

ANNEE UNIVERSITAIRE 2006-2007

LA PROTECTION SOCIALE

*EXTRAITS DU COURS de Mr PASCAL LABBEE
INSTITUT DU DROIT ET DE L'ETHIQUE
UNIVERSITE DE LILLE II*

*EN VUE DE LA PREPARATION DE L'EXAMEN ORAL LES
ETUDIANTS S'ATTACHERONT A REFLECHIR SUR LES THEMES
SUIVANTS:*

*RISQUE MALADIE
RISQUE ACCIDENT
RISQUE ECONOMIQUE ET MINIMA SOCIAUX
RISQUE HANDICAP
DROIT A LA SANTE ET AU LOGEMENT*

*AVERTISSEMENT : CE COURS POLYCOPIE EST A L'USAGE DES ETUDIANTS
DE L'UNIVERSITE DE LILLE II - IL A ETE ETABLI POUR LEUR FACILITER LE
TRAVAIL DE REVISION ET N'A D'AUTRE FINALITE .
UN CERTAIN NOMBRE DE DEVELOPPEMENTS N'ONT PAS ETE INTEGRES
POUR LIMITER LE POLYCOPIE AUX DOMAINES A REVOIR POUR L'EXAMEN
PORTANT SUR LE COURS SEMESTRIEL DE MASTER EN DROIT*

INTRODUCTION

PRÉAMBULE

Tout individu est potentiellement exposé à connaître au cours de son existence la survenance de tel ou tel risque l'affectant dans sa personne ou dans sa capacité de survie économique .

On peut penser aux risques physiques (maladie ,incapacité handicap physique..) ou aux risques " normaux " de l'existence : maternité vieillesse ...

On peut encore penser aux risques sociaux (chômage "desocialisation" exclusion, inadaptation sociale)

On peut encore penser aux risques physiques liés à des événements extérieurs à la personne (terrorisme, dommages liés à la délinquance..) et parfois normalement imprévisibles (contamination transfusionnelle par le virus du Sida ; - catastrophe naturelle - danger nucléaire ..)

La France consacre au niveau des principes généraux le Droit d'être garanti contre un ensemble de ces risques de l'existence

Ainsi le préambule de la Constitution de 1946 rappelle :

"La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement .

"Elle garantit à tous notamment à l'enfant à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle le repos et les loisirs .Tout être humain qui en raison de son âge son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'impossibilité de travailler a DROIT D'OBTENIR DE LA COLLECTIVITÉ DES MOYENS CONVENABLES D'EXISTENCE ".

la Déclaration Universelle des Droits de l'Hommes (1948) indique

"Toute personne en tant que membre de la Société a droit à la SÉCURITÉ SOCIALE ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personne grâce à l'effort national.

"Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé ,son bien être et ceux de sa famille ,notamment par l'alimentation l'habillement le logement , les soins médicaux ,ainsi que les service sociaux nécessaires .Elle a droit à la sécurité en cas de chômage,de maladie d'invalidité de veuvage,de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

Il faut s'interroger sur la question de savoir QUELS RISQUES PEUVENT ÊTRE COUVERTS - ET COMMENT S'OPÈRE CETTE GARANTIE CONTRE LES RISQUES :

Par ailleurs il convient de s'interroger sur la prise en charge de ces risques .. Quelle collectivité assurera la prise en charge du risque ?

L'idée de la prise en charge par la collectivité (mais quelle collectivité ?) de tel ou tel risque souffert par l'individu traduit cette évolution vers une socialisation des risques de l'existence, de façon à assurer ou à faire assurer collectivement au bénéfice de la personne

ses moyens de survie économique et peut être également un relatif " bien être " - révélés par des droits minima tel le droit au logement .

Dans quelles circonstances l'individu se trouve-t-il créancier de la collectivité d'un droit à ces " moyens de subsistance " ?

TROIS AXES DE RÉFLEXION - ET TROIS COMPOSANTES D'UN DROIT DE LA PROTECTION CONTRE LES RISQUES :

A) LA DÉMARCHE "CLASSIQUE" inspirée des règles purement civilistes.

-Pour les risques inhérents à la personne ..c'est l'idée de L'ASSURANCE qui pourrait être la règle ..

: Que chacun ait en tête les risques potentiels de l'existence et qu'il fasse au temps des vaches grasses ce qu'il faut faire pour le garantir au temps des vaches maigres... Que chacun soit fourmi ,et non cigale ,ou tant pis pour la cigale . Que chacun économise pour "les vieux jours" ou adopte une démarche volontaire d'assurance ou d'adhésion à un système volontaire. C'est l'idée de L'ASSURANCE

Tant pis pour celui qui ne s'est pas assuré ..

La Collectivité n'aurait alors à intervenir qu'autant que la personne n'a pu "prévoir raisonnablement " le risque potentiel .Ou n'aurait à intervenir qu'autant que la personne a perdu les moyens de subsistance, dans le cadre d'un devoir de solidarité du par la collectivité

- Pour les risques créés au détriment du tiers victime

C'est à dire le risque lié à l'activité qui peut générer un risque de dommage au tiers c'est l'idée de la RESPONSABILITÉ CIVILE délictuelle ou quasi délictuelle- avec éventuellement la recherche de responsabilité contractuelle (obligation de sécurité vis à vis du co contractant) .. La victime pouvant agir contre celui qui a créé le risque ,pour obtenir indemnisation du dommage causé.

Pour garantir la personne contre le risque crée par le tiers ou par un événement extérieur la garantie du risque se traduira par un double aspect

Nous constaterons que la systématisation de la responsabilité pour risque crée génère un phénomène d'assurance spontané de celui qui crée le risque - la généralisation de l'assurance amenant tout naturellement à l'obligation légale de s'assurer au bénéfice du tiers potentiellement victime (En exemple : l'obligation du conducteur de véhicule automobile - l'obligation du chef d'entreprise de s'assurer contre le risque accident de travail, ou encore du médecin ou de l'hôpital ..)

Nous raisonnerons alors dans un contexte D'ASSURANCE - Et la socialisation se traduit par l'aspect obligatoire de l'assurance

La socialisation du risque dans se domaine se traduira également par l'automaticité de la réparation due à la victime et une altération des notions de responsabilité individuelle de l'auteur du préjudice (que l'on pense par exemple au piéton victime d'un accident de la route ou à la victime d'un accident de travail... Où la réparation est automatique - sinon dans chacune des hypothèses à ne retrouver la notion de responsabilité qu'au travers de la démonstration d'une faute inexcusable)

B) LA "SOLIDARITÉ" COLLECTIVE

La notion de " solidarité " - telle que les Juristes l'entendent- ne doit pas être confondue avec celle d'assistance .La solidarité crée des droits et des devoirs (" Cf : les co-obligés solidaires")

- Pour les risques inhérents à la personne ..

C'est la mise en place d'un système OBLIGATOIRE d'assurance contre les risques - avec le plus généralement un financement réparti (employeur / salarié) pour les risques

le plus généralement un financement réparti (employeur / salarié) pour les risques générant perte de revenu du travail (maladie maternité invalidité vieillesse , chômage..)

C'est également l'idée du DROIT A LA SANTÉ (prise en charge des frais liés aux soins ; prestations en nature) ,le droit étant affirmé comme égal et identique pour tous avec un financement double du système (cotisations pour ceux qui peuvent contribuer / Collectivité pour ceux qui ne le peuvent pas)

- Pour les risques non inhérents à la personne /

C'est la reconnaissance d'un devoir collectif de garantir la personne contre le risque extérieur crée ou par le tiers insolvable ou non assuré , ou par l'événement normalement imprévisible ..Systèmes de FONDOS DE GARANTIE - qui seront soit subsidiaires (intervenant à défaut d'assurance par l'auteur du dommage) - soit principaux (absence d'assurance obligatoire pour l'auteur d'un dommage)

(En exemple : le risque délinquance - et la Commission d'Indemnisation des victimes ,le risque " Sida transfusionnel" le risque "terrorisme" ou encore le risque insolvabilité de l'employeur (AGS) ou non assurance du conducteur automobile (fonds de garantie automobile...).Risque thérapeutique (Loi " Kouchner")

C) LE DEVOIR GÉNÉRAL "D'ASSISTANCE " AUX DÉMUNIS

Il va de soi que certains risques ne peuvent être pris en charge que par les mécanismes de la solidarité collective, indépendamment de toute notion d'assurance (pensons à l'enfant orphelin - à l'asocial - au dément - à la personne âgée dépendante - à la personne handicapée qui ne peut travailler..) La collectivité se doit de prendre en charge celui qui se trouve en état de besoin .

Il appartient à la (ou à telle) collectivité de garantir à l'individu qui en fait partie, une certaine sécurité tant sur le plan économique que sur le plan de la santé (cette garantie étant donnée soit sur le fondement de la solidarité entre les membres d'une même collectivité,soit en fonction des obligations prises par ou imposées à l'individu dans son adhésion à la collectivité elle même.)

De l'idée que la personne acquiert pour et par elle même un certain nombre de droits, on arrive à l'idée que la personne est CRÉANCIÈRE de telle collectivité - ou de la Collectivité - de tel ou tel DROIT ... Et on voit d'ailleurs émerger une nouvelle notion de "droit opposable" qui met à la charge de la collectivité une obligation de faire pouvant semble-t-il se traduire par des dommages et intérêts en cas de non exécution.

De l'idée de responsabilité individuelle complétée de l'idée d'assurance nous passons petit à petit à l'idée de garantie due à l'individu par la collectivité .

