

# CHAPITRE I. LE DROIT A LA PROTECTION SOCIALE

## SECTION I. LA PRISE EN CHARGE DU RISQUE SANTE PAR LA SECURITE SOCIALE.

### A. AFFILIATION ET NOTION D'AYANT DROIT

Les prestations de la sécurité sociale sont destinées à toutes personnes salariées ou travaillant sur le territoire français, sous réserve de certaines conditions.

La personne doit, en général, justifier d'un nombre minimum d'heures (200 / trimestre en 2012) ou d'un certain nombre de cotisations (cas des professions libérales).

Elles sont délivrées par la CPAM. *Je vous renvoie au module A, chapitre V de votre formation.*

Les ayants droits sont les personnes à charge de l'assuré :

- Le conjoint ne travaillant pas et ne bénéficiant d'aucun régime obligatoire de sécurité sociale.
- La personne qui vit maritalement avec l'assuré.
- Le conjoint Pacsé.
- Les ascendants, descendants, collatéraux et alliés jusqu'au 3° degré qui vivent au domicile de l'assuré et qui ont au moins 2 enfants de moins de 14 ans à charge.
- Les enfants mineurs de 16 ans et ceux entre 16 et 21 ans s'ils sont étudiants ou apprentis.
- Les enfants handicapés.
- Toute personne qui vit au domicile de l'assuré depuis au moins 1 an et qui se trouve à sa charge effective et permanente (une seule personne / assuré).

## B. ASSURANCE MALADIE ET MATERNITE

La branche maladie protège l'assuré et es ayants droits des conséquences de la maladie, la maternité, l'invalidité et les décès.

Elle rembourse en tout ou partie les dépenses de santé engagées par l'assuré et compense en partie la perte de salaire subie par l'assuré pour cause de maladie ou d'arrêt maternité.

**Les prestations sont versées par la CPAM : Caisse primaire d'Assurance Maladie.**

### 1. PRESTATIONS EN NATURE

Elles couvrent les frais médicaux, paramédicaux et les frais de pharmacie, d'appareillage et d'hospitalisation.

Pour être remboursé, l'assuré doit :

- Entrer dans un parcours de soins coordonné par un médecin traitant déclaré à la sécurité sociale.
- Avoir un dossier médical personnalisé.

Les taux de remboursement (en pourcentage) sont régulièrement réévalués, pour les médicaments et les soins paramédicaux (kinésithérapie...radio...). Il en va de même pour le forfait hospitalier (qui couvre les frais d'hébergement et de nourriture de l'assuré).

Pour être soigné « gratuitement », il faut cotiser à une mutuelle qui rembourse le tiers payant (part à charge de l'assuré, non payée par la Sécurité Sociale).

- **Le ticket modérateur** est d'un euro lors de chaque consultation, à charge du patient et non remboursé (ni par la sécurité sociale, ni par les mutuelles).
- **Le forfait hospitalier** est de 18 euros en 2012.
- Il existe une franchise sur chaque acte hospitalier dépassant 120 euros.

*Sources : Le Volum : Institutions et acteurs de l'action sociale. Editions Foucher 2012*

### 2. LES PRESTATIONS EN ESPECE

Il s'agit d'une prestation financière, destinée à remplacer le salaire de la personne assurée en cas d'arrêt de travail.

- **En cas de maladie** : l'arrêt doit être prescrit par le médecin et l'indemnité n'est due qu'à partir du 4<sup>o</sup> jour (on parle de jours de carence).

Il correspondant à la moitié du salaire net de référence de la personne malade, il est valable 3 mois maximum et peut être prolongé pendant 3 ans, en cas « de longue maladie » (cancer par exemple). Au-delà, c'est l'assurance invalidité qui prend le relais.

- **En cas de maternité** : elle assure la prise en charge des frais liés à la grossesse et à l'accouchement (totalement remboursés) ainsi que le paiement des indemnités maternité (85% du salaire brut). La période couverte va de 8 semaines avant l'accouchement et 10 semaines après. Elle augmente en cas de naissance multiple et à partir du troisième enfant. Sont également concernés les parents adoptifs qui bénéficient de 10 semaines de prestations en espèce (allongées à 22 en cas d'accueil multiple).
- **Le congé paternité** : la durée du congé paternité est fixée à 11 jours consécutifs (ou 18 en cas de naissance multiple).
- **L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie** : elle est versé à une personne qui bénéficie d'un congé solidarité familiale ou qui l'a transformé en période d'activité à temps partiel (suspension ou réduction de son temps de travail) pour s'occuper d'un proche en fin de vie (ascendant, frère ou sœur, personne de confiance).

## C. L'ASSURANCE INVALIDITE

C'est une pension qui a pour objet de compenser la perte de salaire qui résulte de la réduction de la capacité de travail ou de gain (profession libérale)

Est considéré comme invalide, l'assuré social qui n'a pas atteint l'âge légal de la retraite et qui se trouve hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale de la profession qu'il exerçait avant l'arrêt de travail ou la constatation de l'état d'invalidité.

Pour y prétendre, la personne doit remplir l'une des conditions suivantes :

- Soit avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le Smic horaire au cours des 12 mois civils précédant l'interruption de travail, dont 1 015 fois au cours des 6 premiers mois,
- soit avoir effectué 800 heures de travail salarié au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'état d'invalidité, dont 200 heures au moins au cours des 3 premiers mois.

## ⇒ LES CATEGORIES D'INVALIDITE

Pour déterminer le montant de la pension d'invalidité, les invalides sont classés en 3 catégories, en fonction de leur situation :

Catégorie	Situation
1ère catégorie	Invalides capables d'exercer une activité rémunérée
2ème catégorie	Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque
3ème catégorie	Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie

C'est le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) qui détermine votre catégorie d'invalidité.

Être reconnu invalide de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie n'entraîne pas automatiquement l'inaptitude au travail.

C'est au médecin du travail de la constater et il peut déclarer la victime apte à travailler, sous condition qu'il fixe dans son avis d'inaptitude, même en cas de classement en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie.

## ⇒ MONTANT DE LA PENSION D'INVALIDITE

La pension est calculée sur la base d'une rémunération moyenne, obtenue à partir des 10 meilleures années de salaire (salaires soumis à cotisations dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale).

Les pensions d'invalidité sont revalorisées 1 fois par an, par application d'un coefficient de majoration.

Montants minimum et maximum des pensions en fonction des catégories d'invalidité :

Catégorie d'invalidité	Pourcentage du salaire annuel moyen des 10 meilleures années	Montant mensuel minimum	Montant mensuel maximum
1ère catégorie	30 %	279,98 €	925,80 €