

# LA PROTECTION SOCIALE

## 1) les risques sociaux

**U**n risque est dit **social** lorsqu'une garantie collective est mise en place par les pouvoirs publics pour pallier ses conséquences. C'est le cas en France, des risques suivants :

- Risque santé : maladie, invalidité, accident du travail, maladie professionnelle ;
- Risque vieillesse – survie : cessation définitive de l'activité professionnelle, décès ;
- Risque maternité famille : éducation des enfants ; conception et mise au monde des enfants, contraception, avortement ;
- Risque emploi : chômage, inadaptation professionnelle ;
- Risque handicaps socio-économiques : pauvreté, exclusion.

## 2) les différents types de protection sociale et leur financement

### a) la sécurité sociale

Le système de sécurité sociale comprend essentiellement quatre régimes :

#### ► *Le régime général*

C'est de loin le plus important puisqu'il concerne la majeure partie des salariés de l'industrie, du commerce et des services ; Il est organisé en quatre branches d'assurance qui couvrent les différents risques sociaux.

- La branche assurance maladie protège les assurés sociaux des conséquences pécuniaires des risques maladie, maternité, invalidité, décès.
- La branche assurance accident du travail – maladie professionnelle couvre les risques accident du travail, accident de trajet, maladie professionnelle.

- La branche assurance vieillesse protège l'individu des conséquences financières de la vieillesse.
- La branche allocations familiales contribue à la prise en charge des frais occasionnés aux familles par la présence d'un ou de plusieurs enfants.

#### ► *Le régime agricole*

Il concerne les exploitants agricoles et les salariés agricoles.

#### ► *Le régime social des indépendants*

Ce régime couvre les commerçants, les artisans et les professions libérales.

#### ► *Les régimes spéciaux*

Agents de la SNCF, de la RATP, mineurs...

## b) les organismes complémentaires

Ces organismes assurent une protection complémentaire à celle de la Sécurité sociale.

### ► *Les régimes de retraite complémentaire*

Ils ont été créés essentiellement pour pallier l'insuffisance des retraites versées par l'assurance vieillesse du régime général de Sécurité sociale. Ils participent également à des activités d'action sociale envers leurs ressortissants soit en leur apportant une aide individuelle (aide aux vacances, au logement, prise en charge d'une partie des frais d'aide ménagère), soit en créant ou subventionnant des réalisations telles que maison de retraite, foyer logement, maison de vacances...

### ► *Les mutuelles*

Groupements de droit privé à but non lucratif, les mutuelles mènent dans l'intérêt de leurs membres et de leurs familles, des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide. Elles assurent les risques sociaux liés à la personne et 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.

Les mutuelles proposent aussi à leurs adhérents l'accès à différents services à caractère sanitaire, social, médico-social ou culturel : cliniques, centres dentaires et d'optique, maisons de retraite, centres de vacances...

Les ressources des mutuelles sont essentiellement constituées des cotisations des adhérents. L'adhésion à une mutuelle est facultative.

### ► *Les institutions de prévoyance*

Organismes paritaires (employeurs-salariés) régis par le code de la sécurité sociale et agréées par le ministère chargé de la Protection sociale, ils ont pour activité principale la couverture des risques relatifs à la personne dans le cadre de contrats collectifs d'entreprises ou de branches professionnelles.

### ► *Les sociétés d'assurance*

Elles permettent à leurs adhérents de faire face aux conséquences financières de certains risques notamment accident, hospitalisation, etc., en contrepartie du versement de primes. Ces primes sont calculées en fonction de la fréquence du risque, et du dédommagement souhaité.