La collectivité doit me garantir quelque soit la cause de l'événement qui m'affecte, d'un statut économique et social minimum.

La Collectivité prendra en charge un certain nombre de risques pour les personnes qui n'ont pas été à même d'être couverts par un système de protection obligatoire (et nous trouverons alors des mécanismes de financement par l'impôt - c'est l'exemple de l'action sociale (autrefois assistance publique puis aide sociale) Ou pour qui doit jouer le devoir de solidarité nationale faute pour elles d'avoir pu ou d'avoir pu suffisamment cotiser à un système de de protection individuelle (Vieux travailleurs salariés indigents par exemple) C'est le devoir de " charité socialisée" ,ou "d'assistance publique" qui nous le verrons se traduit par un certain nombre de prestations en espèces (minima sociaux..RMI,API, AAH, minimum vieillesse) Ou encore par des prestations en nature (droit au logement , droit au " bien être ",droit à la Justice , à la culture, à la formation et à l'éducation...) et la collectivité doit garantir " l'accès aux droits" et l'effectivité de ces " droits"

Nous verrons que le bénéficiaire de ces droits minima peut se voir imposer une démarche de " resocialisation " (contrat d'insertion , suivi éducatif..)

Si nous raisonnons à partir de DONNÉES HISTORIQUES ,on constate une tendance très notable de “SOCIALISATION “ des RISQUES DE L'EXISTENCE ..

Un rapide historique permettra - avant de dresser un inventaire des CRÉANCES DE L'INDIVIDU AU TITRE DE LA PROTECTION SOCIALE - de comprendre l'origine même de ces systèmes hybrides :

SECTION 1) HISTORIQUE DE LA SOCIALISATION DES RISQUES INHÉRENTS A LA PERSONNE

Nous trouvons ici pour l'essentiel l'évolution du Droit de la Sécurité Sociale et de la protection contre les risques maladie maternité invalidité décès vieillesse..

Toute la réflexion vient du postulat de départ que L'INDIVIDU EST - PAR LE TRAVAIL LIBÈRE DE L'ETAT DE BESOIN

“Tu gagneras ton pain à la sueur de ton front...”

L'individu doit pouvoir assurer sa survie économique et les moyens de son existence par le biais de son travail.

Par son travail l'individu se libère de toute forme de dépendance ,et sur le seul aspect des moyens de subsistance ,le travail doit lui permettre de survivre,ou d'obtenir en échange de son travail ,les moyens de son existence ..

Le raisonnement qui a été à l'origine de l'institution du SALAIRE MINIMUM INTERPROFESSIONNEL GARANTI .Pour la fixation initiale du quantum du SIC a été recherché ce que l'ouvrier sans qualification devait avoir comme budget minimal (combien doit il manger de grammes de viande ...) et l'on a chiffré ce budget . Le chiffre minimal a été ainsi garanti à tout salarié travaillant dans des conditions normales de travail (savoir à l'époque 40 heures / semaine)

Mais que devient la personne si elle se trouve confrontée à un RISQUE DE L'EXISTENCE la privant de la possibilité de travailler ? (trop jeune âge ,vieillesse au contraire,maladie altération des facultés physiques,accident...)

De tout temps la Société s'est sentie tenue d'une OBLIGATION vis à vis de la personne démunie

L'idée première est celle de la solidarité .

a) PREMIER TEMPS SUR LE PLAN HISTORIQUE : L'ANCIEN RÉGIME - L'OBLIGATION MORALE - LE DEVOIR DE CHARITÉ

Pour l'essentiel la collectivité de base est la collectivité des Chrétiens et tout naturellement le devoir de charité conditionne le devoir de solidarité .

“Regardez les oiseaux des champs ,ils ne sèment ni ne moissonnent ...”la personne faible peut attendre, sous le bénéfice du devoir de charité ,de la collectivité, les secours nécessaires.

Le corps institutionnel qu'est l'Eglise assure alors le service public de l'assistance - et au travers des sommes versées à l'Eglise s'exerce par l'intermédiaire de celle-ci une institutionnalisation du devoir de secours aux démunis .L'Eglise a ses hôpitaux (HÔTELS DIEU) ses hospices ,son Assistance Publique -et d'une certaine façon l'assistance sociale (par exemple au travers des écoles)

Les aumônes sur le plan des rapports individuels mais également les dotations ou les “impôts”versés à l'Eglise ne font que rendre compte d'une forme de démarche parfois spontanée parfois obligée au devoir d'assistance sociale

Dans le même temps également vont apparaître d'autres formes de "rapports collectifs" ou de "collectivités"

C'est d'abord le système des CORPORATIONS (avec une approche de la notion de "solidarité") - système propre au monde du Travail dans l'activité économique non agricole - qui va engendrer une notion de solidarité professionnelle entre les membres de la corporation .

Cette idée qui a bien des incidences -même encore actuellement en Droit du Travail (solidarité entre les membres d'une même profession)se retrouve actuellement encore dans notre système de sécurité sociale (où l'on verra qu'il existe des régimes de protection sociale spécifiques pour certaines collectivités de travailleurs ..Exemple : le Régime des Mines).

C'est également l'émergence de l'idée d'une COLLECTIVITÉ NATIONALE,de "l'Etat "... La notion est au départ diffuse

Pour l'essentiel la mission première de l'Etat est d'assurer la mission de défense sur le plan militaire Et au départ l'activité "civile de l'Etat" est extrêmement réduite .

Sur le plan de l'activité militaire la question est apparue rapidement du statut des militaires invalides ou "en retraite"

Saint LOUIS créa des établissements pour recevoir les anciens croisés. Louis XIV créera les INVALIDES à Paris pour recevoir les anciens soldats ..

En 1673 COLBERT instituera la "demi solde" -sorte de pension d'invalidité financée par le prélèvement d'une partie de la solde des actifs .

En fait L'OBLIGATION de SOLIDARITÉ vis à vis des démunis existe - mais elle n'est pas érigée en DEVOIR NATIONAL dont chaque citoyen serait débiteur .

Et l'individu n'est pas en droit D'EXIGER de la collectivité la prise en charge du risque dont il a été victime

b) En réaction la PÉRIODE RÉVOLUTIONNAIRE sera marquée par l'idée de L'ETATISATION de L'ASSISTANCE (de même qu'était considérée comme un devoir de la collectivité d'assurer le droit au travail)

La collectivité c'est la Nation,

le bénéficiaire de l'Assistance de la Collectivité Nationale c'est le citoyen.

(déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen 1793- art 21 :

" Les SECOURS PUBLICS sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux ,soit en leur procurant du Travail,soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler "

c) LE TROISIÈME TEMPS (- XIX ème siècle et début XX ème) est marqué par l'idée de libéralisme - l'idée d'autonomie de la volonté - l'idée de l'individualisme.

Chacun est libre, égal juridiquement de l'autre - chacun est maître de sa destinée et il ne peut y avoir de contrainte collective ni de dirigisme ;Des lors l'individu est libre de faire ou de ne pas faire quelque chose et aucune forme de pression ou d'instruction ne peut limiter ou contraindre ou restreindre le consentement qu'il donne ou qu'il ne donne pas .. Le non interventionnisme de l'Etat en matière sociale est justifié par l'idée même de libéralisme sur le plan économique .

L'idée d'autonomie de la volonté interdit toute reconnaissance d'une collectivité ouvrière ,intermédiaire entre l'individu et le cocontractant donneur d'ouvrage. De même l'action collective comme mode de pression en ce qu'elle pourrait être une formule contraignante sur le plan de la négociation est interdite (pas de grève ,pas de coalition)

L'affaiblissement du rôle de l'Eglise comme supplétif au niveau de la solidarité entre individus ,l'absence de formule obligatoire de protection sociale,la disparité des forces économiques dans la négociation du contrat de travail vont amener l'extrême misère

ouvrière -et l'émergence de phénomènes révolutionnaires ,remettant en cause le système libéral tel que vécu.

Toutes ces idées révolutionnaires,anarchistes,réformistes,vont amener une prise de conscience collective (la collectivité des travailleurs) et des actions collectives elles mêmes source de prise de conscience de communauté d'intérêts .

La démarche individuelle pour se prémunir du risque n'est pas absente,elle se concrétisera par l'émergence des SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS.

Devant le développement de la crise ouvrière et le phénomène révolutionnaire sera de nouveau reconnue comme licite et comme interlocutrice possible ,la collectivité des salariés - (C'est la reconnaissance des SYNDICATS en 1884 - c'est le DROIT de la MUTUALITÉ en 1898)

Parallèlement l'Etat interviendra sur le plan social.

d) L'EMERGENCE D'UN DROIT DE LA PROTECTION SOCIALE LIEE AU MONDE DU TRAVAIL ;

Petit à petit apparaîtront les concepts d'un DROIT DU TRAVAIL protecteur des salariés; - d'un DROIT NE DES RAPPORTS COLLECTIFS dans le MONDE DU TRAVAIL - d'un rééquilibrage des consentements par la reconnaissance de la collectivité comme partenaire ou cocontractant (conventions Collectives),et celui de la nécessité d'un SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE COLLECTIF .

Pourquoi sur le plan historique cette idée de SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE COLLECTIF apparaît-elle ?

Deux types de systèmes pouvaient voir le jour :

Il est classique de les opposer en opposant la FORMULE BISMARCK à la FORMULE BEVERIDGE .

