 0,30 %.

30) Et il faut rajouter le prélèvement RSA pour financer le revenu de solidarité active : 1,1 %.

## Les impôts et les taxes

**Les impôts et taxes représentent environ 13% des recettes du régime général.**

**Le financement fiscal par les "impôts et taxes affectés"** (ITAF) constitue une part croissante des ressources de la protection sociale. Cette progression répond à la nécessité de ne pas faire peser le financement des prestations sociales uniquement sur les revenus du travail, et de distinguer le financement des prestations relevant de la solidarité nationale de celles de l'assurance.

Les "impôts et taxes affectés" sont des ressources fiscales affectées au financement des prestations sociales ou au financement des dépenses spécifiques de certains régimes d'assurances sociales. On distingue :

- les transferts de ressources fiscales versés de manière permanente au régime des exploitants agricoles ;
- la Sécurité sociale perçoit la TVA brute sur les tabacs, les produits pharmaceutiques, les alcools, les produits de santé ; les impôts sur les produits (droits de consommation sur les alcools et le tabac, taxes sur les assurances automobiles, taxe sur les activités polluantes...) ; Dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale 2012, le Gouvernement a décidé la création d'une nouvelle taxe sur les boissons sucrées qui doit permettre de financer la Sécurité Sociale à hauteur de 120 millions d'euros.

La Sécurité sociale perçoit une fraction du droit de consommation sur les tabacs, des droits de licence sur la rémunération des débitants de tabac, des droits de consommation et de circulation perçus sur les boissons alcoolisées ou non alcoolisées, d'une fraction de la contribution sur les boissons contenant des

C'est le premier impôt direct en France devant l'impôt sur le revenu. Elle représente environ 20,4 % des recettes du régime général de la Sécurité Sociale. Le taux est de : 9,2 %.

**C.R.D.S.** : la Contribution pour le remboursement de la Dette Sociale a été créée en 1996 par la réforme Juppé. ✓  
Le taux de la CRDS s'élève à 0,50 % ✓ Conçue à l'origine comme transitoire, la CRDS est aujourd'hui pérennisée.

### III Les contributions publiques de l'Etat

**Les contributions publiques de l'État** financent des dépenses de solidarité (ex : RSA, Fonds de solidarité vieillesse, afin de financer des dispositifs vieillesse de solidarité, comme le minimum vieillesse), une partie des exonérations de cotisations employeurs pour les bas salaires (en vue de favoriser le développement ou le maintien de l'emploi), et subventionnent des régimes de façon permanente ou en cas de difficultés (ex : les régimes de retraite de certaines professions dans lesquelles le nombre d'actifs cotisants est inférieur au nombre de retraités, dans le cadre de mécanismes de compensation démographique et pour assurer l'équilibre de certains régimes de retraite).

sucres ajoutés ; elle perçoit des taxes sur l'industrie pharmaceutique (médicaments et dispositifs médicaux) ; des prélèvements opérés sur les jeux, concours et paris (y compris en ligne) ; de la taxe sur les véhicules de société, la contribution sur les véhicules terrestres à moteur ; de la fraction de la taxe sur les conventions d'assurance assise sur les contrats solidaires et responsables.

– les impôts sur les salaires et la main d'œuvre : la taxe sur les salaires ;

– la contribution sociale de solidarité des sociétés ;

– Les députés ont dit oui à la **TVA sociale**. Cette majoration de la TVA de 19,6 % à 20 % a été adoptée. Pour le Gouvernement, cette hausse doit servir la compétitivité des entreprises françaises grâce à la baisse des charges patronales qu'elle compensera (baisse de 13 milliards d'euros de charges patronales) ; La «TVA sociale» : c'est une hausse de la TVA pour financer une partie de la protection sociale. Ce qu'on appelle mettre en place un dispositif de TVA sociale consiste, d'une part, à diminuer les cotisations patronales (et éventuellement salariales) et, d'autre part, à augmenter le taux de TVA (taux réduit et/ou taux normal) et à affecter au budget de la Sécurité sociale les recettes fiscales correspondantes.

– les impôts sur le revenu et le patrimoine. Ces derniers constituent la part la plus importante des "impôts et taxes affectés". La contribution sociale généralisée (CSG), créée en 1991, est la principale ressource de ce type (65 % des impôts et taxes affectés en 2006). S'y ajoutent le prélèvement de 2 % sur les revenus des capitaux et des valeurs mobilières, et d'autres contributions plus mineures.

**C.S.G.** : La Contribution Sociale Généralisée n'est pas une cotisation sociale mais un impôt et a été mise en place en 1991. C'est un prélèvement opéré sur l'ensemble des revenus. Son produit finance les régimes d'assurance maladie, la branche famille mais aussi le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). La CSG a été créée à l'initiative du gouvernement de Michel Rocard pour diversifier le financement de la protection sociale. La CSG est assise sur l'ensemble des revenus des personnes domiciliées en France : revenus d'activité, de remplacement, du patrimoine, tirés du jeu. Elle s'applique à taux divers aux : salaires et allocations de préretraite ; allocations de chômage et indemnités journalières ; pensions de retraite et pensions d'invalidité ; revenus du patrimoine et produits de placement ; sommes engagées ou réalisées à l'occasion des jeux. La CSG sur les revenus d'activité et de remplacement est prélevée à la source par les organismes de recouvrement des cotisations sociales. Celle perçue sur les revenus du patrimoine, les produits de placement et les sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion des jeux est recouvrée par l'administration fiscale.

Instituée par la loi de finance pour 1991, la CSG n'est que partiellement déductible du revenu imposable.

La PUMA = 2016 =  
Protection Universelle Maladie  
mise en œuvre ses bases de santé  
sans rupture de droits



## Chapitre 4 : Organisation administrative de la Sécurité Sociale

La généralisation de la Sécurité Sociale s'est faite par juxtaposition des régimes distincts et non par une intégration dans un régime unique. A côté de la mise en place du régime général, ont subsisté d'autres régimes spécifiques à certaines professions.

Initialement, et sur leur demande, commerçants, artisans, professions libérales, exploitants agricoles sont écartés du régime général. D'autres particularismes sont maintenus : mineurs, militaires, continuent de bénéficier d'un régime spécial.

Le système de Sécurité Sociale comprend donc **trois grands régimes** :

### Régime Général :

- salariés,
- (toute personne qui ne dépend pas d'un régime),
- ancien régime des professions indépendantes (RSI) : commerçants, artisans, professions libérales, professions industrielles.

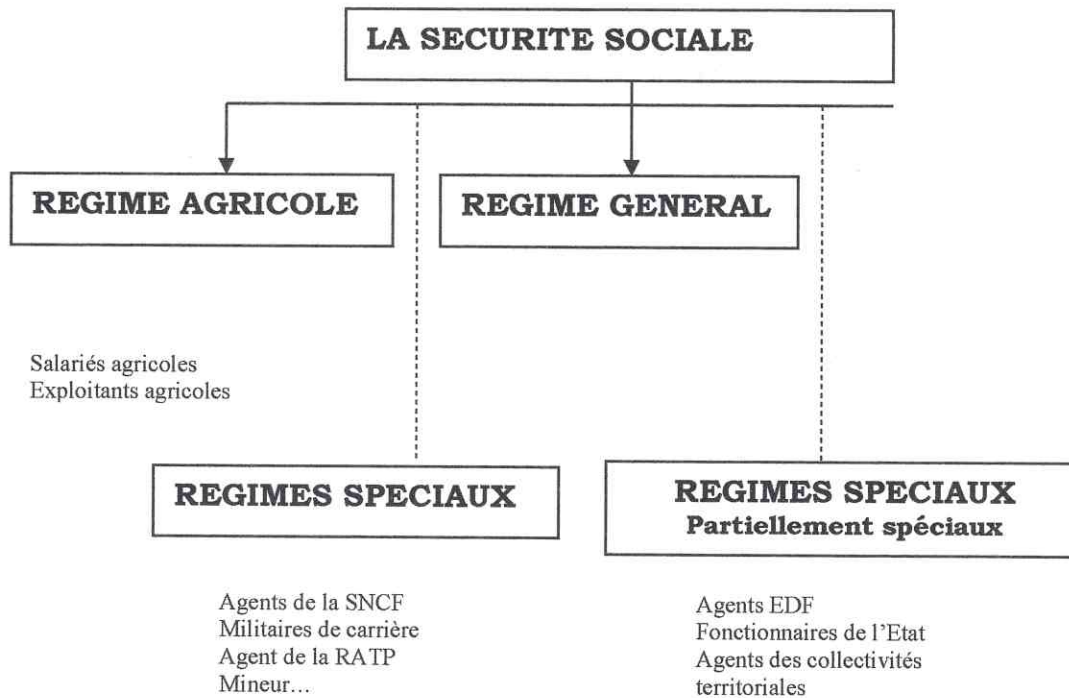
Loi 2018 = Proj. Lelièvre  
à l'indépendant  
2018 = Réforme  
Aerang

### Régime Agricole :

- Exploitants,
- salariés agricoles.

### Régimes Spéciaux :

- **Régimes intégralement spéciaux** : régimes qui couvrent la totalité des risques : certaines catégories de salariés (SNCF-Mine-Militaires de carrière-Agents de la RATP).
- **Régimes partiellement spéciaux** : régimes qui couvrent certains risques, leurs bénéficiaires étant rattachés pour les autres au régime général (Fonctionnaires-Agents des collectivités locales-EDF/GDF).



## I-Régime Général

80% de la population relève du Régime Général. D'un point de vue financier, il existe **cinq branches** gérées par **quatre Caisses Nationales** :

- maladie, maternité, invalidité, décès : gérée par la CNAMTS
  - accidents du travail et maladies professionnelles : gérée par la CNAMTS
  - vieillesse et veuvage : gérée par la CNAVTS
  - famille : gérée par la CNAF
  - autonomie : gérée par la CNSA
- autres caisses : 4 - 3. ?*

### 1- Organisation générale

#### 1-1- L'organisation administrative

Elle repose sur des caisses locales et régionales qui sont des organismes de droit privé chargés d'un service public.

Elle est coordonnée par trois caisses nationales, établissements publics à caractère administratif.

Au niveau national, l'Union des Caisses nationales de Sécurité Sociales est chargée des tâches d'intérêt commun aux organismes nationaux.

### 1-2- L'organisation financière

Le financement est assuré en grande partie par des cotisations versées par les employeurs et les salariés assises sur les salaires dont le taux est fixé par le gouvernement.

Des organismes locaux, les Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations familiales, sont chargés de recouvrer les cotisations, et sont placés sous le contrôle de l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale qui gère la trésorerie de l'ensemble du régime général.

### 1-3-La gestion de ces organismes

Elle est assurée de façon autonome par :

- **Un Conseil d'Administration** dont la composition est variable selon l'organisme et qui :
  - établit les statuts et le règlement intérieur,
  - vote les différents budgets (gestion administrative, action sanitaire et sociale...),
  - contrôle l'application, par l'équipe de direction, des lois, des règlements et de ses décisions,
  - nomme le personnel de direction.
  
- **Un Directeur**, salarié de droit privé, il est nommé par le Conseil d'Administration à partir d'une liste d'aptitude publiée annuellement au Journal Officiel et agréé par le ministre chargé de la Sécurité Sociale. Ses attributions sont les suivantes :
  - mettre en œuvre la réglementation de la Sécurité Sociale,
  - appliquer les décisions prises par le Conseil d'administration,
  - élaborer les budgets,
  - assurer la responsabilité de la gestion du personnel et du fonctionnement des services.

## 2- Le principe de l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie est fondée sur le principe de la **Solidarité**. C'est le **système d'entraide** mis au point par les français pour que chacun soit à égalité de droits, protégé contre la maladie.