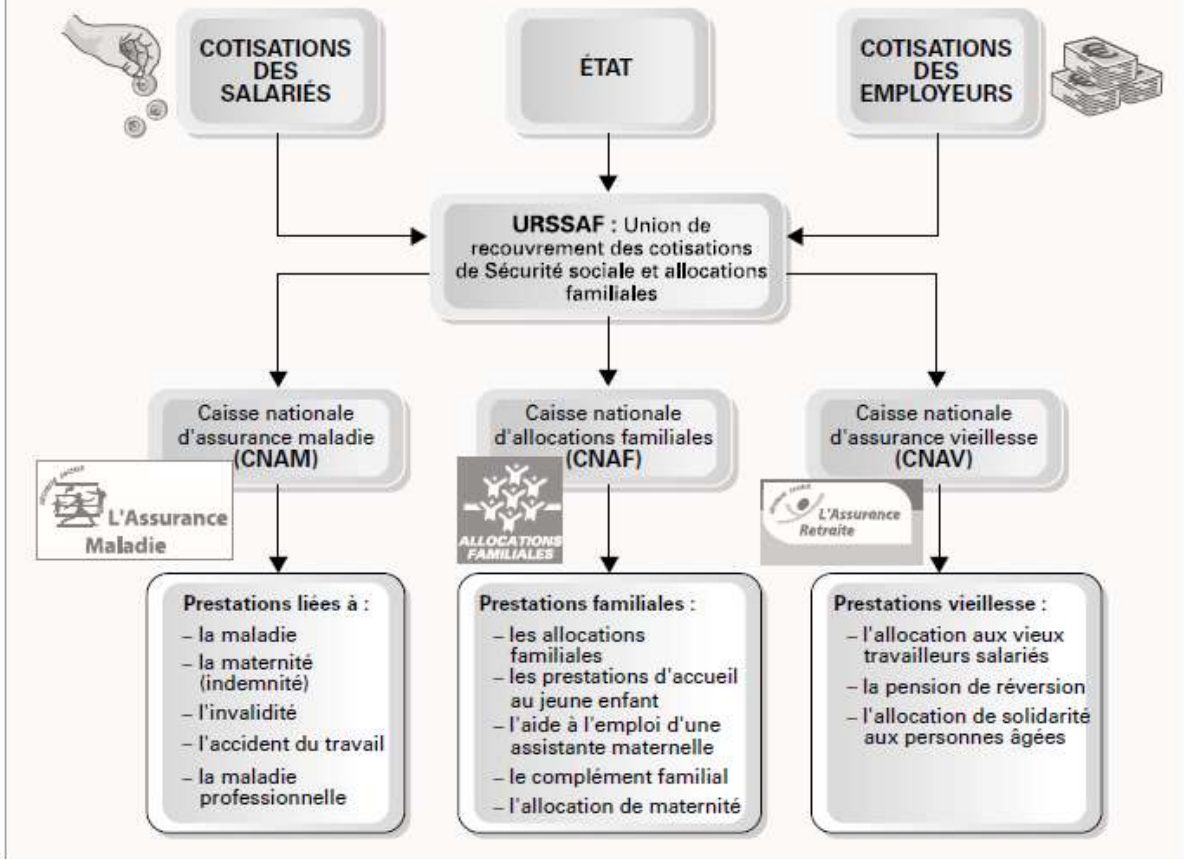
L'adhésion est facultative. Une compagnie d'assurance peut refuser la souscription d'un contrat si elle considère que celui-ci lui fait prendre des risques financiers trop importants.

## c) le financement de la sécurité sociale

exercice :

### DOC. C Le principe de la protection sociale

En France, la Sécurité sociale est le pivot de la protection sociale. Elle repose sur un principe de solidarité nationale et contribue à offrir à tous les Français une égalité d'accès aux soins quel que soit leur niveau de revenu. Des organismes de couverture complémentaire peuvent s'y ajouter si on souscrit une assurance supplémentaire ou une mutuelle.



7. À l'aide des documents C et D,

7.1. **Indiquer** le principe de financement de la Sécurité sociale.

## d) le parcours coordonné de soins

exercice :