- *BISMARCK = COTISATIONS /PRESTATIONS*

Ce qui constitue au plan historique le premier exemple D'ASSURANCES SOCIALES au sens actuel donné (en tout cas est il coutume de le dire) à BISMARCK dans l'Allemagne de la fin du XIX eme... C'est l'idée de l'Etat qui assure la protection du "bien être "

Trois lois verront le jour : -la première sur l'Assurance Maladie- la seconde sur les accidents du travail - la troisième sur l'assurance invalidité .

Le système ,original,deviendra classique : cotisations prélevées sur les salaires ,avec participation de l'employeur ,et redistribution en fonction des risques ; le système est obligatoire .

Par la suite sera mis en oeuvre un système complémentaire pour la vieillesse ,pour l'assurance décès ,et en 1929 (!) un système chômage

...- BEVERIDGE : SERVICE PUBLIC DE LA SANTÉ FINANCE PAR L'IMPOT

En Grande Bretagne également apparaît un système -intéressant sur le plan de l'analyse .En 1942 est déposé le RAPPORT BEVERIDGE qui parle " du plein emploi dans une société de liberté "-et "de la socialisation et de la planification des besoins dans un régime d'appropriation privée des biens".

L'idée - qui sera à l'origine du système anglais - est de dire que l'ensemble de la population doit être assurée pour toute une gamme de risques (la collectivité n'est pas la collectivité des salariés ,mais la collectivité nationale)

Par ailleurs les prestations doivent être uniformes (chacun,quelque soit sa situation professionnelle ou le chiffre des revenus a droit aux mêmes prestations)

Le système doit être géré non par des organismes privés mais par l'Etat ou par tel service public .

Le financement est d'origine "généralisée" -donc de nature fiscale pour l'essentiel
L'idée à retenir de ce système est que l'on peut concevoir une généralisation totale d'un système unique de santé avec financement par l'Etat ,et que sortir d'un régime de couverture collective d'un groupe au profit d'un régime de couverture généralisée des citoyens (ou des personnes résidant sur le territoire national) conduit naturellement à un système de financement étatisé .

Le SYSTÈME FRANÇAIS est au DÉPART UN SYSTÈME "BISMARCK"
QUI TEND A SE "PUBLICISER"

L'alternative posée n'est plus celle de l'Assurance volontaire complétée par un devoir de solidarité .Elle est de savoir s'il faut obliger à un système collectif d'assurance ou s'il faut étatiser au plan national un devoir collectif de solidarité .

La naissance du système de SÉCURITÉ SOCIALE français exclut - au départ- l'idée d'un SYSTÈME D'ETAT

- LA PRISE DE CONSCIENCE DE LA NÉCESSITÉ D'UNE ASSURANCE COLLECTIVE

- Il est classique de dire (cette analyse est d'ailleurs encore présente dans des formules de protection complémentaire) que l'épargne est une vertu et qu'en épargnant l'on se met à l'abri des risques potentiels .

Cette idée -louable en soi (et qui peut se concevoir également dans le cadre de mécanismes d'épargne collective) ne peut être retenue qu'autant que les mécanismes inflationnistes sont mineurs - qu'autant que le risque en cause est réduit (l'épargne fut elle importante ne peut permettre d'assurer par exemple le coût d'opérations très coûteuses ou de traitements de très longue durée ..)et surtout qu'autant que l'individu a la possibilité d'épargner (c'est à dire qu'autant que ses revenus le lui permettent)

Or ,si l'on replace cette notion dans le contexte économique-social de l'époque - la guerre de 1914 a eu une incidence négative sur le sens de L'Epargne, la condition ouvrière a révélé l'impossibilité d'épargner pour les classes salariées... et le droit à la santé et aux soins n'a été que plus présent avec le développement du machinisme et les accidents provoqués,et la guerre et ses conséquences .

La seconde idée est celle de l'insuffisance de la démarche volontaire .

Il est parfaitement possible de concevoir un système de sécurité sociale purement volontaire (ce qui existait avant la généralisation de la sécurité sociale,ou qui existe encore pour certaines assurances complémentaires).

Nous serions alors devant un système D'ASSURANCE PRIVÉE.

Dans ce système un TIERS (compagnie d'Assurances par exemple) collecte au niveau de ses adhérents un certain chiffre de prime d'assurance et répartit,en cas de survenance du risque les indemnités ,sur la base de ce qui a été convenu,et souscrit dans le cadre de la police d'assurance.

Cette idée D'ASSURANCE PRIVÉE rejoint celle de la MUTUALITÉ (mécanisme de prévoyance collective volontaire) avec les particularités suivantes : - la MUTUALITÉ exclut l'idée de bénéfice (les compagnies d'assurances sont des sociétés à but lucratif) - la MUTUALITÉ ou plutôt l'esprit de la mutualité voudrait qu'il n'y ait pas de différences entre les mutualistes d'une même mutuelle en particulier au niveau des prestations ... Idée qui ne semble plus être d'actualité actuellement ,où l'on voit les mutuelles offrir des adhésions " à la carte" avec des prestations liées non seulement à l'adhésion mais également au chiffre de cotisation payé)

Dans les deux cas (ASSURANCE PRIVÉE ET MUTUALITÉ) l'adhésion est VOLONTAIRE

Dès lors la formule est inadaptée car elle n'aurait de véritable portée qu'autant que spontanément chacun adhérerait ...Or ,pour les raisons déjà rencontrées sur l'épargne ,cela n'est pas et parfois ne peut pas être .

Certes l'on pourrait concevoir de rendre obligatoire l'adhésion à un système quelconque - avec libre choix du cocontractant (mécanisme existant dans certains types de régime de protection sociale en France,ou formule de base de couverture sociale dans certains pays) Mais ce système présenterait l'inconvénient d'une extrême variété de situations et de couvertures sociales.La socialisation des risques ,l'importance de la "santé " sur le plan des droits de l'individu - l'implication de l'Etat dans ce domaine ont amené en France, la mise en place d'un système à vocation générale et obligatoire .

e) LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME NON ÉTATISÉ

En France,le système s'est mis en place moins rapidement que dans certains autres pays.L'individualisme est une donnée sociologique propre à la France .
L'interventionnisme de l'Etat a toujours été conditionné par les circonstances économiques ou politiques .

En 1898 est apparu comme il a déjà été dit le STATUT DE LA MUTUALITÉ;

Petit à petit d'autres textes législatifs relatifs aux assurances sociales et aux allocations familiales vont apparaître ...textes épars ,et régimes spécifiques

Textes sur les ACCIDENTS DE TRAVAIL

1919,texte sur les MALADIES PROFESSIONNELLES

1910 tentative de réglementation d'un système de RETRAITE OUVRIÈRE ET PAYSANNE (mais échec car la Cour de Cassation estimera le texte équivoque et estimera que le versement de cotisation ne peut pas être obligatoire -arrêt: 11.12.1911)

Apparition également de systèmes "corporatistes" - et développement de statuts propres à certaines professions (fonctionnaires,mineurs,ouvriers des arsenaux ..)

La première loi d'ensemble est du 5 AVRIL 1928 (est de heurte à de très fortes résistances)

Un texte de 1930 vient compléter et met en place un système particulier : l'affiliation est OBLIGATOIRE pour le salariés de l'industrie et du commerce mais n'est véritablement obligatoire que pour ceux dont les revenus sont inférieurs à un certain plafond (..si la personne a un revenu important,elle peut payer le risque ,ou épargner)

Ce régime devait couvrir les risques maladie maternité invalidité décès et vieillesse .

Sur le plan technique une organisation administrative est mise en place -avec des services dépendant du Ministère du Travail ,et des caisses privées entre lesquelles les assurés peuvent choisir . (les caisses recevant 8 % de la masse globale des salaires versés - 4% à charge du salarié - 4 % à charge de l'employeur)

L'idée n'est donc pas d'un RÉGIME UNIQUE ÉTATISÉ..mais de RÉGÎMES INDÉPENDANTS ,spéciaux, de caisses non étatiques gérant le service public

f) LE SYSTÈME ACTUEL FRANÇAIS, a été élaboré en majeure partie par le CONSEIL NATIONAL DE LA RÉSISTANCE.

Les idées maîtresses étaient les suivantes :

1°) garantir L'ENSEMBLE de la population

L'idée est donc de la généralisation. Et également d'assurer par le jeu de la solidarité nationale une sorte de minimum vital

2°) Assurer une UNIFICATION des régimes .

La généralisation se traduisant également par une uniformisation au niveau des prestations

3°) de confier la GESTION des ou du régime aux bénéficiaires en d'autres termes pour l'essentiel aux salariés , (idée reprise de l'idée mutualiste ..les mutualistes de "base"

assurant la désignation des administrateurs)

Ces idées se sont transposées sur le plan purement politique -où la tendance collectiviste s'est opposée à la tendance libérale Les tenants de la conception collectiviste voulant une étatisation de la Sécurité Sociale (unification -centralisme et collectivisation) ,les tenants de la tendance libérale voulant des institutions autonomes et des organismes autonomes - avec éventuellement un contrôle .

Le compromis entre ces deux tendances s'est fixé sur un certain nombre de données:

- unification des cotisations et des prestations
- autonomie de la gestion des Caisses sur le plan local mais péréquation sur le plan national .
- volonté de généralisation .

Sur le plan pratique,le point de départ de notre système actuel se trouve dans les DEUX ORDONNANCES de 1945 et les trois lois de 1946 sur la Sécurité Sociale .