Ainsi, que l'on soit jeune ou âgé, riche ou pauvre, actif ou non, **l'objectif de l'Assurance Maladie est de permettre à chacun de recevoir, dans les mêmes conditions, les soins qui lui sont indispensables.**

↳ **L'assurance maladie protège** des conséquences de la maladie, la maternité, l'invalidité, le décès, les accidents de travail et de trajet, des maladies professionnelles.

↳ **Elle rembourse** tout ou partie des dépenses de santé engagées par l'assuré ou ses ayants droit : **Prestations en nature.**

↳ **Elle compense** la perte de salaire subie par l'assuré en cas d'arrêt de travail dû à son état de santé ou pour cause de maternité : **Prestations en espèce.**

### 2-1-La caisse Nationale d'Assurance Maladie (une seule CNAM)

- Elle assure la gestion des fonds nationaux de couverture des risques et répartit les dotations budgétaires des caisses de base,
- elle émet un avis sur tous les projets de lois et règlements concernant son champ de compétence,
- elle supervise le fonctionnement des caisses primaires et définit les méthodes d'organisation et de gestion (informatisation par exemple),
- elle négocie avec les organisations syndicales des professions de santé des conventions qui organisent leurs rapports dans le cadre du système de distribution de soins,
- elle organise et dirige le service médical,
- elle anime les actions de prévention de la maladie et d'éducation pour la santé ainsi que les actions de prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles.

### 2-2- Les Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (14 CARSAT) *CARSAT*

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, les CRAM (Caisses Régionales d'Assurance Maladie) ont changé de nom et se nomment désormais les *CARSAT*.

- Elles mènent une politique de prévention des accidents de travail et de trajet, et des maladies professionnelles,
- elles calculent le montant des cotisations dues par les entreprises en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles,
- elles participent en contrôle budgétaire des hôpitaux publics : elles interviennent notamment dans la procédure du budget global,
- elles déterminent par convention le prix de journée des établissements privés disposant des soins aux assurés sociaux,
- elles contribuent au financement d'investissements dans le domaine sanitaire et social,
- elles organisent le service social de la branche maladie pour l'ensemble des caisses primaires de la région.



### 2-3- Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (102 CPAM)

Il y a 4 caisses générales de Sécurité Sociale (CGSS) dans les départements d'Outre-mer et en Alsace il y a 5 CPAM.

- Elles assurent les opérations les plus courantes pour l'utilisateur : immatriculation, services des prestations,...
- elles participent à l'organisation des rapports avec les professions de santé et les établissements de soins,
- elles mènent des actions d'information et d'éducation pour la santé,
- elles proposent des examens de santé gratuits,
- elles accordent des prestations supplémentaires et des secours.

### 2-4- Le Service Médical

Il joue un rôle :

- de **conseil** auprès des Conseils d'Administration et des services administratifs,
- de **contrôle** et de conseil auprès des assurés et professionnels de santé.

On distingue **trois niveaux d'intervention** :

- L'échelon national : sous la responsabilité du Directeur de la Caisse Nationale, le médecin-conseil national exerce une fonction de conseil auprès des services administratifs et du Conseil d'Administration. Il assure la gestion du corps des praticiens-conseils et l'harmonisation du fonctionnement des différents échelons.
- L'échelon régional : sous la direction du médecin-conseil régional, il assure la gestion des services de contrôle médical des caisses de la région. Il est le conseiller technique de ces caisses en matière d'action sanitaire et sociales et de prévention.
- L'échelon local : c'est le niveau opérationnel du service médical. Dirigé par un médecin-conseil chef de service, il est composé de médecins, de chirurgiens-dentistes, de pharmaciens-conseils, d'agents enquêteurs et de personnel de secrétariat. L'ensemble des praticiens-conseils exerce une double mission de contrôle et de conseil auprès des assurés et des professions de santé.

### 3- L'Assurance Vieillesse

Elle protège l'assuré social des conséquences financières de la vieillesse.

Elle finance des actions dans le cadre d'une politique d'aide aux personnes âgées.

### 3-1- La caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse (CNAV)

- Elle assure la gestion de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage,
- elle organise l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées (dans le cadre d'un programme fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale),
- elle propose au gouvernement toute mesure concernant l'équilibre financier.

### 3-2 Les CARSAT

- Elles traitent de tout ce qui concerne l'information des assurés, la constitution et le versement des retraites,
- elles mènent une politique individualisée d'aide aux personnes âgées.

### 3-3- Le Fonds Solidarité Vieillesse (F.S.V.)

C'est un établissement public à caractère administratif créé par la loi du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1994, il a pour mission principale de prendre en charge le financement d'avantages vieillesse à caractère non contributif qui relèvent en fait de la solidarité nationale (prestations diverses du minimum vieillesse, majoration pour enfants et conjoint à charge, etc.)

Ses ressources proviennent essentiellement d'une partie de la Contribution Sociale Généralisée (C.S.G.) et des droits sur les alcools et boissons non alcoolisées.

## 4- La branche d'Allocations Familiales

Elle **contribue** aux charges occasionnées par la présence d'un ou plusieurs enfants.

### 4-1- La Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF)

- Elle assure la gestion des fonds nationaux des allocations familiales pour l'ensemble des régimes de salariés et de non-salariés,
- elle gère un fond d'action sociale,
- elle assure les dotations budgétaires des caisses d'allocations familiales et supervise l'organisation et le fonctionnement de celles-ci.

## II- Régime des Professions Indépendantes

Le **Régime Social des Indépendants**, né en 2006 de la fusion des caisses de protection sociale des chefs d'entreprise est **une caisse de Sécurité sociale, administrée par des représentants de ses assurés**, artisans, commerçants et professions libérales.

Il effectue une mission de service public en gérant la **protection sociale obligatoire** de plus de 5,6 millions de chefs d'entreprise indépendants et de leurs ayants-droit.

Le Sénat a voté le 15 novembre 2017, après l'Assemblée nationale, la disparition progressive du décret Régime social des indépendants (RSI) à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018, qui est adossé au régime général. La mesure, incluse dans le projet de budget de la Sécurité sociale, a été votée par 175 voix pour et 2 contre.

La suppression de ce régime, plombé par de nombreux dysfonctionnements depuis sa création par la droite en 2006, était une promesse de campagne d'Emmanuel Macron. Une période transitoire de deux ans a été prévue pour intégrer les indépendants au régime général.

## III- Régime Agricole

### 1- Généralités

**C'est un régime obligatoire de Sécurité Sociale, le plus important après le régime général.**

La population protégée comprend :

- Les **salariés agricoles** qui bénéficient des mêmes prestations que les salariés du régime général,
- Les **exploitants agricoles et aides familiaux** qui sont soumis à des régimes propres en ce qui concerne : vieillesse, invalidité et accidents de la vie privée.

L'administration de ce régime est confiée à un réseau unifié de caisses spécifiques.

### 2- La mutualité Sociale Agricole (M.S.A.)

#### 2-1- Au niveau national

Trois caisses nationales, regroupées en Union des Caisses Centrales, correspondent aux 3 branches dont la gestion est confiée à la M.S.A. :

- **une caisse centrale de secours mutuels agricoles** (assurances sociales et accidents du travail des salariés),
- **une caisse centrale d'allocations familiales agricoles,**
- **une caisse nationale de vieillesse agricole.**

#### 4-2 Les Caisses d'Allocations Familiales

- Elles versent les prestations familiales dues aux salariés ainsi qu'aux membres des professions indépendantes autres qu'agricoles et à certaines personnes ne justifiant d'aucune activité professionnelle,
- Elles mènent une action sanitaire et sociale en faveur de leurs ressortissants et leurs familles sous forme d'aides individuelles ou de services collectifs,
- Elles servent pour le compte de l'Etat :
  - l'Aide Personnalisée au Logement (APL),
  - l'Allocation de Logement Social (ALS),
  - l'Allocation aux adultes handicapés (AAH),
  - le Revenu de solidarité active (RSA),
  - l'Aide aux Personnes Agées (APA),
  - l'Allocations Familiales (AF),
  - l'Allocation pour jeune enfant (APJE),
  - le Complément Familial (CF),
  - l'Allocation d'Education Spéciale (AES),
  - l'Allocation de Soutien Familial (ASF),
  - l'Allocation de Rentrée Scolaire (ARS),
  - l'Allocation Parentale d'Education (APE),
  - l'Allocation de Logement à caractère Familial (ALF),
  - l'Aide à la Famille pour l'Emploi d'une Assistante Maternelle Agréée (AFEAMA),
  - l'Allocation de Garde d'Enfant à Domicile (AGED),
- Elles peuvent intervenir pour aider leurs allocataires à recouvrer des créances alimentaires.

Ces caisses coordonnent l'action des caisses départementales et assurent la compensation des charges.

Il faut distinguer la « Mutualité Sociale Agricole » : régime obligatoire de Sécurité Sociale, et les « Assurances Mutuelles » : assurances privées qui couvrent certains risques spécifiques du monde rural (grêle, matériel d'exploitation...).

#### 2-2- Au niveau local

- Une caisse départementale de mutualité sociale agricole.

Cette caisse gère l'ensemble des prestations sociales des salariés et non salariés de l'agriculture :

- assurance maladie,
- assurance vieillesse,
- prestations familiales,
- accidents du travail des salariés.

Chaque caisse est administrée par un Conseil d'Administration et gérée par un directeur avec une équipe d'agents de direction.

#### **IV- Régimes spéciaux**

Le désir d'autonomie et le refus du régime général de sécurité sociale ont laissé subsister des régimes intégralement spéciaux et des régimes partiellement spéciaux.



## Chapitre 5 : La mutuelle complémentaire

Les mutuelles relevant du Code de la Mutualité, forment une constellation de groupements (environ 6700) issus d'un mouvement qui plonge ses racines au début du XIX<sup>ème</sup> siècle.

### I- La définition :

***Les mutuelles sont des groupements de droit privé, à but non lucratif, qui mènent, dans l'intérêt de leurs membres et de leurs familles, des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide. La liberté d'adhésion et de choix caractérise la mutuelle par rapport aux organismes de sécurité sociale.***

Il n'est pas obligatoire d'avoir une mutuelle, c'est un choix.

### II- L'objet :

- Elles assurent les risques sociaux liés à la personne, à l'exclusion des dommages survenant aux biens ou à des tiers. Elles offrent **une couverture sociale complémentaire à l'assurance maladie des organismes de sécurité sociale**. Elles versent également des rentes ou des capitaux correspondant aux risques accident, invalidité, vie-décès et vieillesse; mais ce type de prestations ne peut être versé que par l'intermédiaire d'une caisse autonome mutualiste, seule habilitée à gérer des risques à long terme dans le cadre de la mutualité.
- Elles proposent à leurs adhérents, l'accès à différents services à caractère sanitaire, retraite, médico-social ou culturel (cliniques, centres dentaires ou d'optique, maison de retraite, centre de vacances...)

D'autre part, tout groupement mutualiste d'au moins 100 membres est habilité de plein droit, à sa demande, à jouer un rôle de section locale ou de correspondant de caisse d'assurance maladie pour ses membres.

L'Assemblée nationale et le Sénat ont définitivement adopté jeudi 15 février 2018 le projet de loi relatif à l'orientation des étudiants dont l'article 11 met un terme à la délégation de gestion de l'assurance maladie obligatoire dont bénéficiaient les mutuelles étudiantes depuis 1948.

Cette suppression du Régime étudiant de sécurité sociale (RESS) s'est faite en deux étapes. Les nouveaux étudiants, qui ont fait leur première rentrée en 2018, ont été rattachés au régime général de la sécurité sociale. Depuis le 31 août 2019, les mutuelles étudiantes (en l'occurrence le LMDE et les dix mutuelles régionales) sont devenues donc de purs organismes complémentaires et le régime étudiant de sécurité sociale a disparu. La cotisation des étudiants à l'assurance maladie, qui s'élevait à 217 € est également supprimée. Elle est remplacée par une contribution de 90 € destinée à favoriser l'accueil et l'accompagnement social, sanitaire, culturel et sportif des étudiants et à conforter les actions de prévention et d'éducation à la santé réalisées à leur intention. Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2019, les étudiants sont rattachés à la caisse primaire d'assurance maladie de leur lieu de résidence.