10. A partir du document F,

10.1. Définir la notion de parcours de soins coordonnés.

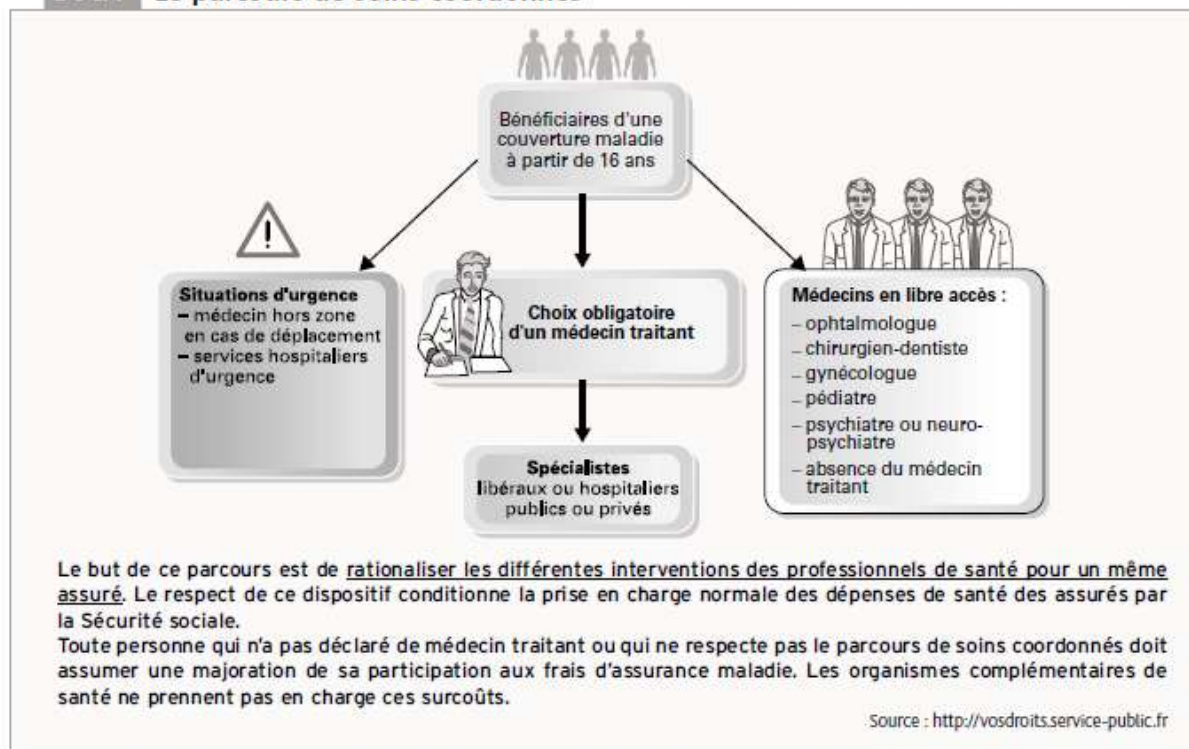
10.2. Surligner l'objectif du parcours de soins coordonnés.

10.3. Préciser la pénalité supportée par l'assuré qui ne respecte pas le parcours ou ne déclare pas de médecin traitant.

10.4. Indiquer, à l'aide d'une croix, pour chaque situation, si le parcours de soins coordonnés est respecté, puis justifier.

Situations	Respect du parcours ?		Justifications
	Oui	Non	
L'amie de Ninon, qui est également enceinte, a préféré se faire suivre par un gynécologue.			C'est un médecin en libre accès.
Lucie réside à Angers. Elle est actuellement en vacances dans le sud de la France. Elle se fait une plaie au genou et consulte un médecin sur place.			Elle se trouve dans le cas d'une situation d'urgence.
Jeanne se rend avec son bébé de 6 mois chez son médecin traitant déclaré auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie, pour la visite du sixième mois.			Elle consulte son médecin traitant déclaré.
Ismaël, 17 ans, fait une sortie avec son copain Cyrille. Il chute et se fait mal à la cheville. Il consulte le médecin traitant de Cyrille car il n'a pas encore choisi son médecin.			Il a plus de 16 ans et n'a pas fait le choix d'un médecin traitant.

### DOC. F Le parcours de soins coordonnés



12. A partir du document H, renseigner le tableau. (Ecrire les calculs.)

Montant remboursé suite à une consultation chez un spécialiste secteur 1	
Dans le cadre du parcours de soins coordonnés	Hors parcours de soins coordonnés
$\frac{70 \times \dots}{100} = \dots$	$\frac{30 \times \dots}{100} = \dots$

**DOC. H Les tarifs de remboursement**

	Parcours de soins coordonnés		Hors parcours de soins coordonnés	
	Tarif 31/01/09	Base de remboursement	Tarif 31/01/09	Base de remboursement
Généraliste secteur 1 (conventionné)	23	70 % moins la participation de 1 €	23	30 % moins la participation de 1 €
Spécialiste secteur 1	28	70 % moins la participation de 1 €	28	30 % moins la participation de 1 €

● La base de remboursement est de 100 % pour les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse, les personnes atteintes d'affections de longue durée et les personnes relevant de la CMU.