Voyons comment les principes de base ont été mis en pratique :

-l'idée de généralisation

Elle est acquise pour les PRESTATIONS FAMILIALES

L'on verra qu'elle se traduit par une généralisation du système de cotisations et également une généralisation des prestations .

Pour le risque vieillesse le caractère obligatoire du régime est pratiquement acquis (toutes les catégories socio-professionnelles doivent cotiser pour une formule de retraite) mais les régimes sont indépendants... Et à ce niveau une mosaïque de systèmes existe

Pour les ASSURANCES SOCIALES (maladie maternité invalidité décès) la généralisation est simplement un objectif .Au départ ce qu'il convient d'appeler le "régime général" ne concerne qu'une faible part de la population (salariés ,étudiants,médecins conventionnés..)

N'y sont pas rattachés (et ne sont toujours pas rattachés) les travailleurs indépendants (les non-salariés ont refusé leur intégration dans le régime général qui pourtant était prévue .. la loi du 17 janvier 1948 a crée pour chaque secteur professionnel (industriels,commerçants artisans professions libérales agriculteurs) des régimes particuliers sur le plan des régimes vieillesse et la loi du 12 JUILLET 1966 organise le régime des assurances maladie du secteur des "Non salariés non agricoles"

Par ailleurs existent toujours des régimes spécifiques pour certaines catégorie de travailleurs (fonctionnaire ,mineurs agriculteurs,militaires ...)

L'idée D'UNITE SUR LE PLAN de L'ORGANISATION est -pour le régime général -rempli -(avec la distinction de que l'on verra plus tard (C.P.A.M / C.R.A.M / C.N.A.M - CAF - URSSAF

Sur le plan de la GESTION -au départ les Conseils d'administration étaient composés pour 3/4 de représentants des salariés et pour 1/4 de représentants employeurs avec des représentants des intérêts en cause.

Plus tard la parité deviendra totale (moitié cotisants employeurs / moitié cotisants salariés)

L'indépendance sur le plan de la gestion sera un leurre - en raison des contraintes liées à la tutelle de l'Etat -et les contraintes liées aux impératifs en matière de cotisations et de prestation .

Sur le plan FINANCIER on notera une SPÉCIALISATION des ressources (en d'autres termes il existe un taux de cotisation pour chacun des risques- et les recettes sont théoriquement affectées au risque pour lequel elles ont été perçues (mais il existe des mécanismes de péréquation ..et des mécanismes de compensation entre les différents

régimes et les différentes branches ..).

Une dernière étape importante sera franchie en 1967- avant la mise en place du système tel que nous le connaissons actuellement

A cette époque (déjà) se posera la question du déficit de la Sécurité Sociale .Quatre ordonnances seront prises le 21 août 1967 (avec modification prestations -et augmentation des ressources par certaines contributions complémentaires aux seuls cotisations payées par les salariés)

A cette époque pour obtenir plus de clarté dans les comptes les risques seront distingués en trois branches

1) MALADIE MATERNITÉ INVALIDITÉ DÉCÈS ACCIDENT DE TRAVAIL

2)PRESTATIONS FAMILIALES

3) ASSURANCE VIEILLESSE .

C'est l'apparition des TROIS CAISSES DISTINCTES SUR LE PLAN NATIONAL (la CNAM LA CNAF LA CNAV)

C'est à cette époque que l'on passe à la gestion paritaire des caisses et qu'apparaît la responsabilité (théorique) des Conseils d'Administration des Caisses nationales dans l'équilibre de chacune des branches.

g) la SITUATION ACTUELLE :

La conception de ce système de protection sociale devait amener à ne faire bénéficier des prestations que les seules personnes qui ont ,ou pour qui il a été cotisé .

En raisonnant ainsi auraient été exclues du bénéfice de la protection sociale les personnes qui n'auraient pu ou n'auraient pu suffisamment financer ou faire financer leur système de protection.

Une telle situation ne pouvait bien sur se concevoir et il est naturel que - sous le bénéfice de l'idée de solidarité ,ait été assuré au bénéfice des personnes démunies de protection sociale le " droit à la santé" ou le droit à un revenu minimum .

Dans un premier temps la solidarité nationale a fait que tout un ensemble de catégories de personnes non cotisantes se sont vu reconnaître l'avantage de cette protection sociale (Rmistes , femmes enceintes ,vieux travailleurs , détenus libérés ...) qui s'est traduite par la prise en charge des prestations en nature servies dans le domaine de la santé - ou par un certain nombre de prestations (fonds national de solidarité ,allocations vieux travailleurs et prestations diverses) avec un financement par la collectivité ("abondant" alors sur le plan financier le régime général de la sécurité sociale)

Les personnes non couvertes par telle ou telle procédure ne pouvaient bénéficier du droit à la santé que par l'AIDE SOCIALE (" l'aide Médicale ")

La généralisation ,catégorie de population par catégorie de population, amènera à l'idée de " l'universalité" du droit à la santé - et l'idée que toute les personnes doivent pouvoir bénéficier d'un régime de base de protection sociale.

La principe "d'universalité" mis en place par la réforme dite " Juppé" - et réaffirmé par la réforme dite " Aubry" fait que le DROIT à la santé est un droit reconnu à tous .Toute personne qui ne relève pas d'un régime spécial relève automatiquement du régime général , pour les PRESTATIONS EN NATURE des risques MALADIE ET MATERNITÉ ..
C'est le premier principe que rappelle le texte sur la COUVERTURE MÉDICALE UNIVERSELLE.

Pour assurer un droit effectif à la santé pour les plus démunis ou les personnes à faible revenu qui ne peuvent faire face à l'adhésion à une mutuelle ou la souscription d'un régime d'assurance complémentaire (la " complémentaire santé") ..et qui des lors auraient à leur charge le " ticket modérateur" (partie des prestations laissées à la charge financière du malade) ou du " forfait hospitalier " la CMU (deuxième principe) ouvre

droit pour ces personnes à une MUTUELLE ou à une assurance complémentaire totalement ou partiellement payée pour elle .

Ces principes font que le DROIT A LA SANTÉ est garanti, de même que l'égalité du droit, pour toutes les personnes résidant en France .

SECTION II) HISTORIQUE DE LA SOCIALISATION DU RISQUE “ FAMILLE “

La même réflexion peut être menée sur le plan historique en ce qui concerne la protection de la FAMILLE

Nous passons de l'idée de solidarité à la notion d'assurance obligatoire avec une zone de solidarité résiduelle .

Cette solidarité vis à vis des familles démunies -amenant une extension du nombre des bénéficiaires amène à la généralisation et à l'universalité du droit aux prestations .

Et se pose ici encore et également la question de l'étatisation du risque familial.

Les PRESTATIONS FAMILIALES vont apparaître historiquement sous le même schéma. L'idée de départ est celle du libéralisme .Le travail est une marchandise.

Le père de famille qui donne une prestation de travail comparable à celle fournie par un célibataire doit recevoir le même salaire que ce dernier. En tout cas il n'y a nulle raison de lui donner un salaire différent

Cette idée sera tempérée par les réflexions inspirées - au niveau des employeurs- par le Catholicisme social et l'humanisme Chrétien .

Apparaîtra la notion de “sursalaire” donnée à la personne en charge d'enfants .`

Ces employeurs pratiquant le “sur salaire “ versé au père de famille créeront des “caisses de compensation “-alimentées par des cotisations par eux payées .

En 1932 l'institutionnalisation deviendra effective avec l'obligation pour les employeurs de s'affilier auprès de caisses appelées à verser des prestations familiales.

En 1938 extension au monde Agricole

1939 Code de la FAMILLE... et généralisation des prestations familiales même pour les non-salariés (ce qui entraîne une disparition de toute référence à l'idée de “sursalaire”)

... La généralisation du système deviendra effective ainsi que nous le verrons .

La politique familiale du RÉGIME DE VICHY confortera à la fois les consciences et les mécanismes dans le bien fondé de cette généralisation .

Mais l'idée est toujours de faire gérer les caisses par les cotisants .

Il faut simplement avoir en vue en matière de prestations familiales qu'il est des prestations qui ne sont pas financées par les systèmes de cotisations - mais par des fonds publics (Aide personnalisée au logement par exemple) .

La généralisation du système (toute femme enceinte ,toute famille peut prétendre aux prestations familiales) amène actuellement la réflexion d'une étatisation de cette forme de protection sociale .

SECTION 3 LA SOCIALISATION DES RISQUES CRÉÉS ET EXTÉRIEURS A LA PERSONNE.

Dans ce domaine nous passons de l'analyse tirée du droit de la responsabilité civile à l'obligation d'assurance - puis à l'automatisme de la réparation et la quasi disparition de la notion de responsabilité .

Deux exemples en matière de Droit des Accidents du Travail - et du Droit des Accidents de la Route et de l'aléa thérapeutique

a) LE RISQUE PROFESSIONNEL -ACCIDENT DE TRAVAIL DE TRAJET ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Si l'on reprend en quelques mots le développement historique de l'analyse: au départ les

Si l'on reprend en quelques mots le développement historique de l'analyse: au départ les victimes avaient comme seul fondement possible de leur action en mise en oeuvre de la responsabilité patronale, l'article 1382 du Code Civil .

Dès lors la nécessité de la démonstration d'une FAUTE comme fait générateur du préjudice était posée .

Conscients de la difficulté extrême de la démonstration d'une telle faute imputée à l'employeur sont apparues diverses théories dont la plus marquante est celle du RISQUE CRÉÉ .