### III- L'organisation

Les mutuelles sont régies par le code de la mutualité. L'Etat assure un contrôle juridique et financier et fixe des statuts-type. Les mutuelles peuvent constituer entre elles des **unions**, elles-même susceptibles de se grouper en **fédérations**, comme l'importante Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF). Un conseil Supérieur de la Mutualité, dont le rôle est consultatif, est instauré auprès du ministre chargé de la sécurité sociale. Le fonctionnement d'un groupement mutualiste est assuré, dans le cadre de ses statuts, par deux organes :

- **L'assemblée générale** : composée des adhérents ou de leurs délégués, elle se réunit au moins une fois par an, sur convocation du Conseil d'administration. Elle est seule compétente pour un certain nombre de points (modification des statuts, règlement des services et œuvres sociales...). Elle délibère sur les questions qui lui sont soumises par le conseil d'administration.
- **Le conseil d'administration** : élu par l'assemblée générale, il est chargé d'appliquer la loi, les statuts et les décisions de l'assemblée générale, et d'accomplir tous les actes nécessaires à la gestion courante. Les ressources sont essentiellement constituées des cotisations des adhérents.

**A noter** : la loi Châtel du 28 juillet 2005 tend à conforter la confiance et la protection du consommateur.

L'objectif de cette loi est de faciliter la résiliation des contrats à tacite reconduction tout domaine confondu.

Désormais la loi oblige le prestataire à informer le client de sa faculté de renonciation.

**Remarque** : mutuelle d'entreprise, les obligations de l'employeur.

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, une couverture complémentaire santé collective obligatoire doit être proposée par l'employeur du secteur privé à tous les salariés, n'en disposant pas déjà, en complément des garanties de base

d'assurance maladie de la Sécurité sociale. Tous les employeurs, y compris les associations, quelle que soit la taille de l'entreprise, sont concernés (seuls les particuliers employeurs sont exclus).

La loi du 14 juin 2013 prévoit en effet la généralisation de la couverture santé à l'ensemble des salariés du secteur privé et a donné la priorité à la négociation collective. Ainsi, un premier niveau de négociation au sein de chaque branche professionnelle devait être engagé. À défaut d'accord conclu, l'employeur et les représentants du personnel devaient engager des négociations au sein de chaque entreprise.

Si aucune de ces négociations n'a permis de conclure un accord, l'employeur est alors tenu, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, de mettre en place une couverture au moins égale à un panier de soins minimum. La moitié du financement de la couverture collective à adhésion obligatoire mise en place doit être prise en charge par l'employeur.

Les partenaires sociaux de la branche peuvent recommander un organisme assureur. Dans ce cas, cette recommandation doit intervenir après une procédure de mise en concurrence préalable. Les entreprises restent libres de choisir l'organisme assureur de leur choix.

La couverture des ayants droit (enfants ou conjoint) n'est pas obligatoire. Les partenaires sociaux ou l'employeur peuvent toutefois décider de couvrir les ayants droit à titre obligatoire.

En cas d'employeurs multiples, un salarié déjà couvert par un contrat collectif de l'un de ses employeurs peut refuser de souscrire aux autres contrats. Il doit justifier de cette protection par écrit auprès des autres employeurs.

Selon un projet de décret, il est prévu une aide versée pour la couverture santé des salariés en CDD jusqu'à 3 mois ou à temps partiel (avec un temps de travail hebdomadaire inférieur ou égal à 15 heures). L'employeur devra payer l'équivalent de 125 % de la cotisation mensuelle versée pour les autres salariés, et de 105 % pour les travailleurs à temps partiel.

La couverture collective obligatoire doit remplir les conditions suivantes :

- la participation financière de l'employeur doit être au moins égale à 50 % de la cotisation (le reste à la charge du salarié),
- le contrat doit respecter un socle de garanties minimales (panier de soins minimum),
- la couverture est prévue pour l'ensemble des salariés, ou pour une ou plusieurs catégories d'entre eux (définies à partir de critères objectifs, généraux et impersonnels),





## Chapitre 6 : Le système français de santé

Le système français de santé est fondé sur le principe du libre choix. L'assuré choisit librement son praticien ainsi que les auxiliaires médicaux, fournisseurs de produits pharmaceutiques ou appareils, laboratoires d'analyses ou d'examens. Le médecin a droit à la libre prescription et à la libre installation. En fait, la sécurité sociale contrôle aujourd'hui le médecin au niveau de la prescription notamment de la quantité.

Il existe 3 principaux secteurs d'activité pour les médecins :

1) Les médecins de secteur 1 : Ce sont les médecins conventionnés qui appliquent les tarifs conventionnels de remboursement.

2) Les médecins de secteur 2 : Ce sont les médecins qui peuvent pratiquer la liberté des honoraires avec tact et mesure. Ce sont des spécialistes pour la plupart ou d'anciens internes et de vieux médecins (choix donnés en 82/83) pour rester en secteur 2.

Les médecins sont tenus d'afficher dans la salle d'attente leur appartenance à l'un des secteurs de la convention. Les dépassements de tarif ne sont pas remboursés par la Caisse primaire d'Assurance Maladie. Certains médecins conventionnés ont un droit permanent à dépassement, mais ce dépassement n'est pas remboursé.

3) Enfin quelques médecins non conventionnés (secteur 3), volontairement ou non. Dans ce cas, le remboursement est symbolique. Dans cette catégorie, on trouve aussi des ostéopathes.

- le contrat est obligatoire pour les salariés, sauf dans certains cas.

La participation de l'employeur doit couvrir au minimum la moitié du financement de l'ensemble de la couverture santé collective et obligatoire des salariés en matière de remboursement complémentaire des frais de santé ou de maternité, même si elle est supérieure à la cotisation minimale.

Le panier de soins minimal concerne les garanties suivantes :

- intégralité du ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie sous réserve de certaines exceptions,
- totalité du forfait journalier hospitalier en cas d'hospitalisation,
- frais dentaires (prothèses et orthodontie) à hauteur de 125 % du tarif conventionnel,
- frais d'optique forfaitaire par période de 2 ans (annuellement pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue) avec un minimum de prise en charge fixé à 100 € pour une correction simple.



## Chapitre 7 : Comment fonctionne l'Assurance Maladie ?

### I- L'assurance Maladie aujourd'hui

#### 1-1 L'acquisition de la qualité d'assuré social

La majorité des assurés sociaux sont des personnes obligatoirement assujetties.  
L'affiliation obligatoire comprend :

- **L'assujettissement** : c'est la reconnaissance de la qualité d'assuré social à l'égard d'un régime de protection sociale.
- **L'immatriculation** : c'est l'inscription qui donne lieu à un numéro d'identification plus une carte de Sécurité Sociale.
- **L'affiliation** : c'est l'opération administrative par laquelle un assuré est obligatoirement rattaché à un organisme pour le service des prestations.

#### 1-2 L'immatriculation et la carte d'assuré social

##### 1-2-a Immatriculation

L'immatriculation est l'opération administrative par laquelle une personne est inscrite sur la liste des assurés sociaux. Cette inscription donne lieu à l'attribution d'un numéro d'identification et d'une carte de sécurité sociale. Cette immatriculation n'a pas à être renouvelée ni modifiée ; si l'intéressé change de caisse, le numéro reste le même. Cette opération n'est pas suffisante pour obtenir des droits sociaux.

##### 1-2-b Initiative de l'opération

L'employeur doit déclarer à la Caisse Primaire Nationale d'Assurance Maladie son salarié dans les huit jours de son embauche. Cette formalité s'accomplit au moyen d'un imprimé auquel il convient de joindre une pièce d'état civil du salarié.

Le salarié peut accomplir lui-même ces formalités si l'employeur est négligent.

Si le salarié est déjà immatriculé, il conserve sa carte d'assuré social ; il convient éventuellement de l'inviter à faire une déclaration de changement de résidence auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

#### 1-2-c Numéro d'immatriculation

Le numéro provisoire est attribué par Caisse d'affiliation lors du déclenchement des opérations d'identification auprès de l'I.N.S.E.E ; Il permet le paiement immédiat des prestations sous réserve de l'ouverture des droits.

#### 1-2-d Numéro Nationale d'identification

C'est le numéro définitif attribué par l'I.N.S.E.E. à l'issue des opérations d'identification. Le numéro national d'identification représente l'état civil de l'assuré en 15 chiffres séparés en 6 composantes.

#### **Exemple de numéro d'identification : 2 45 05 59 350 178 54**

**2** : 1<sup>ère</sup> composante : un chiffre indique le sexe de la personne (1 : masculin ; 2 : féminin).

**45** : 2<sup>ème</sup> composante : Deux chiffres qui sont les deux derniers chiffres de l'année de naissance.

**05** : 3<sup>ème</sup> composante : Deux chiffres qui indiquent le mois de naissance (01 à 12, de janvier à décembre)

**59 350** : 4<sup>ème</sup> composante : Cinq chiffres qui identifient le lieu de naissance (le département, le numéro de la commune)

**178** : 5<sup>ème</sup> composante : Trois chiffres qui représentent le numéro d'ordre attribué par l'I.N.S.E.E. (au moment où on a eu le numéro définitif)

**54** : 6<sup>ème</sup> composante : Par mesure de sécurité la clé est nécessaire au contrôle informatique.

Ce numéro d'identification est celui d'une personne de sexe féminin, née au mois de Mai 1945 dans le département du Nord de Lille.

puuma = report droit d'avoir une  
nos etc

### 1-3 Les remboursements

L'Assurance maladie accorde deux types de remboursement :

#### 1-3-a Les frais de santé ou prestations en nature

Les frais de santé (anciennement appelés prestations en nature) visent à rembourser les dépenses de santé engagées par l'assuré et ses ayants droit pour se soigner : consultations, visites, frais pharmaceutiques, hospitalisations, examens de laboratoire, actes infirmiers, de kinésithérapie, etc. Les frais de santé couvrent les coûts médicaux, paramédicaux et les frais de pharmacie, d'appareillage et d'hospitalisation.

Depuis le 01/10/2016, avec la PUMA (Protection Universelle Maladie), les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est prise en compte (voir chapitre 10).

Avant cette date, le droit à la prise en charge des frais de santé était subordonné soit à un versement d'un certain montant de cotisations, soit à un nombre d'heures de travail durant chaque période de référence.

Avec l'introduction de la PUMA, la notion d'ayant-droit pour les personnes majeures disparaît, même si ces dernières sont sans activité professionnelle. Seules les mineurs continuent d'avoir le statut d'ayant-droit, qui prend fin au plus tard au 30 septembre de l'année au cours de laquelle ils atteignent l'âge de 18 ans, qu'ils poursuivent ou non des études dans certains établissements d'enseignement, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une activité professionnelle. Toutefois les mineurs de plus de 16 ans peuvent demander à être assurés à titre personnel.

### **Hospitalisation**

L'assuré peut être hospitalisé soit dans un établissement public, soit dans un établissement privé, selon son choix.

A l'entrée, il doit remettre :

- un certificat du médecin attestant la nécessité de l'hospitalisation,
- la carte d'assuré social en cours de validité.

### **Hospitalisation à l'Hôpital public et dans les cliniques conventionnées :**

Si l'assuré est pris en charge à 100%, il n'a pas à faire l'avance des frais. L'établissement se fait régler les frais de séjour et les honoraires directement par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Il doit payer, sauf pour quelques cas particuliers, un forfait journalier de 20 euros au 01/01/2018 représentant les frais de nourriture (participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien pour toute hospitalisation de plus d'une journée).