● Pour le remboursement des soins, le tiers payant permet à l'assuré de ne payer que le ticket modérateur, c'est-à-dire la fraction des frais médicaux restant à sa charge et pouvant être pris en charge par la mutuelle.

L'assuré gardera toujours à sa charge la participation forfaitaire de 1 euro sauf les femmes enceintes et les bénéficiaires de la CMU.

● Depuis janvier 2008, la franchise médicale est mise en place. C'est une somme qui est déduite du montant de remboursements de l'Assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

**Proposer des solutions**

**Activité 6 Des réponses aux questions de Ninon**

- Indiquer le médecin auquel Ninon va s'adresser pour déclarer sa grossesse :  
.....
- Indiquer la démarche si elle veut consulter :  
- un chirurgien dentiste : .....  
- un urologue : .....
- Nommer l'organisme qui va lui verser :  
- les prestations familiales auxquelles elle a droit : .....  
- les indemnités dues lors de son congé de maternité : .....
- Indiquer le montant remboursé par l'assurance maladie et justifier le résultat :  
- suite à sa première visite chez le médecin traitant : .....  
- au cours du septième mois de grossesse : .....
- Nommer l'organisme qui peut lui rembourser la somme restant à sa charge : .....

## e) La protection universelle maladie (PUM)

### Dans le texte suivant souligner les conditions pour bénéficier de la PUM :

Le 1er janvier 2016, la protection universelle maladie entre en application, la CMU de base est supprimée. La protection universelle maladie assure aux personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou qui résident en France de façon stable et régulière, la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.



### f) autres dispositifs :

#### 1) La CMU-C

La loi CMU du 27 juillet 1999 a permis l'ouverture de ce dispositif suite au vote de la loi relative à la lutte des exclusions.

##### Principe :

La couverture maladie universelle complémentaire offre aux personnes qui peuvent en bénéficier une couverture maladie complémentaire gratuite.

Les frais de soins sont pris en charge à 100 % et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale.

La CMU complémentaire prend en charge le ticket modérateur et les bénéficiaires de la CMU-C sont exonérés du paiement des franchises, ainsi que de la participation forfaitaire de un euro.

### Exemple d'une consultation chez votre médecin traitant



La consultation est directement réglée par l'assurance maladie et l'organisme qui gère votre CMU-C.

##### Conditions d'ouverture auprès de la CPAM :

La CMU complémentaire est accordée, sous condition de ressources (plafond de ressource 8 645 €), pour un an si la résidence en France de la personne est stable et régulière depuis au moins trois mois.

Pour un étranger, il devra disposer, en outre, d'un titre de séjour.

L'ensemble des ressources du foyer (du demandeur, de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS, de ses enfants et de toute autre personne de moins de vingt cinq ans vivant sous le même toit ou figurant sur la déclaration fiscale...) des douze mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond annuel fixé par décret. Il est tenu compte de la composition du foyer et du nombre de personnes à charge.

Les bénéficiaires du RSA bénéficient d'office de la CMU-C.

## 2) L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) :

L'aide consiste en une prise en charge partielle des cotisations dues à un organisme complémentaire pour les personnes dont les revenus dépassent, dans la limite de 20%, le plafond fixé pour la CMU-C (11 670 €).



L'appréciation des ressources est effectuée par les caisses d'assurance maladie des régimes de base dans les mêmes conditions que pour l'attribution de la CMU complémentaire.

Le montant de l'aide varie en fonction de l'âge :

- 100 euros pour les moins de 16 ans ;
- 200 euros de 16 à 49 ans ;
- 350 euros pour les 50 à 59 ans ;
- 550 euros pour les plus de 60 ans ;

## 3). L'aide médicale d'Etat (AME) :

L'AME est destinée aux étrangers qui résident en France de façon ininterrompue depuis plus de trois mois mais qui ne disposent pas d'un titre de séjour régulier. Par ailleurs, une condition de ressources a été introduite ; les revenus des demandeurs ne doivent pas dépasser le plafond applicable pour l'admission à la CMU-C.

L'AME est attribuée pour **un an renouvelable**.