L'idée est de dire que celui qui crée une activité économique dont il entend tirer profit ,et qui par exemple met en fonctionnement des machines industrielles, doit supporter les conséquences du RISQUE CRÉÉ par cette activité -et en particulier les conséquences des accidents qui surviennent dans le cadre de ce risque créé .

C'est un effort tendant à permettre aux victimes d'accidents de travail de s'exonérer de la charge de la preuve de la faute .

De la même façon, ce que l'on a appelé la " découverte " de l'article 1384,1 du Code Civil (on est responsable des choses que l'on a sous "sa garde",et l'on doit donc réparation du dommage causé par ces "choses") rend-t-elle compte de la même logique ...Il ne serait pas équitable que la victime d'un accident de travail ne soit pas secourue et indemnisée ...L'analyse juridique des textes de base doit être adaptée à cette nécessité ...

Toutefois -même en concevant les plus larges extensions des textes sur la responsabilité civile - encore fallait il pour la victime engager une procédure ,parfois aléatoire - parfois hypothétique (que se passe-t-il si la personne reconnue responsable est insolvable ..?),encore fallait il également que la victime elle même n'ait pas concouru au dommage .

Les employeurs prennent alors conscience du risque généré par l'évolution de la Jurisprudence ...Et s'assurent alors contre le risque .

La Jurisprudence consacre le principe de la responsabilité du gardien de la machine .

Et le législateur consacre l'idée par la Loi de 1898 qui reconnaît le principe de la responsabilité de l'employeur en cas d'accident de travail,et le principe d'une réparation forfaitaire due au salarié victime.

En 1905 sera reconnu ,par la Loi le droit du salarié à agir DIRECTEMENT contre l'assureur de l'employeur .

en final en 1946 ,et sous les réserves que nous verrons,il suffit qu'il y ait accident de travail pour qu'il y ait paiement de prestations .

Tout accident survenu au temps et au lieu de travail est présumé accident de travail .Et les prestations sont payées sans qu'il ne soit besoin de démontrer une quelconque responsabilité .

Ces prestations sont forfaitaires et ne réparent pas intégralement le préjudice ..L'évolution du droit à indemnisation a amené la Cour de Cassation - pour permettre cette indemnisation intégrale du préjudice - à analyser la notion de " faute inexcusable" de façon extrêmement large , ainsi qu'il sera plus avant indiqué .

b) LE RISQUE ACCIDENT DE LA ROUTE - ET LE RISQUE THÉRAPEUTIQUE

Les mêmes mécanismes ont amené à la mise en place d'un système d'assurance obligatoire pour les conducteurs de véhicules terrestres à moteur - qui aboutiront sur le plan du droit à indemnisation automatique et totale des victimes d'accidents de la route (loi de 85) et d'assurance obligatoire des services de santé et professionnels de santé avec indemnisation totale et automatique des victimes des aléas thérapeutiques ..Nous verrons également les mécanismes d'indemnisation du sida transfusionnel

SECTION 4 : LA SOCIALISATION DU RISQUE "ÉCONOMIQUE"

Ce risque (perte ou absence d'emploi) doit être apprécié dans deux optiques-
D'une part l'assurance contre la perte d'emploi (l'assurance "chômage")
Et d'autre part la situation de la personne qui n'a pas travaillé, ou n'est plus assurée, ou qui ne peut matériellement travailler (les "minima sociaux" et l'aide sociale)

a) Comment est née l'ASSURANCE CHÔMAGE ?

Nous aurions pu imaginer que le risque "perte d'emploi" serait rattaché au régime général de sécurité sociale.

En effet au départ il couvre la même population des travailleurs salariés de l'industrie et du commerce - les mécanismes de financement sont les mêmes (cotisations sociales) - le mode de gestion comme nous allons le voir appartiennent ici également aux partenaires sociaux (structures gérées paritairement) ...

Mais tel n'a pas été le cas.

Historiquement nous partons de l'idée d'assistance assurée par l'Etat et les Communes..

Et nous allons, après divers textes (en particulier à l'aube de la seconde guerre mondiale) et divers décrets de 1951 créant des caisses d'assurance chômage avec adhésion facultative- voir émerger l'idée d'un système d'assurance contre le risque.

L'origine du système actuel peut être placée dans l'ACCORD COLLECTIF

INTERPROFESSIONNEL, passé entre les partenaires sociaux le 31 DÉCEMBRE 1958

Cet accord (que l'on pourrait pour l'analyse assimiler à une convention collective) crée un régime d'ASSURANCE, financé par des cotisations, permettant l'octroi de prestations en cas de survenance du risque perte d'emploi.

Ce système d'assurance est géré par les partenaires sociaux qui l'ont mis en place. Et pour ce faire seront créées des personnes morales de droit privé gérant le système d'assurance.

Ces personnes morales seront des ASSOCIATIONS qui prendront le nom d'ASSOCIATIONS POUR L'EMPLOI DANS L'INDUSTRIE ET LE COMMERCE (ASSEDIC). Ces ASSEDIC implantées localement seront sur la base de la Loi de 1901 régissant les associations, regroupées en une UNION technique (UNION pour L'EMPLOI dans l'INDUSTRIE ET LE COMMERCE - UNEDIC)

L'accord de 1958 sera "étendu" c'est à dire rendu obligatoire dans le champ d'application professionnel et au plan national en JANVIER 1959

Ces associations ont le monopole de l'assurance du risque.

Elles constituent des organismes privés, chargés d'une mission de service public.

Tout employeur privé est tenu d'assurer ses salariés contre le risque et l'ASSEDIC a vocation à recevoir les cotisations - constituer les dossiers - verser les prestations, et prendre des initiatives dans le domaine de l'emploi (par exemple par le biais de la formation professionnelle)

La gestion des ASSEDIC est confiée à un conseil d'administration géré paritairement (employeurs / salariés)

L'on gardera comme principe que nous sommes devant un droit CONVENTIONNEL

Cette règle est FONDAMENTALE pour comprendre le DROIT DU CHÔMAGE ;

En effet le système est régi par le dispositif conventionnel - qui peut évoluer au fur et à mesure des négociations intervenant entre les partenaires sociaux ..

Une suite de CONVENTIONS a fait évoluer les conditions de prise en charge du risque - la nature des prestations - les modes de financement...

Ces conventions pour pouvoir être obligatoires au delà des seules parties signataires doivent être "étendues" par décision ministérielle.

On pourrait évoquer le contenu de différentes conventions qui ont précédé les dernières conventions

Ainsi par exemple pouvons nous évoquer pour mémoire les dispositions de 1974 - qui organisaient un système relativement injuste où les salariés licenciés pour motif économique percevaient des prestations égales à 90 % du salaire antérieurement perçu,

alors que les autres salariés chômeurs percevaient des indemnités moindre .

Cette convention a été remplacée par la Convention de 1979 qui a supprimé cette distinction selon la cause de la perte de l'emploi - pour revenir à l'idée de l'assurance identique donnée aux salariés privés involontairement de travail .

A été mise en place alors un régime distinguant deux formes d'indemnité

- une allocation de base (comprenant une partie fixe et une partie proportionnelle)- versée pendant une durée variable fonction de la durée d'affiliation au régime chômage et l'âge de la personne
- et une allocation de fins de droits accordée aux salariés ayant épuisé leurs droits à l'allocation de base

En 1994 la dualité des prestations a été critiquée (baisse brutale des revenus du chômeur lorsqu'il perd l'allocation de base - et manque d'incitation par le système , à la recherche effective d'un nouvel emploi tant que dure le versement de l'allocation de base)

A été mise alors en place l'ALLOCATION UNIQUE DEGRESSIVE

Allocation unique (disparition des deux allocations successives)

..Et dégressive .. tous les quatre mois en principe le montant de l'allocation se trouvait réduit d'un certain taux .. la durée du versement dépendant toujours de l'âge de la personne - et de sa durée d'affiliation .

Puis en 2000-2001 a été mis en place un nouveau système de rapports entre le salarié chômeur et l'ASSEDIC .. Contractualisation des rapports (le chômeur n'est plus uniquement un " assuré" qui perçoit les prestations lorsque survient le risque - mais un " partenaire " s'engageant en contrepartie des prestations à suivre un " cursus" de retour à l'emploi .Ces engagements se traduisant par la signature de deux documents sur lesquels il sera revenu : le PAP et le PARE ..la prestation servie est l'ALLOCATION D'AIDE AU RETOUR à L'EMPLOI

Et nous verrons que la DERNIERE CONVENTION de 2,006 met en exergue les mécanismes de retour à l'emploi organisé .

b) Que se passe-t-il également lorsque l'impossibilité de travailler découle d'un fait extérieur , par exemple de l'impossibilité de trouver un emploi voire d'une inadaptation sociale ?

Comment rendre compte de cette problématique ? Le développement de la SÉCURITÉ SOCIALE, la tendance à la généralisation, les interventions complémentaires du régime au titre de la solidarité , l'extension des types de risques couverts font que ,au regard d'un grand nombre de situations données, il est possible pour la personne qui ne peut temporairement ou définitivement percevoir un revenu par le biais de son travail ,de percevoir néanmoins des prestations ou allocations garantissant sur le plan économique les moyens de la survie .

Mais tous les risques ne sont pas couverts par la Sécurité Sociale.

par exemple l'impossibilité de travailler par suite d'absence de travail .

Et , également, toutes les personnes ne sont pas bénéficiaires du ou d'un régime de protection sociale

Et encore il est concevable d'imaginer que le revenu de remplacement attribué soit trop faible pour permettre la survie et les actes essentiels de l'existence .