S'il n'est pas pris en charge à 100%, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie paie directement à l'établissement 80% des frais, les 20% restant à la charge de l'assuré représentant la part du ticket modérateur.

### **Hospitalisation en clinique non conventionnée**

L'assuré ne bénéficie pas de la prise en charge préalable par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Il doit régler la totalité des frais d'hospitalisation et d'honoraires directement à la clinique. Ce type d'établissement peut pratiquer des prix de journée nettement supérieurs à ceux des établissements conventionnés. Le remboursement est inférieur aux dépenses engagées.

Aux frais d'hospitalisation peuvent s'ajouter des frais de transport. Ils ne sont remboursables que dans certains cas. L'assuré peut savoir si une clinique ou un médecin est conventionné, connaître les tarifs sur la base desquels il sera remboursé, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie se tient à sa disposition pour toute réponse.

#### 1-3-b Les prestations en espèces (ou indemnités journalières)

Elles visent à compenser en partie, sous conditions d'ouverture de droit, la perte de salaire subie par l'assuré qui se trouve dans l'incapacité temporaire de travailler (maladie, maternité, accident de travail).

Avec l'introduction de la PUMA, pour avoir droit aux prestations en espèces, l'assuré doit avoir travaillé pendant 150 heures au cours des 3 mois précédant l'arrêt de travail (ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1.105 fois le SMIC horaire au cours des 6 mois précédant l'arrêt de travail). Au-delà de 6 mois d'arrêt pour maladie, l'assuré doit avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 derniers mois ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2.030 fois le SMIC horaire, précédant l'arrêt de travail. Il est également demandé une durée minimale d'immatriculation d'un an.

#### - **Droit aux prestations en espèces maladie**

Les prestations en espèces ou indemnités journalières **constituent un revenu de remplacement** destiné à compenser la perte d'un revenu professionnel ou plus précisément d'en assurer une meilleure distribution sur les périodes d'activité ou d'inactivité. Elles ne peuvent être versées **qu'aux seuls salariés.**

**Attention** : les 3 premiers jours de maladie ne sont pas indemnisés : c'est le **décal de carence**, ceci pour limiter le nombre des petits arrêts. Dans certains cas, il peut y avoir un maintien de salaire (les indemnités journalières ne sont versées qu'à partir du quatrième jour).

## **Assurance maternité**

### **Prestations en nature :**

Les conditions d'ouverture de droit sont les mêmes que pour l'assurance maladie. Les conditions sont appréciées:

- au début du 9<sup>ème</sup> mois,
- avant la date présumée de l'accouchement,
- ou à la date du repos prénatal (avant la fin du 4<sup>ème</sup> mois suivant la date présumée du début de la grossesse).

La future mère doit faire dès que possible la déclaration de grossesse à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Le nom officiel du document de déclaration de grossesse est le premier examen médical prénatal. Ce document comprend 3 feuillets : l'assurée adresse le premier feuillet à la caisse de Sécurité sociale et les deux autres à la CAF. Elle reçoit après une étude des droits un carnet maternité qui lui permet de percevoir les différentes prestations relatives à la grossesse ou à l'accouchement remboursées à 100%.

L'assurée va bénéficier du 100 % du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour après l'accouchement.

### **Prestations en espèces :**

Pour avoir droit aux prestations en espèces maternité et adoption, les conditions sont les mêmes qu'en cas d'arrêt de travail inférieur à 6 mois en assurance maladie et il faut justifier d'une immatriculation depuis 10 mois à la date présumée de l'accouchement ou de l'arrivée de l'enfant au foyer.

Les conditions sont examinées :

- au début du 9<sup>ème</sup> mois avant la date présumée de l'accouchement,
- ou à la date du début du repos prénatal.

En cas d'adoption, les conditions sont examinées à la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

### **Durée de l'indemnisation :**

Pendant les périodes pré et postnatales, la bénéficiaire doit se soumettre à des examens médicaux (7 examens prénataux, 3 échographies : une par trimestre et 1 examen postnatal: remboursement à 100%).

Au minimum, le congé maternité a une durée totale de seize semaines (six semaines de congé prénatal et 10 semaines de congé postnatal). Il peut être plus long, selon le nombre d'enfants mis au monde, ou à charge, et le nombre

d'enfants attendus. La durée totale du congé maternité est de seize à vingt-six semaines, si on attend un enfant, trente-quatre semaines, si on attend des jumeaux, et quarante-six semaines si on attend des triplés.

Report du congé prénatal (depuis la loi du 5 mars 2007): pour offrir plus de liberté aux femmes dont la grossesse se déroule bien et leur permettre de passer davantage de temps avec leur bébé, les modalités du congé maternité ont été assouplies. Désormais, on peut demander à reporter une partie du congé prénatal (les 3 premières semaines maximum) sur le congé postnatal. Il faut pour cela adresser une demande écrite à la caisse d'Assurance Maladie, accompagnée du certificat de son médecin ou de sa sage-femme attestant que l'état de santé permet de prolonger l'activité avant la naissance.

### ***Le congé paternité et d'accueil de l'enfant.***

Il est accordé à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2002 au père, à l'occasion de la naissance de son enfant né à partir de cette date. Le congé paternité doit débuter dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant.

**La durée du congé paternité est de 11 jours calendaires consécutifs au plus** (donc y compris samedis et dimanches).

*Le congé paternité n'est pas fractionnable,*

*Si le père le souhaite, il peut prendre un congé paternité d'une durée inférieure à 11 jours.*

- Le congé paternité de 11 jours s'ajoute aux 3 jours déjà accordés au père pour une naissance (article L.226-1 du Code du travail).
- Le congé paternité n'est pas obligatoirement à prendre à la suite de ces 3 jours (mais il doit débuter dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant).
- Au total, le père peut donc disposer d'un congé de 14 jours à l'occasion de la naissance de son enfant.

L'indemnité journalière versée aux pères pendant le congé paternité répond aux mêmes critères que l'indemnité journalière versée aux mères pendant le congé maternité : les conditions d'ouverture des droits pour en bénéficier sont identiques, et l'indemnité journalière est calculée de la même façon.

Pour bénéficier des indemnités journalières pendant le congé paternité, vous devez justifier de 10 mois d'immatriculation, en tant qu'assuré social, à la date du début du congé paternité.

Vous devez également :

- *avoir travaillé au moins 200 heures au cours des 3 mois précédant la date du début du congé paternité ;*
- ***ou*** *avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1015 fois le SMIC horaire au cours des 6 mois précédant la date du début du congé paternité.*



L'indemnité journalière paternité est égale au salaire journalier de base, calculé sur la moyenne des salaires\* (pris en compte dans la limite du plafond de la sécurité sociale) des 3 mois qui précèdent le congé paternité.

*\*salaires soumis à cotisations, moins les cotisations salariales obligatoires et la CSG.*

Le montant de l'indemnité journalière paternité est réduit de 0.5% au titre de la CRDS et de 6.2% au titre de la CSG.

L'employeur peut, s'il le désire, maintenir le salaire intégral.

En cas de grossesse multiple, la durée du congé paternité est de 18 jours calendaires consécutifs au plus (donc y compris samedis et dimanches).

Le congé paternité pourra être reporté dans le temps en cas d'hospitalisation de l'enfant.

En cas de décès de la mère, c'est le père qui a droit au congé maternité. Il peut donc ajouter son congé paternité au congé maternité.

L'employeur ne peut pas refuser d'accorder le congé paternité à un salarié, mais il doit en être informé 1 mois à l'avance.

Le congé paternité ne peut être décalé qu'avec l'accord de l'employeur.

Les indemnités journalières du congé paternité ne sont pas cumulables avec les indemnités journalières versées pour un arrêt de travail en cas de maladie ou d'accident du travail, l'allocation parentale d'éducation à taux plein, l'allocation de présence parentale, l'indemnisation par l'assurance chômage ou le régime de solidarité.

Un congé de paternité et d'accueil de l'enfant est accordé après la naissance de l'enfant ou de celui de sa conjointe ou partenaire PACS ou de la personne avec laquelle on vit maritalement.

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est un droit ouvert à tout salarié. On peut en bénéficier quelle que soit son ancienneté ou la nature de son contrat (CDI, CDD, temps partiel, intérimaire, saisonnier...) à l'occasion de la naissance d'un enfant, dans les situations suivantes :

- si on est le père de l'enfant, quelle que soit sa situation familiale : mariage, pacte civil de solidarité (PACS), union libre, divorce ou séparation, même si on ne vit pas avec son enfant ou avec sa mère ;
- si on n'est pas le père de l'enfant mais que l'on est le conjoint de la mère, ou son partenaire PACS, ou si on vit maritalement avec elle. Dans chacune de ses situations, on peut bénéficier du congé de paternité et d'accueil de l'enfant quel que soit le lieu de naissance ou de résidence de l'enfant, en France ou à l'étranger, et que l'enfant soit ou non à charge.

A noter : la durée du congé de paternité sera portée à 28 jours dès le 1<sup>er</sup> juillet 2021 dont 7 jours obligatoires seront à prendre dès l'accouchement.

### ***L'I.V.G. l'Interruption Volontaire de Grossesse***

Les soins et l'hospitalisation sont remboursés sur la base de 100 % des tarifs agréés par le régime général. L'IVG est strictement tarifé.

Si l'assurée est ayant droit de l'assuré (le conjoint en général) et qu'elle ne souhaite pas que celui-ci soit informé par le biais du remboursement, elle peut obtenir une aide médicale.

Pour les mineures, les frais afférents à l'IVG pour laquelle le consentement parental n'a pu être recueilli sont pris en charge par l'Etat selon une procédure garantissant l'anonymat.

#### **- Assurance invalidité**

**L'assurance Invalidité a pour objet d'accorder à l'assuré une pension en compensation de la perte de salaire** qui résulte de la réduction de sa capacité de travail ou de gain due à la maladie ou à un accident non professionnel.

Cette pension permet aux bénéficiaires et à leurs ayants droit aux prestations en nature (dépenses de santé) de l'assurance maladie et maternité.

L'invalide seul est à 100%.

L'assuré doit justifier :

- de 12 mois d'immatriculation au premier jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme

et

- soit de cotisations sur rémunérations perçues pendant 12 mois civils précédents, au moins égales à celles dues sur 2030 fois le SMIC, dont 1015 fois le SMIC au cours des 6 premiers mois
- soit de 800 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils

ou

- des 365 jours précédents

dont

- 200 heures au cours des 3 premiers mois.

#### **- Assurance décès**

La somme versée est égale à 90 fois le gain journalier de base.

Le capital décès est destiné à venir en aide aux personnes qui étaient à la charge de l'assuré et que son décès laisse dans le besoin.

Le capital décès n'est pas attribué automatiquement, une demande doit être déposée auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

L'assuré décédé devait justifier d'une des conditions d'ouverture des droits aux prestations en nature pendant un an appréciée à la date du décès.

### ***Les accidents du travail ou de trajet.***

Les accidents de travail ou de trajet et les maladies professionnelles bénéficient d'un régime d'indemnisation plus favorable que les accidents et les maladies "ordinaires", pris en charge par l'assurance maladie.

L'accident du travail est l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail.

Bénéficiaire de la législation sur les accidents de travail:

- Tous les salariés,
- mais aussi certaines catégories de personnes n'ayant pas la qualité de salarié : élève de l'enseignement technique, stagiaires en rééducation professionnelle, membres bénévoles de certains organismes à objet social, demandeurs d'emploi participant à des actions dispensées ou prescrites par l'Agence Nationale pour l'Emploi.

La législation sur les accidents du travail n'indemnise que des dommages corporels. Elle a pour objet de restituer à la victime la capacité de travail par la couverture de soins (sans ticket modérateur) la prise en charge de la réadaptation professionnelle et de la rééducation professionnelle et de verser des indemnités journalières pendant l'interruption temporaire de travail ainsi que des rentes à l'assuré lui-même en cas d'incapacité permanente (I.P.P.: Incapacité Permanente Partielle) et à ses ayants droit en cas de décès.