Elle permet la prise en charge des frais de soins dans les conditions de droit commun. Toutefois, le bénéficiaire de l'AME n'a pas à faire l'avance des frais

Exercice : fléchez la bonne réponse :

<b>PMU</b>	<b>Couverture maladie universelle complémentaire, elle vient en complément des dépenses de santé. Elle est attribuée à ceux dont les revenus ne dépassent pas un certain plafond de ressources (8645 E par an) Elle est attribuée d'office aux bénéficiaires du RSA</b>
<b>CMU C</b>	<b>La protection universelle maladie assure aux personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou qui résident en France de façon stable et régulière, la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.</b>
<b>Franchise médicale</b>	<b>Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Sont concernés les personnes qui ne dépassent pas 20 % du plafond de ressources.</b>
<b>ACS</b>	<b>Montant qui n'est pas remboursable. ( montant pour certaines montures de lunette)</b>
<b>Ame</b>	<b>Aide médicale d'Etat attribuée aux étrangers qui résident de façon régulière en France et qui ne dépassent pas le plafond de ressources(8645 E par an)</b>

**f) la carte vitale : l'immatriculation à la sécurité sociale  
exercice :**



**A partir de l'attestation de carte vitale ci-dessus :**

**Entourer le n° de l'assurée.**

**Indiquer le nom de l'assurée :**

**Indiquer le nom des autres bénéficiaires ou ayant droit :**

**Justifier la simplification des remboursements :**



### 3) les prestations de la sécurité sociale

#### ► Les prestations en nature

En règle générale, l'assuré règle directement le professionnel de santé : c'est le principe de l'avance des frais.

Le remboursement intervient sur présentation de pièces justificatives :

- soit une feuille de soins « papier » pré-identifiée au nom du professionnel de santé, sur laquelle sont notés les actes accomplis, le montant des honoraires perçus, et collées le cas échéant les vignettes des médicaments achetés ;
- soit une feuille de soin électronique.

Pour obtenir le remboursement de certaines prestations (par exemple soins d'orthodontie), l'assuré doit obtenir l'accord de la caisse primaire d'assurance maladie dont il dépend avant d'entamer le traitement : c'est le principe de l'entente préalable.

La pratique du tiers payant permet de déroger à l'avance des frais : dans ce cas, c'est la caisse primaire d'assurance maladie d'affiliation de l'assuré qui règle directement au professionnel de santé les honoraires et/ou les soins dus, l'assuré social ne payant alors que la somme qui reste à sa charge.

#### ► Les prestations en espèces

Ce sont des revenus de remplacement auxquels seul l'assuré peut prétendre : indemnités journalières, pension d'invalidité, capital décès pour les survivants.

Les indemnités journalières sont versées à partir du 4<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail, dans la limite d'un plafond et pendant une durée de trois ans au plus. Au delà de ce délai ou lorsque l'état de l'assuré social est stabilisé, les indemnités journalières laissent place à une pension d'invalidité si le médecin conseil estime que l'assuré présente une invalidité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail ou de gain.

Dans certains cas, l'assuré est exonéré du ticket modérateur, en raison de la nature de sa maladie, de sa situation, ou du coût élevé du traitement.

Le tiers payant : la caisse primaire d'assurance maladie se substitue à l'assuré et règle directement les professionnels de santé et/ou les établissements de soins.

**L**e délai de carence : les trois premiers jours d'arrêt de travail ne sont pas indemnisés. Il se calcule en tenant compte des jours ouvrables et non ouvrables et s'applique à chaque interruption de travail.  
Il n'y a pas de délai de carence lorsque l'arrêt est motivé par un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Lorsqu'une incapacité de travail partielle subsiste à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, une rente est versée.  
Un capital décès peut être versé aux ayants droit de l'assuré social décédé, sous certaines conditions.

#### **4) les bénéficiaires de la sécurité sociale**

##### **► Les bénéficiaires**

L'assuré social bénéficie de l'assurance maladie ainsi que ses ayants droit c'est-à-dire :

- son conjoint (même séparé de droit ou de fait s'il n'est pas lui-même assuré social) ;
- son concubin s'il est à sa charge effective et permanente ;
- la personne qui vit depuis douze mois consécutifs avec lui sans être son conjoint, ni son concubin, et qui est à sa charge effective, totale et permanente. Cette qualité ne peut être reconnue qu'à une seule personne.

Et, sous certaines conditions :

- ses enfants ;
- ses ascendants, descendants, collatéraux et alliés.