L'Action sociale est l'héritière de " l'Assistance Publique"

C'est l'idée de solidarité ,et du devoir de solidarité "institutionnalisé", "collectivisé" vis à vis des plus démunis .

On rappelle qu'elle concerne

- l'Aide sociale à l'Enfance
- l'Aide aux personnes âgées
- Les aides diverses aux catégories défavorisées (clochards vagabonds détenus libérés prostituées ...)

-l'Aide aux handicapés

Il n'est aucune cotisation ..Les fonds sont les deniers publics .

Des lors pour rendre compte,et de l'idée que la Nation assure à l'individu les conditions nécessaires à son développement ,et du droit de l'individu de percevoir de la collectivité des moyens convenables d'existence , interviennent sur des situations données des mécanismes de protection sociale complémentaires.que nous aborderons avec l'étude des MINIMA SOCIAUX (en particulier du RMI) qui constituent des PRESTATIONS EN ESPÈCES dues par la collectivité - outre les mécanismes d'AIDE SOCIALE ouvrant droit pour l'essentiel à des PRESTATIONS EN NATURE le tout étant doublé d'une politique de LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ , et les mécanismes de PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DU RISQUE D'EXCLUSION SOCIALE .

SECTION 5 : LE RISQUE HANDICAP

Cette question est par essence “ transversale” car les origines du handicap peuvent être variées (HANDICAP INHÉRENT A LA PERSONNE - HANDICAP ACCIDENTEL (accident droit commun - accident de travail ou maladie professionnelle)- HANDICAP PAR USURE PRÉMATURÉE DE L'ORGANISME(Invalidité - retraite “anticipée “ au taux plein des 60 ans)

L'on rencontrera ici les techniques classiques de l'assurance obligatoire du travailleur - (risque invalidité)- les techniques classiques de l'assurance du tiers victime du risque crée (accident de travail accident de la route et accident droit commun du au tiers) - avec l'émergence des phénomènes de fonds de garantie (CIVI par exemple)- outre également les mécanismes classiques de la responsabilité civile contre l'auteur du dommage .

L'on rencontrera également le mécanisme de solidarité pour le handicap lourd inhérent à la personne ,

Il se manifeste par DEUX ASPECTS

- pour les HANDICAPES MINEURS avec l'accent mis sur l'EDUCATION
- pour les HANDICAPES MAJEURS , avec l'accent mis sur le DROIT AU TRAVAIL ET L'AIDE AU TRAVAIL - avec des prestations en nature (prise en charge des placements en établissements adaptés) et par des prestations en espèces mis en place en faveur des personnes handicapées (Allocation d'Éducation spéciale - AAH) - et aide sociale

C'est la loi du 30 juin 1975, qui a organisé le statut des PERSONNES HANDICAPÉES : Elle pose comme postulat que la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale.

Participent à ce devoir “ national” les familles, l'État, les collectivités locales, les établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations, les groupements, organismes et entreprises publiques et privés invitées à associer leurs interventions pour mettre en oeuvre cette obligation en vue notamment d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables..

L'optique générale ,est de , en fonction des aptitudes des personnes handicapées et de leur milieu familial de favoriser l'accès du mineur et de l'adulte handicapés aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et leur maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie.

Cette loi d'ensemble a été complétée en 2.005 et dans les aspects les plus notables du texte on trouve l'idée du DROIT A LA COMPENSATION ...l'idée que la Nation DOIT matériellement assurer à la personne handicapée la “ compensation” des carences découlant de son handicap

LE RISQUE MALADIE

Les origines de la maladie affectant la personne peuvent être diverses .

La maladie peut être d'origine indéterminée ou indéterminable .

Et il est logique alors que la prise en charge du risque soit assurée ou "socialisée"

Mais il est des circonstances dans lesquelles l'origine de la maladie peut être présumée ou révélée .Nous retrouverons alors la notion de responsabilité de l'auteur de la contamination "socialisée"

Dans cette occurrence nous trouverons deux types de réflexion:

- L'assurance obligatoire du risque maladie au bénéfice du tiers exposé au risque (la maladie professionnelle- la maladie nosocomiale - les règles classiques de la responsabilité civile (exemple : le cancer du fumeur ..)
- Un phénomène de "socialisation par fonds de garantie" (exemple: le Sida transfusionnel voire la maladie nosocomiale - loi KOUCHNER)

I) LA MALADIE RISQUE DE L'EXISTENCE LE REGIME DE BASE - L'ASSURANCE MALADIE.- LE DROIT AUX PRESTATIONS DE SANTE

L'assurance maladie couvre les maladies et accidents dont sont victimes les assurés sociaux et les membres de leur famille , toutes les fois que ces maladies ou accidents ne sont pas couverts par une législation particulière (Accident de travail, maladie professionnelle, pensions militaires ...)

La protection permet la prise en charge des soins de toutes sortes, quelque soit le lieu où ces soins sont donnés (voir plus loin les réserves) avec une première nuance qui s'entend des soins donnés à L'ETRANGER (lesquels ne sont pas remboursés sauf circonstances particulières)

L'assurance maladie comporte le service de deux types de prestations :

- les prestations en espèce (indemnités journalières) destinées à compenser la perte temporaire de salaire qu'occasionne l'arrêt de travail du à la maladie .
- les prestations en nature (versées le plus généralement sous forme de remboursements ou de prise en charge (frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, dentaires, frais de transports, ...) couvrent les frais de toutes sortes occasionnés également par la maladie .

Les deux types de prestations ont un régime différent .

La chose est en soi logique .Les prestations en espèces correspondent à un revenu de remplacement .Elles ne seront données qu'à l'assuré -c'est à dire à celui qui par le fait de la maladie perd son revenu .

En revanche les prestations en nature (remboursement de soins) constituent une composante essentielle du droit à la santé Les conditions pour obtenir remboursement seront plus larges; la liste des bénéficiaires sera beaucoup plus étendue ,voire inexhaustive en raison du principe "UNIVERSALITÉ " du droit aux prestations en nature.

§1 LES PRESTATIONS EN ESPÈCES : DES PRESTATIONS LIMITÉES DANS LE TEMPS ET DANS LE MONTANT

Le Code de la Sécurité Sociale prévoit l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par son médecin traitant, de continuer ou de reprendre son travail "

Le bénéficiaire des prestations en espèces est donc l'assuré et lui seul

L'incapacité médicalement constatée (mais le constat est fait par le médecin traitant) de travailler est la condition nécessaire et suffisante sur le plan médical .

L'indemnisation durera tant que le salarié est inapte au travail (sous réserve de la durée maximale du versement de l'indemnité journalière que l'on verra plus loin)(Il faut par ailleurs distinguer l'inaptitude du salarié à reprendre Le travail de l'inaptitude à reprendre SON travail .En d'autres termes si l'aptitude à reprendre LE travail est reconnue,le salarié perdra les droits à demi-journées (indemnités journalières) même si, médicalement il ne peut reprendre le travail qu'il avait .)

On notera encore que si la reprise du travail est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré ,le maintien des prestations peut continuer ,alors même que le travail serait repris .

On notera que l'auto mutilation ou la faute intentionnelle de l' assuré pourrait lui faire perdre le bénéfice des prestations du régime d'assurance.

Quelles sont les conditions d'attribution de ces prestations .

L'on sait qu'il faut être salarié ,malade,et que cette maladie ait été reconnue par un médecin .En est il d'autres ?

L'assuré a droit aux indemnités journalières sans condition des lors qu'il justifie d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé au cours d'une période de référence,(et si la maladie se prolonge au delà de 6 mois sans interruption, s'il justifie d'une durée minimale d'immatriculation.

Les conditions de DURÉE DE TRAVAIL ET DE DURÉE D'IMMATRICULATION sont les suivantes :

Pour pouvoir être couvert pendant les 6 premiers mois de maladie il faut avoir travaillé un certain nombre d'heures .La durée de travail requise est de 200 heures au cours du trimestre civil ou au cours des trois mois précédent l'arrêt de travail . Le salarié peut par ailleurs justifier simplement ,que le montant des cotisations assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant les six mois civils précédent ,est au moins égal au montant des cotisations qui auraient été payées pour un salarié rémunéré au SALAIRE MINIMUM INTER PROFESSIONNEL DE CROISSANCE (soit sur 6 mois 1040 fois le SALAIRE MINIMUM INTER PROFESSIONNEL DE CROISSANCE horaire)-.

Si l'arrêt maladie se prolonge au delà de SIX mois ,le service des prestations ne sera maintenu que si le salarié a été immatriculé depuis au moins DOUZE MOIS, au premier jour du mois au cours duquel se situe l'arrêt de travail .

La durée du travail requise est de 800 heures au cours des quatre trimestres précédents l'interruption du travail dont 200 heures au moins au cours du premier trimestre (ou 800 heures dans les douze mois qui précédent l'interruption dont 200 heures dans les trois premiers mois)

le salarié peut également justifier d'un montant de cotisations payées au cours des douze mois qui précédent,égal à celui versé par un salarié qui aurait perçu 2080 fois la valeur du SALAIRE MINIMUM INTER PROFESSIONNEL DE CROISSANCE .

Il existe des régimes particuliers (Voyageurs représentants placiers, journalistes ,hommes sandwich ,concierges nourrices ...)

Par ailleurs également existe un système de périodes assimilées à des heures de travail . On notera ainsi que toute journée indemnisée au titre de la maladie compte pour 6 heures,de même toute journée prise en charge au titre de la maternité

RISQUE MALADIE PAGE N°3

ou de l'invalidité .Les journées couvertes par l'Assurance Accident de Travail,les journées de stage de rééducation,comptent pour 8 heures de même toute journée de formation professionnelle .