Si on est victime d'un accident sur son lieu de travail ou sur le trajet qui mène à son travail, il faut le déclarer à son employeur dans les 24 heures.

Définir l'accident de trajet : il se définit comme l'accident qui se produit pendant le trajet aller et retour :

- entre le lieu de travail et la résidence principale ou une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité, ainsi que tout autre lieu de résidence où on se rend de façon habituelle pour des raisons d'ordre familial ;
- entre le lieu de travail et le restaurant, la cantine ou tout autre lieu où on prend habituellement vos repas.

Ce trajet peut ne pas être direct s'il répond à une logique de covoiturage régulier et qu'un détour est dans ce cas nécessaire. En revanche, le trajet doit être le plus habituel possible et ne pas avoir été interrompu ou détourné pour un motif d'ordre personnel, indépendant de l'emploi ou étranger aux nécessités essentielles de la vie courante.

Les tribunaux ont retenu la notion d'itinéraire protégé qui correspond aux critères de parcours sur lesquels tout accident survenu peut être reconnu comme un accident de trajet. Une très abondante jurisprudence prend en compte l'extrême diversité des situations réelles et précise les limites de cet itinéraire protégé (points de départ et d'arrivée, interruptions et détours autorisés, horaires).

La présomption d'imputabilité :

si la lésion corporelle est survenue sur le trajet protégé, on bénéficie de la présomption d'imputabilité.

Le caractère professionnel de l'accident est en principe reconnu, sauf si l'employeur ou la caisse d'Assurance Maladie prouvent que la lésion a une origine autre ou que l'on n'était pas sous l'autorité de son employeur au moment de l'accident.

Si l'accident est survenu en dehors de son trajet protégé (détour, etc.) on ne bénéficie plus de la présomption d'imputabilité. Il faut alors apporter tous les éléments de preuve faisant le lien entre l'accident et l'activité professionnelle.

Les témoignages de témoins de l'accident peuvent être essentiels et leur identité doit figurer sur la déclaration.

### ***Les maladies professionnelles.***

Toutes les maladies survenant à l'occasion du travail ne sont pas obligatoirement des maladies professionnelles. Ne peuvent être considérées comme telles que les maladies énumérées par décret et inscrites dans des "tableaux des maladies professionnelles". Ceux-ci indiquent pour chaque maladie le délai de prise en charge (période pendant laquelle un salarié ayant quitté son emploi dangereux peut bénéficier de la législation sur les maladies professionnelles), les types de maladies et la liste des travaux susceptibles de les provoquer.

### **Exemples de Maladies Professionnelles :**

**Saturnisme** (intoxication par le plomb), **silicose** (maladie due à l'inhalation de poussières de silice et qui se manifeste par une transformation fibreuse du poumon).

Aujourd'hui l'**amiante** est reconnue comme Maladie Professionnelle.

#### **Si le salarié prouve :**

- qu'il est atteint d'une maladie mentionnée sur la liste,
- qu'il a exercé une activité susceptible d'après le tableau de provoquer la maladie,

il pourra bénéficier de la législation sur les maladies professionnelles assimilée à celle des accidents du travail ou du trajet.

La loi du 27 janvier 1993 N°93-121 propose un nouveau mode de reconnaissance des maladies professionnelles: sous certaines conditions, peut être reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans le tableau.

#### 1-4 Le ticket modérateur et le tiers payant

Le ticket modérateur ou part complémentaire est la **part des dépenses de santé restant à la charge de l'assuré après un remboursement sur la base du tarif Sécurité Sociale.**

Cette mesure vise à sensibiliser les assurés sur les dépenses de santé.

La part remboursée par la Caisse n'est pas versée à l'assuré mais à l'établissement, au praticien ou au pharmacien ayant passé convention avec cet organisme: c'est **le tiers payant ou part obligatoire : 70 %**. Sauf pour la sécurité sociale alsacienne mosellane pour laquelle le taux de couverture de base est de 90 % et de 100 % pour l'hospitalisation (pas de forfait journalier).

**Exemple : remboursement d'une consultation d'un médecin qui respecte le tarif conventionnel.**

<b>HONORAIRES DU MEDECIN</b> <b>(Barème fixé par les pouvoirs publics)</b> <b>100%</b>	
<b>REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE</b> <b>70%</b>	<b>TICKET MODERATEUR</b> <b>30%</b>

(Le ticket modérateur reste à la charge de l'assuré, d'où le besoin d'une mutuelle. Certaines mutuelles peuvent prendre en charge tout ou partie du ticket modérateur).

**Une exonération est prévue dans certaines conditions :**

(suppression du ticket modérateur)

**L'exonération est liée par exemple :**

- **à la situation sociale de l'assuré** (titulaire d'une pension d'invalidité, d'une rente accident de travail pour une incapacité des 2/3 au moins).
- **à la nature:**
  - **de l'acte médical** (opération chirurgicale importante, hospitalisation > à 30 jours)

- **de l'affection** (traitement d'une ALD, Affection de Longue Durée figurant sur une liste de 30 maladies en raison de son caractère prolongé et de l'utilisation d'une thérapeutique coûteuse).

## II- L'informatisation de l'Assurance Maladie

En effet, la naissance d'un intranet médical national doit rationaliser notre système de santé, et permettre des économies.

Le "**Réseau santé social**" (RSS) relie l'assurance maladie aux **400 000 professionnels français de santé**, au sein du plus vaste intranet français.

Pour les assurés sociaux, la **carte à puce personnelle**, dite **Carte Vitale**, comprend tous les éléments nécessaires à l'ouverture de leurs droits.

Désormais à chaque consultation, il faut présenter sa Carte Vitale qui, mise en relation avec celle du praticien (**Carte Professionnels de santé: CPS**) via un lecteur à deux entrées, permet son authentification et autorise ce dernier à créer sur son PC une **feuille de soins électronique (FSE)**, destinée ensuite à la Caisse Primaire. Pour autant, l'assuré social continue de payer sa consultation, comme auparavant auprès du médecin qui lui délivre une quittance. En fin de journée, le praticien se connecte à l'Assurance maladie. Ainsi, les données saisies, et notamment toutes les feuilles de soins électroniques, sont télétransmises à la CPAM.

En ce qui concerne la carte CPS, un code personnel lui confère un niveau de sécurisation supérieure.

Par la suite, l'assuré social pourra payer sa consultation via le lecteur, lequel pourra aussi décoder les cartes bancaires.

La Sécurité sociale peut donc rembourser le patient en quelques jours. Le système Sesam-Vitale a abouti à la suppression du milliard de feuilles de soins "papier" traitées chaque année.

Par ailleurs, grâce à la transmission électronique des données, et grâce au codage des actes et des médicaments, l'Assurance maladie peut connaître plus précisément ce qu'elle rembourse dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

## 2-1 Le système Sesam-Vitale

Les assurés sociaux disposent d'une carte à puce, nommée "vitale", facilitant les remboursements.

Le **système Sésam-Vitale** (Sésam : système électronique de saisie de l'assurance maladie) consiste à informatiser les échanges d'informations entre les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), les professionnels de santé et assurés sociaux, grâce à l'utilisation de deux cartes électroniques:

- **carte Vitale** (assurés sociaux)
- **carte CPS** (professionnels de santé qui s'informatisent).

La carte à puce **Vitale** remplace la carte papier d'assuré social. Familiale, elle contient un certain nombre de renseignements sur l'assuré social et ses ayants droit:

- L'identité et le numéro d'immatriculation de l'assuré ;
- l'identité des différents ayants droits (conjoint, enfants...) ;
- les informations sur la couverture maladie de base, mais aussi sur la couverture complémentaire (mutuelle par exemple), sous réserve du consentement du titulaire de la carte ;
- une copie totale ou partielle des dernières feuilles de soins électroniques.

Cette copie, ainsi que les renseignements relatifs à une exonération de ticket modérateur (par exemple, pour les assurés atteints d'une affection de longue durée prise en charge à 100%), ne sont accessibles qu'aux professionnels de santé et aux organismes d'assurance maladie.

Les titulaires de carte à puce Vitale disposent d'un "reflet papier" des informations administratives figurant sur leur carte lors de sa délivrance.

Chaque détenteur de la carte Vitale peut actualiser les informations contenues dans sa carte auprès d'un organisme d'assurance maladie. C'est au titulaire de la carte de signaler tout dysfonctionnement, perte ou vol (avec possibilité de faire opposition comme les cartes bancaires).

Depuis octobre 2001, la carte VITALE 1 bis a vu le jour pour les ayants droits (conjoints et enfants de plus de 16 ans).

La carte Vitale garantit le remboursement des soins sous cinq jours.

### III-Le contentieux de la Sécurité Sociale

L'application de la législation de Sécurité Sociale ne peut manquer de susciter les litiges. Des juridictions spécialisées avaient été instituées pour **permettre des procédures simplifiées, rapides et pratiquement gratuites** (on n'est pas obligé de prendre un avocat). Au 1<sup>er</sup> janvier 2019, le contentieux général et technique de la Sécurité sociale a été transféré vers les Tribunaux de Grande Instance. A cette date les Tass : Tribunaux des Affaires de la Sécurité Sociale ont été supprimés. Par la suite les TGI ont été remplacés par les Tribunaux judiciaires.

Il faut distinguer :

- Le **contentieux général** de Sécurité Sociale qui **traite des litiges nés du fonctionnement des régimes de Sécurité Sociale,**
- Les **contentieux spéciaux** qui traitent des litiges **qui relèvent d'une technicité particulière.**

#### 3-1 Le contentieux général

##### 3-1-a La commission de recours amiable

Lorsqu'un assuré social ou un employeur estime avoir été lésé par une décision d'un organisme, il doit en principe, avant tout recours juridictionnel, en appeler à une commission de recours amiable qui est une émanation du conseil d'administration de l'organisme.

Rôle	Régler à l'amiable les litiges
Composition	-2 administrateurs de l'organisme appartenant à la même catégorie (salariés, employeurs ou travailleurs indépendants) que le réclamant, -2 administrateurs choisis parmi les autres catégories.
Compétence	Réclamation contre toute décision de l'organisme en matière de prestations, d'affiliation, de cotisations, de trop perçus (exemple : décision de refus d'affiliation ou décision de refus de versement d'une prestation ou concernant un calcul de cotisation)
Saisine	recommandée + AR pour permettre de prouver si nécessaire que la commission a bien été saisie dans le délai de 2 mois

Cette commission doit se prononcer dans un délai de deux mois. Si la décision de la commission de recours amiable ne donne pas satisfaction au requérant, celui-ci peut saisir le Tribunal judiciaire.

##### 3-1-b Le Tribunal judiciaire

Rôle	1 <sup>er</sup> degré de juridiction
Composition	1 président 2 juges 1 Procureur de la République
Compétence	Différends nés de l'application de la législation de Sécurité



	Sociale et ne relevant pas du contentieux technique.
Saisine	Dépôt d'une requête au Service d'accueil unique du justiciable (SAUJ) du Tribunal de son domicile ou envoyer la requête par LRAR

### LES DIFFERENTES PROCEDURES DU CONTENTIEUX GENERAL



#### 3-1-c La Chambre Sociale de la Cour d'Appel

Elle statue sur les appels interjetés contre les décisions rendues par les tribunaux des Affaires de Sécurité Sociale. Composée de 3 magistrats professionnels, elle rend des arrêts.

