



1. Généralités

C'est l'ensemble des mécanismes de prévoyance collective qui permet aux individus ou aux ménages français de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux, c'est-à-dire aux situations pouvant provoquer une baisse des ressources ou une hausse des dépenses (maladie, vieillesse, invalidité, chômage, charges de famille...).

La protection sociale découle essentiellement du principe de solidarité, inscrit dans le préambule des constitutions de 1946 et 1958. Les ressources servant à financer la protection sociale se répartissent en trois catégories :

- Les cotisations sociales sur les salaires. Elle constitue la part la plus importante de financement.
- Les impôts et taxes affectés, notamment la CSG (la Contribution Sociale Généralisée créée en 1991)
- Les contributions publiques de l'Etat.

Les principaux risques sociaux couverts par la protection sociale en France concernent :

Sécurité sociale	Santé	Maladie, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles
	Famille	Allocations familiales, aides pour la garde d'enfants, indemnités journalières et prestations liées au congé maternité
	Vieillesse	Minimum vieillesse, pension de retraite et pension de réversion
Aide sociale	Logement	Allocations de logement
	Pauvreté et exclusion sociale	Prestations sociales en faveur des personnes démunies. Prestations en faveur des personnes handicapées
Assurance chômage	Emploi	Indemnisation du chômage et dispositifs d'insertion ou de réinsertion professionnelle

2. La sécurité sociale

L'affiliation à un régime d'assurance maladie est obligatoire. Toute la population est donc censée être couverte soit par une base professionnelle soit familiale = ayants droits. Peuvent bénéficier sur demande du statut d'ayant-droit : le conjoint, concubin ou partenaire de PACS, les enfants, les ascendants, le cohabitant à charge.

La sécurité sociale est composée de différents régimes regroupant les assurés sociaux selon leur activité professionnelles. Les principaux régimes sont :

- **Le régime général** (92 % de la population). Il concerne la plupart des salariés, des étudiants mais également les travailleurs indépendants ...
- **Le régime agricole** (6% de la population). Il couvre les salariés et les exploitants agricoles ainsi que leurs ayants droits.
- **Les régimes spéciaux** (2% de la population). Ils concernent les salariés qui ne sont pas au régime général : agents de la SNCF, EDF, GDF, de l'armée, Banque de France, Assemblée Nationale et Sénat...

Le régime général est organisé en 3 niveaux :

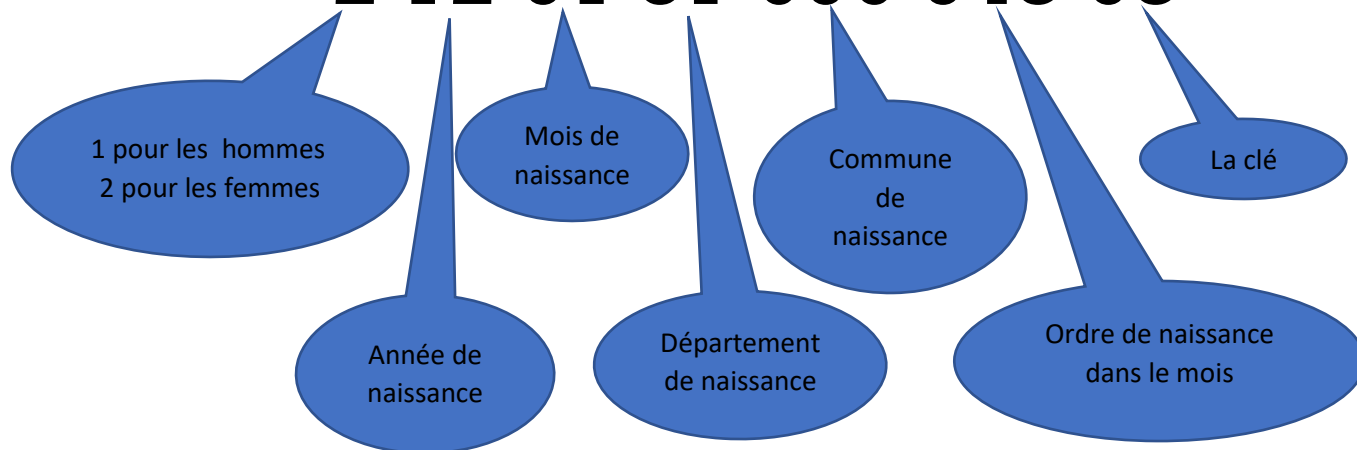
- National : CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)
- Régional : CARSAT (Caisse Régionale de l'Assurance Retraite et de la Santé au Travail)
- Local : CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie)

3. Le régime Alsace Moselle

C'est un régime local issu de l'histoire des départements du Bas-Rhin, Haut Rhin et Moselle. Il est uniquement financé par les cotisations des salariés et des retraités. Il concerne les salariés du secteur privé mais pas les fonctionnaires ni les indépendants ou les personnes affiliées à un régime spécial. Les remboursements de ce régime sont supérieurs à ceux du régime général (90 % au lieu de 70 % pour la majorité des soins et traitements)

4. Le n° de Sécurité sociale décrypté

2 72 01 57 606 043 03



5. Quelques définitions

ALD exonérante ou non exonérante.

Une Affection Longue Durée exonérante est une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et particulièrement coûteuse ouvrant droit à la prise en charge à 100 % pour les soins liés à cette pathologie.