Enfin l'assuré perd son droit à prestations à l'expiration d'un délai d'un mois suivant la date à laquelle il a cessé de remplir les conditions requises pour être assujetti à titre obligatoire .

Existe-t-il une durée maximale de paiement des indemnités journalières ?

On connaît un premier terme : la date à laquelle le salarié est déclaré apte à reprendre le travail .

On notera également que le point de départ du versement n'est pas le jour d'arrêt de travail .Les indemnités journalières ne seront servies qu'à compter du quatrième jour qui suit le point de départ de l'incapacité de travail .

Les indemnités journalières peuvent être servies pendant une durée maximale de trois ans selon les modalités ci-après:

-Pour les affections qui ne sont pas qualifiées affections de longue durée ,l'assuré peut,tant qu'il remplit les conditions d'attribution des prestations,percevoir ,pour une ou plusieurs maladies,des indemnités journalières pendant une période quelconque de trois années consécutives,dans la limite de 360 indemnités journalières .

En d'autres termes ,dans telle période de trois ans je ne peux avoir au maximum que 360 indemnités journalières au titre de l'Assurance Maladie .

Des lors ,à chaque arrêt de travail,on recherchera le nombre d'indemnités journalières perçues sur les trois années qui précèdent,de date à date,afin que savoir s'il faut maintenir et si oui pour quelle durée,le service de ces indemnités .

Si le salarié a déjà perçu les 360 indemnités journalières,il n'a plus droit à rien

Pour les affections de longue durée en revanche,il y a pour elles une procédure spéciale (la demande est présentée par lettre recommandée,une enquête est ordonnée et menée par deux médecins (médecin traitant + médecin de la Caisse).le salarié prend l'engagement de suivre le traitement prescrit)

Pour ces maladies de longue durée le versement des prestations peut être maintenu pendant trois ans ,période calculée de date à date à compter du premier jour d'arrêt .

L'indemnisation cesse à compter de la reprise du travail (ou de la déclaration d'aptitude à la reprise du travail) sous réserve de la reprise du travail à des fins thérapeutiques .

Il va de soi bien sur que le salarié ne peut exercer pendant son arrêt de travail aucune activité professionnelle .

Pour percevoir les prestations en espèces,il existe un certain nombre de formalités à remplir .

En particulier l'assuré social doit adresser à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ,dans les deux jours de l'interruption,un avis d'arrêt de travail indiquant quel sera ,selon l'avis du médecin traitant ,la durée de l'incapacité de travailais-tu feuille est signée du médecin traitant .

En cas de prolongation ,l'avis de prolongation doit être bien sur également adressé à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (on rappellera que le salarié doit adresser à l'employeur également la justification de son arrêt)

L'assuré doit également justifier de sa situation de travailleur salarié .il devra donc joindre le justificatif de son employeur avec indication du salaire versé (pour calculer la valeur de l'indemnité journalière)

Le temps de maladie est théoriquement fixé par le médecin traitant .Mais le contrôle médical est possible .Et il se peut (voir chapitre sur le contentieux de la

RISQUE MALADIE PAGE N°4

Sécurité Sociale), que les services médicaux de la Caisse fixent la date d'aptitude du salarié au travail. Le contrôle médical peut se faire à domicile. Si le salarié malade n'est pas présent (en dehors des heures de sortie théoriquement données dans un but thérapeutique), l'assuré sera convoqué pour passer un contrôle médical auprès des services de la Caisse ; S'il ne s'y rend pas les prestations seront immédiatement arrêtées.

Si le salarié reprend le travail alors qu'il est en arrêt de travail, il doit également prévenir la Caisse.

Comment se calcule l'indemnité journalière ?

Le principe de base est que l'indemnité journalière est égale à la moitié du gain journalier de base, sans pouvoir être supérieure à 1/720 du plafond annuel de la sécurité Sociale.

Cette prestation est majorée si le salarié a des enfants à charge (au moins trois enfants). Cette indemnité est alors portée aux deux tiers du gain journalier de base, à partir du trente et unième jour qui suit le point de départ de l'arrêt de travail. (sans pouvoir dépasser 1/540 du plafond annuel)

En cas d'hospitalisation de l'assuré malade, il avait été prévu pendant un temps de réduire le montant de l'indemnité journalière dans la mesure où les frais d'hospitalisation auraient été pris en charge.

Cette formule n'a pas été retenue. Nous verrons que reste à la charge du salarié hospitalisé un "forfait journalier" correspondant au coût des prestations de vie quotidienne (nourriture par exemple) assurées dans le cadre hospitalier.

De même également l'indemnité journalière ne peut être inférieure à un minimum (1/365 du montant minimum de la pension d'invalidité), en cas d'arrêt supérieur à 6 mois, et si

l'assuré a trois enfants ou plus cette indemnité minimale est augmentée d'un tiers à partir du septième mois. Le calcul de l'indemnité journalière s'organise donc à l'intérieur d'un plafond et d'un plancher.

Il faut maintenant rechercher ce qu'est le gain journalier de base, pour déterminer le montant de l'indemnité journalière.

Le salaire servant de base de calcul aux indemnités journalières, dans la limite du plafond, est le salaire ayant donné lieu à précompte au titre de la ou des dernières payes reçues par le salarié avant l'arrêt de travail.

En d'autres termes le calcul se fonde sur le salaire brut

le gain journalier de base sera égal à 1/90 du montant des trois ou des six dernières payes antérieures à la date de l'interruption de travail suivant que le salaire ou le gain est réglé mensuellement ou deux fois par mois.

ou égal à 1/90 du montant des payes des trois mois antérieurs à la date d'interruption du travail lorsque le salaire ou le gain est réglé journalièrement. Il sera égal à 1/84 du montant des six ou des douze dernières payes ... si le salaire est réglé toutes les deux semaines ou chaque semaine ..

Il faut tenir compte en cas de difficultés, plus du salaire théoriquement dû, que du salaire effectivement payé.

Les difficultés peuvent tenir à des erreurs de calcul du salaire de base par l'employeur ; ou à des périodes de suspension du contrat de travail pour des causes diverses (grève, chômage partiel, congé non payé ...), ou à des périodes de maladie succédant à des périodes d'arrêts pris en charge au titre d'un autre risque. L'on admettra qu'il faille calculer le gain journalier en fonction de ce qui aurait dû être plutôt qu'en fonction de ce qui a été effectivement perçu.

De la même façon la revalorisation des indemnités journalières est admise, lorsque l'interruption de travail dépasse trois mois, et qu'une augmentation générale des salaires intervient après l'ouverture des droits.

C'est un arrêté ministériel qui fixe le quantum de la revalorisation des indemnités journalières. Pour les salariés dont le gain est directement fonction du S M I C, il est admis par la Cour de Cassation -et partant par l'administration- que

RISQUE MALADIE PAGE N°5

l'évolution du S M I C entraîne automatiquement l'évolution des indemnités journalières des personnes payées sur cette base .

Le régime fiscal des indemnités journalières est à assimiler au régime du salaire .De la même façon le caractère incessible et insaisissable est tempéré par la saisissabilité selon les barèmes de saisies sur salaires .

Elles sont comme les salaires intégralement saisissables pour le recouvrement des pensions alimentaires ;

En ce qui concerne la prescription ,l'assuré a un délai de deux ans à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent les prestations non payées pour demander paiement (à défaut la créance est prescrite)

Il peut être encore indiqué que lorsque l'employeur a maintenu en totalité le salaire du salarié malade . Pendant l'arrêt de ce dernier ,il lui est de plein droit subrogé vis à vis de la caisse ,pour percevoir les indemnités journalières .

Si le salaire est maintenu partiellement (ou en totalité sous déduction du montant des indemnités journalières servies),l' employeur peut être subrogé ,mais alors conventionnellement ,c'est à dire avec l'accord du salarial faut également ,c'est l'évidence,que le salaire maintenu pendant le temps de maladie soit au moins égal au montant des indemnités journalières dues pour la même période .

Les indemnités journalières ne peuvent se cumuler avec des versements d'autres régimes (accident de travail par exemple ,ou avec l'assurance chômage).

§ 2 : LES PRESTATIONS EN NATURE : DES PRESTATIONS "UNIVERSELLES " DÉFINIES PAR LE CODE -IDENTIQUES POUR CHAQUE BÉNÉFICIAIRE

On rappellera que,pour l'essentiel,les prestations en nature sont constituées par les remboursements des dépenses de santé .

Qui peut y prétendre ?

On a noté que la tendance conduisant à la généralisation de la sécurité sociale,de même le souci de protéger le maximum de personnes contre le risque maladie,avaient amené à faire bénéficier du droit aux prestations en nature un certain nombre de catégories sociales .

Indépendamment de ces mesures d'extension du régime ,qui peut prétendre ,et sous quelles conditions au paiement des prestations en nature ?

a)LES BÉNÉFICIAIRES

Le droit a la SANTE (c'est à dire de fait le droit aux prestations en nature du régime maladie et maternité) est un droit UNIVERSEL .

Tout le monde peut y prétendre , à un titre ou a un autre ; et la personne qui n'a pas de régime particulier ou spécial d'assurance maladie relève automatiquement du régime général .