#### 3-1-d La Cour de Cassation

Les décisions rendues en dernier ressort par le Tribunal judiciaire et les arrêts de la Cour d'Appel sont susceptibles de pourvoi en cassation pour vice de forme ou violation de la loi (N.B: une Cour rend un arrêt, un Tribunal rend un jugement). Devant cette Haute Juridiction, le ministère d'un avocat est nécessaire, mais le requérant peut, sous condition de ressources, obtenir la dispense du paiement des honoraires. Par sa jurisprudence, la Cour de Cassation établit des règles qui s'imposent de fait aux organismes et à l'administration.

### 3-2 Le contentieux du contrôle technique

C'est un contentieux disciplinaire destiné à réprimer les fautes, abus et fraudes relevés à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens et auxiliaires médicaux à l'occasion des soins dispensés ou des prestations servies aux assurés sociaux: actes non justifiés, actes fictifs, prescriptions de complaisance... En première instance, c'est la section des assurances sociales du Conseil Régional de Discipline de l'Ordre compétent qui intervient.

En appel, les affaires sont examinées par la section des assurances sociales du Conseil National de l'Ordre compétent.



## Chapitre 8 : La réforme de l'Assurance maladie Loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie

La situation de l'Assurance maladie est extrêmement préoccupante : c'est pourquoi le Gouvernement a décidé de mettre en œuvre une réforme qui vise à sauvegarder le régime d'Assurance maladie, en préservant et en consolidant les principes fondamentaux auxquels le Gouvernement et les Français sont attachés, à savoir :

- l'égalité d'accès aux soins,
- la qualité des soins,
- la solidarité.

Soigner mieux en dépensant mieux : tel est l'objectif de la réforme proposée par le Gouvernement, qui prévoit également une augmentation juste et équilibrée des recettes et la mise en place d'une nouvelle gouvernance.

Un **suivi médical coordonné** par un médecin qui connaît bien son patient lui permet d'être mieux soigné et mieux orienté vers les soins adaptés à son état de santé. Cette vision évitera des consultations ou examens inutiles et coûteux.

### I-Nouvelle organisation

#### 1- L'UNCAM

L'Union des Caisses d'Assurance Maladie est formée de Caisses nationales des 3 principaux régimes (CNAMTS, MSA, CANAM) et a pour rôle de coordonner l'action des Caisses nationales et de nouer un partenariat avec les professionnels de santé et les organismes de protection sociale complémentaire.

## **2- La Haute autorité de Santé**

C'est l'institution indispensable à l'amélioration de la qualité des soins. Elle définit les protocoles de soins qui sont utilisés comme référence par les professionnels de santé. C'est la Haute autorité qui est chargée d'évaluer et de réévaluer la pharmacopée française.

C'est une autorité publique indépendante. Elle est dirigée par 1 collège de 8 membres, désignés pour un mandat de 6 ans par le Président de la République, le Président du Sénat, le Président de l'Assemblée Nationale et le Président du Conseil économique et social.

### **II-Les grands points de la réforme**

#### **1- Le dossier médical personnel et la nouvelle carte Vitale 2**

C'est un dossier unique, informatisé qui est accessible aux professionnels de santé depuis le 5 janvier 2011 avec la mise à jour des logiciels des professionnels et qui est ouvert aux patients depuis le mois d'avril 2011. Le DMP semble donc être enfin sur les rails. Après de premières tentatives, son développement avait été stoppé net en 2007, à cause des critiques sur la confidentialité des données dont il faisait l'objet. Il appartient au patient, qui est seul détenteur d'un identifiant, d'un mot de passe. Cet identifiant est indiqué sur la carte vitale (nouvelle version), celui du professionnel de santé apparaît sur sa carte de professionnel de santé. Le DMP permet en accord avec le patient de donner aux professionnels de santé des éléments indispensables au suivi de son parcours médical. Le patient peut masquer certaines informations s'il ne veut pas que des professionnels de santé y aient accès.

Ce dossier a pour objectif : d'améliorer la santé des patients et l'efficacité des soins ; de faciliter le partage des informations entre le patient et les professionnels de santé ; de respecter le secret médical ; de soigner mieux en dépensant mieux ; d'améliorer la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital.

Le DMP est un dossier médical dématérialisé qui rassemble les informations relatives à la personne et nécessaires à une bonne coordination des soins : prescriptions, synthèses médicales, comptes rendus, résultats d'analyses, mentions d'allergies... Il va donc contribuer à améliorer la qualité des soins et à faciliter la prise en charge globale d'un patient, notamment dans le cadre de maladies chroniques. Chaque bénéficiaire de l'Assurance maladie, âgé de plus de 16 ans, dispose d'un dossier médical personnel et unique.

Grâce à l'information partagée, il permet par exemple de réduire les interactions médicamenteuses qui occasionnent chaque année plus de 128 000 hospitalisations et provoquent plus de décès que les accidents de la route.

De plus, les patients dépensent mieux, en évitant les redondances et la multiplication inutile d'examen complémentaires.

Les données sont centralisées et les dossiers sont hébergés en toute sécurité auprès d'un tiers, un « hébergeur de données de santé à caractère personnel ».

Le DMP ne revêt pas de caractère obligatoire et n'a pas d'impact sur le niveau de remboursement des soins.

Toute tentative d'accès au DMP, non explicitement approuvée par le patient, est punie pénalement.

La nouvelle carte vitale, véritable carte d'identité santé, comporte photo et éléments de biométrie, contient les données médicales utiles en cas d'urgence.

Cette nouvelle carte est plus personnalisée puisqu'elle va comporter une photo de l'assuré. Elle est également plus sécurisée (elle dispose d'une sécurité renforcée pour l'authentification de la carte et de son titulaire) avec une grande capacité de mémoire pour offrir encore plus de services. Elle peut en effet stocker huit fois plus d'informations que la carte Vitale actuelle, avec une capacité de mémoire de 32 ko contre 4 ko actuellement.

La mention du médecin traitant est intégrée dans la carte. Des informations concernant la couverture complémentaire santé peuvent également être inscrites dans la carte Vitale 2. Elle peut renfermer d'autres informations plus personnelles, comme la personne à prévenir en cas d'urgence ou la mention relative à la connaissance du dispositif légal sur le don d'organe.

Utilisée conjointement avec la carte du professionnel de santé (carte CPS), elle permet au médecin traitant en présence du patient et avec son accord, d'avoir accès au dossier de ce dernier.

## **2- Le médecin traitant**

Le médecin traitant, choisi librement par le patient, a un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soin. Le patient âgé de 16 et plus choisit son médecin traitant et, en accord avec celui-ci, le déclare à sa caisse d'Assurance maladie en remplissant le formulaire Déclaration du médecin traitant.

En 2017, la désignation d'un médecin traitant a été étendue aux enfants de moins de 16 ans. L'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant parmi un pédiatre ou un généraliste et le déclare à la caisse d'Assurance Maladie de l'enfant. Il n'y a cependant pas de réduction du remboursement en l'absence de déclaration de médecin traitant ou de non-respect du parcours de soins coordonnés.

Pour les mineurs de 16 et 17 ans, le formulaire doit être signé par l'un des deux parents ou par le titulaire de l'autorité parentale ; si les parents sont séparés et si le mineur n'est pas à proximité de son médecin traitant, il peut alors consulter un autre médecin plus proche, sans conséquence sur le remboursement.

De plus si le patient est étudiant, il n'y a pas de contrainte géographique et il peut choisir la solution la plus pratique, le médecin traitant dans la ville des parents ou dans celle où il étudie.

Lorsque l'on vit en maison de retraite, il n'y a pas d'obligation de choisir le médecin coordonnateur de l'établissement comme médecin traitant.

Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié : c'est lui que le patient va consulter en premier, pour un problème de santé. Il assure le suivi médical courant et la coordination des soins.

Généraliste ou spécialiste, il coordonne le dossier médical personnel, et adresse le patient, avec son accord, vers le professionnel de santé le plus apte à traiter sa situation spécifique.

Le patient peut librement changer de médecin traitant s'il le souhaite en informant personnellement et par écrit son médecin et sa caisse d'Assurance maladie.

De plus, le généraliste ou le spécialiste est libre de refuser à un patient qui le demanderait de devenir son médecin traitant.

Les pédiatres, les gynécologues, les ophtalmologues, les psychiatres et neuropsychiatres (pour les moins de 26 ans), les stomatologues, peuvent être consultés directement sans que le patient ait été préalablement orienté par son médecin traitant.

Les patients qui ne souhaitent pas s'inscrire dans ce dispositif se voient appliquer une majoration de la part restant à leur charge. De plus certains spécialistes peuvent pratiquer des dépassements lorsqu'ils reçoivent un patient qui ne leur a pas été préalablement adressé par son médecin traitant.

La mise en œuvre du dispositif du médecin traitant a été progressive à partir de 2005.

Le patient demeure libre de choisir ou non un médecin traitant, mais aussi d'accéder à un médecin spécialiste en dehors de l'orientation par son médecin traitant.

Il est possible de changer de médecin traitant sans condition à remplir, sans avoir besoin de se justifier. Il suffit de remplir et de signer, avec le nouveau médecin choisi comme médecin traitant, un nouveau formulaire et de l'adresser à la caisse d'Assurance Maladie. Cette nouvelle déclaration annulera le choix précédent.

### 3- La feuille de soins avec le parcours de soins coordonnés

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2005, la feuille de soins change avec l'entrée en application du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant.

Si le patient a plus de 16 ans, il est concerné par ce dispositif. Lorsqu'il consulte un médecin, celui-ci doit préciser sur la nouvelle feuille de soins si le patient est dans le parcours de soins coordonnés ou non. En fonction des situations il y aura ou pas de conséquence financière sur le montant des remboursements (depuis le 31 janvier 2009, si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous êtes hors du parcours de soins coordonnés, vous êtes remboursé de 30 % seulement de la partie sécurité sociale contre 70 % dans le cas contraire).

#### La feuille de soins

Différentes situations peuvent se présenter :

Votre situation		Ce que le médecin précise sur la nouvelle feuille de soins
Vous consultez votre médecin traitant (ou son remplaçant)		Le médecin remplit la feuille de soins comme avant, sans changement. Il n'a aucune information supplémentaire à indiquer.
Lors de la consultation, vous demandez au médecin d'être votre médecin traitant (1)		Le médecin coche la case " <i>Vous êtes le nouveau médecin traitant</i> "
Vous consultez un médecin sur orientation : - de votre médecin traitant - de votre médecin correspondant - d'un médecin spécialiste à accès direct spécifique (gynécologue, ophtalmologue, psychiatre, neuropsychiatre, neurologue)		Le médecin indique le nom et le prénom de votre médecin traitant
Vous consultez directement un médecin, sans orientation de votre médecin traitant	Vous consultez un gynécologue, un ophtalmologue, un psychiatre et neuropsychiatre (pour les moins de 26 ans), un stomatologue	Le médecin coche la case " <i>Accès direct spécifique</i> "
	Vous consultez ce médecin dans le cadre d'une urgence médicale	Le médecin coche la case " <i>Urgence</i> "
	Vous consultez ce médecin alors que vous êtes éloigné de votre domicile habituel	Le médecin coche la case " <i>Hors résidence habituelle</i> "
	Vous consultez ce médecin à la place de votre médecin traitant, en son absence	Le médecin coche la case " <i>Médecin traitant remplacé</i> "
Dans les autres cas		Le médecin coche la case " <i>Accès hors coordination</i> "
Vous n'avez pas de médecin traitant déclaré		Le médecin coche la case " <i>Accès hors coordination</i> "

**A noter :**

Les chirurgiens-dentistes ne sont pas concernés par le dispositif du médecin traitant. Le patient peut les consulter directement, sans orientation du médecin traitant et sera remboursé normalement.

**4- Le générique**

Une véritable politique de promotion du médicament générique va être mise en place.

En effet, la France est en retard dans ce domaine : seules 17 % des boîtes vendues sont des génériques. L'objectif du Gouvernement est de rattraper ce retard en autorisant leur mise plus rapide sur le marché (le délai avant lequel un médicament pourra être « généricable » sera réduit. Il est aujourd'hui de 15 ans en moyenne. Il passera progressivement à un minimum de 10 ans).