Une liste de 30 pathologies a été établie (cancer, diabète, ...), mais d'autres affections peuvent faire l'objet d'une prise en charge à 100 % :

- Des affections non inscrites sur la liste (ALD 31) et répondant aux critères suivants : le malade est atteint soit d'une forme grave d'une maladie soit d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave et nécessitant un traitement d'une durée prévisible supérieure à six mois et particulièrement coûteux.
- De plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant (ALD 32) nécessitant un traitement d'une durée prévisible supérieure à six mois et particulièrement coûteux.

Une affection longue durée non exonérante est une pathologie qui nécessite une interruption de travail ou des soins d'une durée supérieurs à 6 mois mais n'ouvre pas droit à la suppression du ticket modérateur. Les remboursements sont effectués selon les taux habituels.



C'est le médecin qui établit la demande de prise en charge de la pathologie dans le cadre de l'ALD.
NB : D'autres situations peuvent justifier d'une prise en charge à 100 % sans être dans le cadre d'une ALD
ex. : maternité, 30 premiers jours suivant la naissance

Parcours de soins coordonné

Il consiste à consulter en priorité un médecin désigné comme « traitant » pour le suivi médical. Ce praticien peut être un généraliste ou un spécialiste. Pour que le remboursement soit optimal, c'est ce médecin traitant désigné qui décide d'orienter (adressé par courrier) vers des consultations spécialisées si nécessaire.

Ne sont pas concernées par ce parcours les consultations ophtalmologiques, gynécologiques, psychiatriques et stomatologiques et les enfants de moins de 16 ans.

Tarif conventionné et dépassement d'honoraires

Des conventions sont établies entre la sécurité sociale et les professionnels de santé pour gérer les tarifs des prestations de soins. Ce tarif conventionné sert de base au calcul des remboursements. Si un médecin pratique des tarifs supérieur, il effectue un dépassement d'honoraire qui ne sera pas pris en charge par la sécurité sociale.

Ticket modérateur

Il correspond à la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après remboursement de la sécurité sociale. Ce taux de remboursement varie selon la nature du risque, l'acte ou le traitement et le respect ou non du parcours de soins coordonné.

NB : Le TM n'inclue pas la participation forfaitaire d'1 € qui reste à la charge de l'assuré plafonné à 50 €/an/personne.

Forfait hospitalier

Il représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien secondaire à son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation y compris le jour de la sortie et n'est pas remboursé par l'assurance maladie.

Le montant journalier est fixé par arrêté ministériel.

Depuis le 1^{er} janvier 2018 il est de 20 €/jour en hôpital ou clinique et de 15 €/jour en psychiatrie.

Certaines situations exonèrent de ce forfait : hospitalisation dans les 4 derniers mois de grossesse jusqu'à 12j après l'accouchement, hospitalisation dans les 30 premiers jours suivants la naissance, hospitalisation suite à un AT ou une maladie professionnelle, régime Alsace Moselle ou pension militaire...

Complémentaire santé

C'est une assurance souscrite par l'entreprise pour les salariés (c'est une obligation pour le secteur privé) ou personnellement par le salarié. Selon l'offre souscrite, elle permet de bénéficier du remboursement en totalité ou en partie des frais de santé restant à charge après remboursement par l'assurance maladie : ticket modérateur, forfait hospitalier ou dépassements d'honoraires.



Tiers payant

Il permet de ne pas avancer les frais de santé : la sécurité sociale et/ou la complémentaire santé paye directement le médecin, le pharmacien ou l'hôpital.

Accidents du travail

Les personnes victimes d'un AT bénéficient d'une prise en charge spécifique engageant la responsabilité de l'employeur. (Ce dernier souscrit donc une assurance spécifique.)

Un AT est un accident survenant par le fait ou à l'occasion du travail ; par extension, l'accident survenant au cours du trajet pour entre le domicile et le lieu de travail est reconnu comme AT.

L'employeur est tenu de déclarer tout AT. Il fournit à l'employé les documents nécessaires pour la prise en charge des frais de santé secondaires à cet accident.

A l'issu d'un AT, l'employé est convoqué auprès du médecin du travail qui évalue l'aptitude ou non à la reprise de son emploi. En cas d'inaptitude, l'employeur est tenu de proposer un poste aménagé. En cas d'impossibilité, un licenciement pour inaptitude avec prime et indemnité de préavis sera proposé.

Invalidité

Pour compenser la perte de revenus et sous réserve de remplir certaines conditions médicales, d'âge et d'ouverture de droits, une personne en incapacité de retravailler suite à un accident ou une maladie, peut bénéficier d'une pension d'invalidité.

Les conditions :

- ✓ Age légal de la retraite non atteint
- ✓ Capacité de travail réduite de 2/3
- ✓ Être immatriculé depuis plus de 12 mois au moment de l'arrêt de travail ou au moment de la constatation de l'invalidité par le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie
- ✓ Avoir travaillé et cotisé au moins 800 h sur les 12 mois précédent l'arrêt de travail pour invalidité

Les catégories et les montants de l'invalidité au 1^{er} janvier 2021 (sources Ameli.fr)

Catégories :		Calcul de la pension d'invalidité en % Sur la base du salaire annuel moyen perçu pendant les 10 meilleures années	Montant mensuel min. (€)	Montant mensuel max. (€)
1 ^{ère}	Capable d'exercer une activité professionnelle rémunérée	30%	293,96	1 028,40
2 ^{ème}	Plus capable d'exercer une activité professionnelle	50 %	293,96	1 714,00
3 ^{ème}	Plus capable d'exercer une activité professionnelle + besoin de l'aide d'une tierce personne pour les gestes essentiels de la vie courante	50 % + majoration pour tierce personne	293,96 + 1 126,41	1 714,00 + 1 126,41