Le volet "générique de la réforme de l'Assurance maladie vise à accélérer le développement des médicaments génériques afin de trouver plus d'un milliard d'euros d'économie annuelles pour l'Assurance maladie. Ce développement fait partie intégrante de la politique de maîtrise des dépenses que poursuit le Gouvernement.

**5- Remboursement des actes et participation d'un euro et de 24 euros**

La réforme ne modifie pas les remboursements. Elle prévoit simplement de permettre aux médecins de pratiquer des dépassements lorsqu'ils recevront un patient qui ne leur a pas été préalablement adressé par le médecin traitant. Par ailleurs, le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'Assurance maladie peut être conditionné à l'accès du professionnel de santé au dossier médical personnel, et les patients qui ne souhaitent pas s'inscrire dans ce dispositif peuvent se voir appliquer une majoration de la part restant à leur charge.

Une **participation forfaitaire d'un euro** est déduite automatiquement des remboursements à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005 (si le montant à rembourser est inférieur à 1 euro, la participation forfaitaire de 1 euro ne sera pas déduite). Elle concerne les consultations de généraliste ou spécialiste, que ce soit au cabinet ou au domicile du patient, dans un dispensaire ou dans un centre de soins, en consultation ou aux urgences à l'hôpital. Elle s'applique également pour les examens de radiologie et les analyses de biologie médicale.

Cette participation ne s'applique pas aux consultations, actes ou soins réalisés par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes). Elle ne s'applique pas non plus en cas d'hospitalisation complète (d'une ou plusieurs journées à l'hôpital).



La contribution forfaitaire, à la charge des assurés pour les actes réalisés par des médecins est établie dans le but de responsabiliser l'assuré dans son comportement de soins en lui faisant supporter directement une part minimale des frais. Le montant de cette contribution est fixé à 1 euro par acte de médecin.

En sont exonérés les mineurs, les bénéficiaires de la CSS et de l'Aide médicale de l'Etat, les femmes enceintes de plus de 6 mois ou venant d'accoucher. Les bénéficiaires du RSA ne sont pas dispensés de cette participation forfaitaire de 1 euro. Par contre le fait d'être titulaire du RSA permet de bénéficier de la CSS qui, elle, dispense son bénéficiaire de la participation forfaitaire. Mais l'ouverture des droits à la CSS pour les personnes titulaires du RSA n'est pas automatique et il faut en faire la demande auprès de la caisse d'Assurance Maladie.

La participation de 1 euro concerne également les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD).

La contribution est imputée sur les remboursements, et n'est pas prise en charge par les organismes complémentaires. Cet effort est limité à 50 euros par an et par personne.

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2006, une **participation forfaitaire de 24 euros** (18 euros, puis depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 cette participation a été augmentée à 24 euros) à la charge de l'assuré, s'applique :

- aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60, qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville, dans un centre de santé ou en établissement de santé (hôpital, clinique) dans le cadre de consultations externes ;

- aux frais d'une hospitalisation en établissement de santé (hôpital, clinique) au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ;

- aux frais d'une hospitalisation en établissement de santé (hôpital, clinique) consécutive à une hospitalisation répondant aux critères ci-dessus et en lien direct avec elle.

Il existe cependant des exceptions : certains actes sont exonérés de cette participation forfaitaire, et les personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100% en raison de leur situation ou de leur état de santé ne sont pas concernées (personnes titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ; personnes titulaires d'une pension de réversion, atteintes d'une invalidité permanente ; personnes titulaires d'une pension militaire ; personnes titulaires d'une rente accident du travail, maladie professionnelle ; les personnes prises en charge au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, pour les actes et traitements en rapport avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle ; les femmes enceintes à partir du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse jusqu'à 12 jours après leur accouchement ; les nouveaux-nés, pour les frais d'hospitalisation ou les soins en établissement de santé pendant les 30 jours qui suivent leur naissance ; les personnes hospitalisées, pour les frais d'hospitalisation à partir du 31<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation consécutif ; les enfants et adolescents mineurs victimes de sévices sexuels, pour les actes, soins et traitements consécutifs aux sévices

sexuels dont ils ont été victimes ; les personnes prises en charge au titre d'une affection de longue durée exonérante, pour les actes, soins et traitements en rapport avec cette affection et qui sont mentionnés sur le protocole de soins ; les personnes prises en charge au titre du diagnostic et du traitement de la stérilité, pour les actes, soins et traitements nécessaires, y compris l'insémination artificielle.

A noter : les bénéficiaires de l'Aide médicale de l'Etat ne sont pas concernés par l'application de cette mesure.

Cas particuliers : lorsque plusieurs actes sont effectués par le même praticien au cours d'une même consultation, leur tarif et/ou leur coefficient peuvent se cumuler. La participation forfaitaire de 24 euros s'appliquera dès lors que le montant résultant de ce cumul est égal ou supérieur à 120 euros.

A noter que cette participation forfaitaire de 24 euros s'applique aussi depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2007 aux soins de ville dès lors qu'ils dépassent 120 euros (échographie, sage-femme...).

### **6- Le contrôle des arrêts de travail**

Les arrêts de travail ont augmenté de 46 % en 5 ans.

Les comportements abusifs doivent cesser grâce à un contrôle mieux organisé et plus efficace. La mise en œuvre de ce dispositif de contrôle passera par les mesures suivantes :

- faire figurer sur l'avis d'arrêt de travail notamment les coordonnées téléphoniques de la personne afin de faciliter l'accès des agents enquêtant au domicile de l'assuré,
- rendre les contrôles plus efficaces, par l'utilisation de critères de fréquence d'arrêts et par la mise en place de dispositifs de sanctions : suspension du paiement des indemnités journalières, voire remboursement à l'Assurance maladie des sommes indûment perçues.

Les arrêts de travail seront donc davantage contrôlés. Le médecin doit indiquer le motif sur la feuille d'arrêt de travail. Le patient et le médecin sont susceptibles d'être contrôlés.

De plus, en cas d'utilisation abusive des prescriptions d'arrêts de travail une pénalité financière pourra être prise à l'encontre du médecin.

### **7- Le bouclage financier**

Le plan d'économie aura pour objectif de réaliser 15 milliards d'euros d'économie (dossier médical personnel, médecin traitant, médicaments génériques, contrôle des arrêts de travail, versement d'une participation d'1 euro par consultation, mesures adaptées sur la CSG, hausse de la contribution sociale de la solidarité des sociétés, participation de l'Etat avec le reversement d'un milliard d'euros de recettes des droits du tabac à l'Assurance maladie à compter de 2005).

Au sujet de la CSG, le Gouvernement souhaite que l'effort contributif soit partagé et que les salariés ne soient pas les seuls à supporter cette nouvelle charge. Les retraités imposables seront concernés par cette adaptation.



## Chapitre 9 : Les professionnels de santé

Le système sanitaire français repose non seulement sur des structures mais aussi sur la présence et la qualification de personnels spécialisés: les "professionnels" de santé.

### 1-Les diverses catégories

Les professions de santé regroupent :

#### 1-1 Les professions médicales

Il s'agit des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des pharmaciens. La réglementation entraîne l'inscription sur une liste préfectorale et la délivrance d'une carte professionnelle. Professions réglementées, elles se caractérisent par :

- l'existence d'un diplôme d'Etat,
- une protection pénale contre l'exercice illégal,
- l'existence d'un ordre professionnel. L'Ordre est chargé de la discipline de la profession, du contrôle de la moralité et notamment du respect des règles déontologiques, et de certaines tâches administratives. Chaque ordre professionnel est structuré en conseils départementaux, conseils régionaux et conseil national. Ces conseils sont composés de membres de la profession concernée, élus par leurs pairs. Néanmoins la dépendance de la profession de sage-femme au corps médical se traduit par la présence et la présidence médicales,
- l'existence d'un code de déontologie. Le code de déontologie définit la morale professionnelle propre à ces professions. Sa violation est sanctionnée par une procédure disciplinaire; la sanction pouvant aller jusqu'à l'interdiction définitive d'exercer.

### 1-2 Les «auxiliaires médicaux»

Ils bénéficient également d'un monopole d'exercice. Leur compétence est bien définie, qu'il s'agisse d'une compétence propre ou d'une compétence déléguée par un médecin. Pour certains d'entre eux un Ordre professionnel existe : les infirmiers par exemple.

Sont concernés :

- les infirmiers,
- les auxiliaires de puériculture,
- les aides-soignants,
- les manipulateurs radiologie.

### 1-3 Les « professions de rééducation »

Sont concernés :

- les masseurs-kinésithérapeutes (qui ont un Ordre professionnel),
- les pédicures podologues,
- les orthophonistes,
- les orthoptistes,
- les psychomotriciens,
- les prothésistes.

### 1-4 Les professions administratives

Sont concernés :

- les secrétaires médicales,
- les cadres administratifs (hôpitaux).

*A noter :* les opticiens-lunetiers et les audioprothésistes sont à la fois des commerçants, des artisans et des professions de rééducation.

## 2- Exercice de la profession

Les **professionnels de santé** exercent leurs professions :

- soit **comme salariés** dans des établissements publics ou privés, des centres de soins, des organismes de sécurité sociale, dans les domaines de la médecine du travail, de la protection maternelle et infantile, etc.
- soit **à titre libéral**: dans ce cas ils sont rémunérés directement par leurs patients.

**N.B.:**

**-L'obligation du secret professionnel**, rappelé notamment par les articles 11, 12 et 13 du Code de déontologie, **résulte de l'application du Code pénal.**

**-L'article 226-13 du nouveau Code pénal**, paru au journal Officiel du 23 juillet 1992, précise: "**la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état, soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000frs d'amende**".

### 3- Les rapports avec la Sécurité Sociale

Le système français, tout en respectant les principes de l'exercice libéral des professionnels de santé, a mis en place un régime conventionnel.

Le Code de la sécurité sociale prévoit que les rapports entre l'assurance maladie et les membres des diverses professions de santé sont définies par des **conventions nationales conclues entre les Caisses Nationales d'Assurance Maladie des principaux régimes d'assurance maladie et la (ou les) organisation(s) syndicale(s) représentative(s) de chacune de ces catégories professionnelles**. Ces conventions sont soumises à l'approbation des ministres de tutelle, ministres chargés de la Sécurité Sociale et du Budget principalement. Elles prévoient des instances de concertation, sur le plan national et localement près des caisses primaires d'assurance maladie.

Ces différentes instances sont chargées de veiller au bon fonctionnement de ces dispositifs conventionnels.

*N.B.: Les **RMO** ou références médicales nationales opposables sont des critères scientifiques qui permettent de définir les soins et prescriptions médicalement inutiles d'une part et d'autre part les fréquences d'utilisation par patient de certains soins et prescriptions. Elles visent l'inutile, le superflu voire le dangereux et à privilégier l'examen clinique et l'écoute du patient. Elles sont opposables aux praticiens conventionnés, car en cas de non-respect ou d'anomalies constatés, le médecin concerné se verra appliquer une sanction financière.*



## Chapitre 10 : La Protection Universelle Maladie et la Complémentaire Santé Solidaire

La concrétisation de l'Assurance Maladie Universelle est une importante avancée sociale qui parachève un chantier engagé depuis 1945, sur la généralisation de l'accès aux soins pour tous.

La Couverture Maladie Universelle (C.M.U) **était** un dispositif prévu par la loi du 27 juillet 1999 qui s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions.

Elle **visait** à faire disparaître les obstacles que rencontrent de nombreuses personnes dans l'accès aux soins.

Ces dispositions **se sont appliquées** à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000 jusqu'au 31 décembre 2015.

La Couverture Maladie Universelle a permis à l'ensemble de la population de se soigner.

**Attention : 2016 : la CMU de base n'existe plus ! PUMA = 296.**

La protection universelle maladie est prévue par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, la **protection universelle maladie** entre en application. Avec cette réforme, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé :

- de ce fait, les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées. Les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte.
- Quant aux personnes sans activité professionnelle, elles bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France depuis au moins 3 mois (y compris la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion, Saint-Barthélemy et Saint Martin). En fonction de leurs revenus, ces personnes sont redevables ou non de la cotisation PUMA.

Dans la mesure où toutes les personnes qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière sont désormais couvertes par l'assurance maladie – soit au titre de leur activité professionnelle, soit au titre de leur résidence le dispositif de la CMU de base n'a plus de raison d'être et est donc supprimé. La réforme s'accompagne ainsi de nouvelles modalités de contrôle adaptées, en particulier pour identifier les personnes ayant quitté le territoire.

### **La simplification et la continuité des droits pour les assurés**

En pratique, si on n'a pas d'activité professionnelle, la protection maladie universelle garantit un droit à la prise en charge des frais de santé en simplifiant les démarches.

Il suffit de demander l'affiliation sur critère de résidence à sa caisse d'assurance maladie.

Pour cela, il faut remplir le formulaire Demande d'affiliation au régime général sur critère de résidence et l'adresser, accompagné des justificatifs demandés, à la caisse d'Assurance Maladie de son lieu de résidence.

On ne sera plus sollicité pour apporter des justificatifs, parfois chaque année, pour faire valoir ses droits à l'assurance maladie.

La réforme permet aussi de rester dans son régime d'assurance maladie, y compris en cas de perte d'activité ou de changement de situation personnelle. Les éventuelles périodes de rupture dans ses droits sont ainsi évitées.

### **La CMU complémentaire n'existe plus :**

Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) et l'ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé) ont été remplacées par la CSS (Complémentaire Santé Solidaire). C'est une aide pour payer les dépenses de santé si les ressources sont modestes. Selon les ressources, elle ne coûte rien ou coûte moins d'un euro par jour et par personne. Le droit à la Complémentaire santé solidaire dépend de la situation et des ressources.

Conditions pour avoir droit à la CSS :

1) si on bénéficie de la prise en charge des frais de santé par l'Assurance Maladie en raison de l'activité professionnelle ou de la résidence stable et régulière en France

2) et si les ressources sont inférieures à un montant qui dépend de la composition du foyer.

La Complémentaire santé solidaire bénéficie à l'ensemble du foyer et ne peut être demandée qu'une fois par foyer. Le foyer se compose :



- de soi-même ;
- du conjoint(e) ou concubin(e) ou du partenaire dans le cadre d'un Pacs (pacte civil de solidarité) ;
- des personnes à votre charge de moins de 25 ans.

Une demande individuelle est possible dans les cas suivants :

- les mineurs de moins de 16 ans qui relèvent de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) par l'intermédiaire de ces deux organismes ;
- les mineurs de plus de 16 ans ayant rompu leurs liens familiaux ;
- les personnes de 18 à 25 ans ne vivant plus sous le même toit que leurs parents, ayant rempli une déclaration fiscale séparée (ou s'engageant sur l'honneur et par écrit à le faire l'année suivante) et ne percevant pas de pension alimentaire donnant lieu à déduction fiscale ;
- les adultes personnes de 18 à 25 ans, vivant sous le même toit que leurs parents, s'ils sont eux-mêmes parents ou s'ils vont le devenir ;
- les étudiants isolés, bénéficiant des aides annuelles d'urgence versées par les Centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (Crous) ;
- les conjoints séparés.

Le droit à la Complémentaire santé solidaire dépend du montant des ressources durant les 12 mois avant la demande. Si on y a droit, elle ne vous coûte rien ou coûte moins de 1 euro par jour et par personne.

Les ressources, ce ne sont pas seulement les sommes qui figurent sur l'avis d'imposition. Ce sont toutes les sommes perçues. Elles comprennent :

- les revenus, comme par exemple les salaires et les pensions de retraite ;
- les pensions alimentaires ;
- les aides financières, y compris les allocations et les dons d'argent ;
- les ventes d'objets ;
- les gains aux jeux, etc

Le montant de la participation est calculé en fonction de l'âge de chacun des membres de votre foyer au 1er janvier de l'année où le droit à la Complémentaire est accordé.

On peut demander la CSS : soit sur internet ; soit en envoyant ou en déposant le formulaire et les justificatifs demandés à sa caisse d'assurance maladie. A réception du dossier complet, la caisse d'assurance maladie étudie la demande dans un délai de 2 mois et informe de sa décision.

Au moment de la demande, on doit indiquer l'organisme qui gèrera votre Complémentaire santé solidaire :

- si on a déjà un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance ou entreprise régie par le Code des assurances) qui propose la Complémentaire santé, il faut l'indiquer dans la demande et le contrat sera transformé en une adhésion à la Complémentaire santé solidaire ;
- si on n'a pas d'organisme complémentaire ou que l'organisme complémentaire ne propose pas la Complémentaire santé solidaire, on doit choisir :
  - soit l'un des organismes proposant la Complémentaire santé solidaire,
  - soit sa caisse d'assurance maladie.

### **\* L'AME (Aide Médicale de l'Etat)**

L'aide médicale de l'État (AME) est destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. À noter que l'AME n'est pas applicable à Mayotte.

#### **Les conditions pour bénéficier de l'AME :**

Vous devez remplir trois conditions pour bénéficier de l'aide médicale de l'État (AME) : justifier de votre identité, résider en France de façon stable depuis plus de trois mois, mais en situation irrégulière, et avoir des ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition de votre foyer.

#### **Justifier de la stabilité de votre résidence**

Pour bénéficier de l'AME, vous devez résider en France (France métropolitaine ou départements d'outre-mer) de façon stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

Vous pouvez justifier de la stabilité de votre résidence en France avec votre visa ou le tampon figurant sur votre passeport comportant votre date d'entrée en France de plus de trois mois. Si vous ne pouvez présenter ce document, il vous faudra fournir une autre pièce justificative.

#### **Remplir les conditions de ressources**

Pour bénéficier de l'AME, vos ressources ne doivent pas dépasser un certain plafond, défini en fonction de la composition de votre foyer et de votre lieu de résidence.

À noter que ces conditions de ressources sont les mêmes que pour l'obtention de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire.

## LEXIQUE

<b>Affection de longue durée</b>	: Procédure qui permet la prise en charge à 100% frais relatifs à un traitement déterminé conjointement avec le médecin conseil de l'organisme de Sécurité Sociale et le médecin traitant
<b>Aide médicale</b>	: Service public placé sous l'autorité du président du Conseil Général ou du Préfet qui assure la prise en charge totale ou partielle des soins ambulatoires ou hospitaliers dont ont besoin les personnes malades, sans ressources suffisantes pour y faire face.
<b>Affiliation</b>	: Opération par laquelle un assuré est rattaché à un organisme pour le service des prestations une fois l'immatriculation faite. L'affiliation ne suffit pas pour avoir les droits ouverts.
<b>Assiette des cotisations</b>	: Est constituée par les salaires ou les revenus d'un assuré sur lesquels sont calculées les cotisations qu'il doit verser à l'organisme de protection sociale.
<b>Assujettissement</b>	: Reconnaissance de la qualité d'assuré social à l'égard d'un régime de protection sociale.
<b>Assuré</b>	: Personne immatriculée personnellement et qui cotise.
<b>Ayant droit</b>	: Personne bénéficiant des prestations en nature en raison de ses liens avec l'assuré.
<b>Bénéficiaire</b>	: Personne qui a droit aux prestations.
<b>C.S.G.</b>	: Contribution Sociale Généralisée.
<b>Cotisation</b>	: Contribution imposée aux assurés d'un régime de Sécurité Sociale et destinée au financement d'un ou plusieurs risques couverts par ce régime.

- Délai de carence** : Période de trois jours de maladie pendant lesquels les prestations en espèces ne sont pas versées.
- Forfait hospitalier ou journalier** : Somme d'un montant de 20 € par jour, versé par l'assuré hospitalisé au titre de contribution aux frais d'hébergement. Ce forfait est facturé pour toute hospitalisation d'une durée supérieure à 24 h.
- Immatriculation** : Inscription d'un individu sur le fichier des assurés sociaux, faite par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, qui permet de donner à chacun un numéro unique, en principe définitif.
- I.N.S.E.E.** : Institut National de la Statistique et d'Etudes Economiques.
- Jurisprudence** : Ensemble de décisions de justice qui rendent la même solution sur une question de droit qui se reproduit souvent.
- Lettre Clé** : Elle indique par un code le type d'acte médical ou paramédical pratiqué tout en préservant le secret professionnel.
- Maladie professionnelle** : Maladie contractée du fait ou à l'occasion du travail et figurant sur une liste fixée par décret.
- Médecin conventionné**: Médecin tenu d'appliquer les tarifs conventionnels.
- Mutuelle** : Organisation privée à laquelle on adhère volontairement pour être assuré contre certains risques sociaux.
- Nomenclature** : Liste des actes médicaux avec indication de leur valeur respective établie par l'administration.
- Numéro d'identification** : Numéro en 13 chiffres sous lequel toute personne est inscrite suivie de deux chiffres-clé pour le système informatique.
- Plafond** : Limite de salaire fixé par décret et réactualisé chaque année à partir de laquelle s'arrête le calcul de certaines cotisations dues en totalité par l'employeur, soit en partie par lui et l'assuré.

- Prescription (délai)** : 1- Action de l'assuré pour le paiement des prestations de l'Assurance Maladie et Maternité. Se prescrit pour deux ans à compter du premier jour du trimestre civil suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations.  
2- Indications données par le médecin concernant le traitement du malade. Les prescriptions sont établies sur ordonnance.
- Prestations** : Sommes remboursées à l'assuré par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
- Prestations légales** : Recouvrent les prestations en nature et les prestations en espèces.
- Prestations en nature ou frais des santé** : Remboursement partiel ou total des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation. Malgré leur nom, elles sont versées en espèces. Peuvent en bénéficier l'assuré et ses ayants droit.
- Prestations en espèces ou indemnités journalières** : Remboursements versés à l'assuré pour compenser sa perte de salaire en cas d'arrêt de travail. Elles peuvent prendre trois formes :  
- Indemnités journalières lorsque l'arrêt de travail est dû à la maladie, à la maternité ou à un accident de travail ou de trajet.  
- Pension (invalidité).  
- Capital (capital décès).
- Prestations Supplémentaires** : Sommes que la Caisse peut verser si la situation financière de l'assuré le justifie.
- Pension** : L'arrêt de travail est dû à l'invalidité.
- Protection sociale** : Comme assuré, en versant des cotisations proportionnelles à son salaire et à son revenu.
- Régime** : Ensemble des règles propres à un système de protection sociale.
- Référence** : Période précédant l'arrêt de travail.

- Risque social** : Evènement malheureux qui peut survenir à une personne et lui occasionner soit une dépense, soit une perte de revenus.
- Sécurité Sociale** : Organisme de droit privé qui gère un service public. Elle a pour but de reporter sur l'ensemble de la collectivité les risques sociaux affectant un de ses membres.
- Rente** : Somme versée en cas d'incapacité permanente résultant d'un accident professionnel et destinée à indemniser le préjudice né de cette incapacité.
- R.S.A** : Revenu de Solidarité active. Versé par la Caisse d'Allocations Familiales.
- S.M.I.C.** : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance. Répond au souci d'assurer aux salariés dont les rémunérations sont les plus faibles la garantie de leur pouvoir d'achat et une participation au mouvement économique de la Nation.
- Ticket modérateur** : Part de la dépense médicale restant à la charge de l'assuré.
- Tiers payant** : Frais médicaux des praticiens, pharmaciens, etc. qui sont directement payés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.