La règle de base est que pour pouvoir prétendre au régime général il faut être assuré social ou assimilé,ou ayant cause d'un assuré social

A défaut d'affiliation en raison de ce qui précède , et à défaut d'être immatriculé dans un régime spécial l'affiliation se fera dans le cadre du bénéfice du RMI ou d'un minimum social , ou de la CMU

A partir de quand est on assuré social pouvant prétendre aux prestations en nature au titre du régime classique d'affiliation ?

1) L'ASSURE:

Deux conditions devaient être remplies pour que l'assuré social puisse bénéficier des remboursements :

-Être assujetti

RISQUE MALADIE PAGE N°6

Le droit aux prestations est supprimé à l'expiration du délai de 12 mois suivant la date à laquelle l'assuré cesse de remplir les conditions d'assujettissement au régime obligatoire

(exemple : le conjoint divorcé garde le bénéfice du régime de l'autre pendant 12 mois à compter de la transcription du jugement de divorce .Passé ce délai si rien n'est fait la personne n'a plus de couverture) Cette règle existe toujours.

-justifier d'une durée minimale de travail :

Il fallait autrefois soit avoir travaillé 1200 heures dans l'année qui précède (ou avoir perçu un salaire au moins équivalent à 2080 le S M I C)

La nouvelle rédaction de l'article L.161-2 nous indique que les "conditions de durée minimale d'immatriculation ou d'affiliation exigées pour percevoir les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité sont supprimées dans tous les régimes obligatoires" .

Il faut ajouter à ces assujettis tout un ensemble de personnes qui sont assimilées aux assurés remplissant les conditions ci dessus :

- les pensionnés de vieillesse
- les invalides et victimes de guerre
- les personnes titulaires d'une rente d'accidenté du travail
- les bénéficiaires de rentes de survivant d'accidenté du travail
- les bénéficiaires de l'allocation aux vieux travailleurs salariés
- les pré retraités
- les bénéficiaires du F.N.E

2)Il faut y ajouter la FAMILLE DE L'ASSURE - les AYANTS CAUSE DE L'ASSURE .

Il faut entendre aux rang de ces bénéficiaires:

- le conjoint lui même (s'il n'est déjà assujetti ..ou qu'il devrait l'être, et ce d'ailleurs quelque soit le type d'activité . Le conjoint peut relever d'un autre régime que le régime général bien sur)

Le fait que les époux soient séparés de fait est sans incidence.

Pour les divorcés le conjoint divorcé garde le bénéfice de la couverture sociale de l'autre pendant un an à compter de la transcription du jugement de divorce en marge des actes de l'état civil - ou jusqu'à ce que le dernier enfant atteigne l'âge de trois ans

De la même façon que le conjoint survivant garde la couverture sociale du décédé pendant l'année qui suit le décès.

3) le concubin

Savoir la personne qui vit maritalement avec un assuré social pourvu que cette personne soit à charge effective permanente et totale ,et qu'elle en fasse la déclaration sur l'honneur .(l'on admet le concubinage homosexuel).

4)les enfants non salariés

Quelque soit le type de filiation . Les enfants (pour ce qui concerne le régime général doivent avoir moins de 16 ans - ou moins de 18 ans en apprentissage - ou moins de 20 ans s'ils poursuivent des études ,sont infirmes ou malades chroniques

5) les autres membres de la famille (descendant ascendant,collatéral au troisième degré ou allié au même degré) sous condition de vivre sous le toit de l'assuré et de se consacrer à l'exclusion de toute autre activité,aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré .

Cette énumération devient sans grand intérêt pratique puisque le principe de l'universalité présume que toute personne qui ne relève pas d'un régime spé"cial est présumée relever du régime général pour le droit à la Santé .

b)Pendant combien de temps joue la prise en charge ?

Y a t il une limite aux remboursements dans le temps ?

Le principe est que la durée est illimitée . Les prestations en nature sont

RISQUE MALADIE PAGE N°7

attribuées sans limitations de durée ,si l'assuré social a à la date des soins les conditions requises .

Par exception ,si l'assuré perd sa qualité d'assuré -le maintien des droits au remboursement cessera 12 mois après la date de la perte de cette qualité (ce peut être par exemple dans certaines hypothèse : un an après la fin d'un contrat de travail,après la fin d'une indemnisation en espèces ,un an après la fin de l'indemnisation au titre du chômage,un an après la libération du service national ,ou d'une détention...ou par exemple un an après le divorce ou de décès du conjoint);

La généralisation du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité est telle que si une personne (loi 25 Juillet 1994) reçoit des soins sans que l'on ne sache si elle est effectivement assurée sociale ,il y a alors affiliation provisoire au régime de l'assurance personnelle pour la personne et ses ayants cause .

Il n'est des lors pas vain de dire que toute personne en France (sous réserve d'une situation régulière) est couverte contre les risques maladie et maternité pour la prise en charge des soins .

c) MONTANT DU REMBOURSEMENT

L'assurance maladie emporte droit au remboursement des:

- frais médicaux (médecine générale ,spéciale et chirurgicale)
- les frais pharmaceutiques,analyses et examens de laboratoires
- les soins dentaires et prothèses
- les frais d'hospitalisation et traitement de réadaptation
- les frais d'hébergement et de traitement des enfants et adultes handicapés
- quelques frais de transport.

Ces remboursements se font sur la base de tarifs fixés pour chaque catégorie de frais ,ainsi que l'on va voir en laissant à la charge de l'assuré une partie de ces frais (le "ticket modérateur")

1) LES TARIFS DE REMBOURSEMENT

Les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et auxiliaires médicaux sont établis par des conventions conclues entre les caisses et les syndicats professionnels.

Cette convention négociée entre les Caisses et les professionnels représentés par leurs syndicats fixent les tarifs des actes accomplis par ces derniers . Depuis peu le contenu des conventions a évolué en particulier en ce qui concerne les médecins tenus de respecter - conventionnellement les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales (articles L.162-5 et suivants du Code)

Dans la mesure du respect de ce tarif la caisse paiera à l'assuré le montant des soins que celui ci a eu à supporter auprès du professionnel de santé (sous déduction éventuelle du ticket modérateur)

Il est possible qu'un professionnel refuse d'appliquer cette convention (il ne sera pas "conventionné")

L'honoraire qu'il pratiquera sera libre ,mais le patient sera moins bien remboursé (L.162-5-10 " les honoraires ... des médecins qui n'adhèrent pas à la Convention ..donnent lieu à remboursement ..sur la base d'un tarif fixé par arrêté ministériel)

(on notera également que la Caisse peut ,à titre de "sanction" contre tel professionnel le "déconventionner")

On notera enfin que certains professionnels spécialistes peuvent être autorisés par la Caisse,compte tenu de leurs qualités professionnelles être autorisés à dépasser le chiffre du tarif conventionnel- le dépassement d'honoraires n'aura pas d'incidence ;mais le remboursement par la Caisse se fera toujours sur la base du tarif (sur la feuille de soins : mention D.P = droit permanent à dépassement)

Ces conventions existent avec les médecins, les masseurs kinésithérapeutes, les infirmiers et infirmières, les orthophonistes, les orthoptistes, les sages femmes, les chirurgiens, dentistes.

La convention passée amène le tarif lequel sera fonction d'une nomenclature des actes propres à la profession.

Tout acte est dans la nomenclature désigné par une lettre indicative suivi d'un coefficient (selon l'importance de l'acte fait)

exemples : C = Consultation, K = acte chirurgical, V = Visite

Z = radio ; SCP = soins et prothèses D = chirurgie dentaire

AMI = acte médical infirmier - AMM acte médical de Massage.

VD visite de nuit - IK indemnité kilométrique ISD indemnité spéciale de déplacement

A partir du coefficient et de la convention il est simple de déterminer la rémunération revenant au praticien et, par effet du ticket modérateur le montant de ce qui sera remboursé par la Caisse de sécurité Sociale ;

2) le TICKET MODERATEUR

Le principe est celui d'une participation de l'assuré aux dépenses faites par ou pour lui sur le plan médical.

le TICKET MODERATEUR, participation de l'assuré doit être proportionnelle aux tarifs servant de base aux prestations, ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins; la participation peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille.

Ce ticket modérateur peut être réduit ou supprimé pour certains actes ou certaines affections

le ticket modérateur est supprimé, de plein droit "ratione personae" pour

-les pensionnés de guerre

-les pensionnés d'invalidité

-les pensionnés de reversion s'ils sont atteints d'une incapacité supérieure à 66,66%

-les titulaires d'une rente accident de travail (si incapacité supérieure à 66,66 %)

-les titulaires du fonds national de solidarité

le ticket modérateur peut être également supprimé pour un certain nombre d'actes ou pour certains types de traitements

-acte chirurgical égal ou supérieur au K 50.

-fourniture de produits d'origine humaine

-gros appareillage (prothèses orthopédiques)

-soins aux enfants prématurés

-hospitalisation supérieure à 30 jours

-traitements entraînant une incapacité temporaire de travail supérieure à trois mois (exonération à partir du 1er jour du quatrième mois)

-hébergement et soins aux enfants handicapés

-médicaments irremplaçables et coûteux

De même également sont exonérées de ticket modérateur les personnes atteintes d'une affection figurant sur une liste établie par décret ou qui doivent subir un traitement prolongé et coûteux

La liste établie donne 30 maladies graves (liste : ARTICLE R 322.5)

Il faut y ajouter la maladie "qui entraîne un traitement prolongé long et coûteux" ...la définition est la suivante "est regardé comme coûteuse une thérapeutique qui laisse à l'assuré une participation supérieure à 80 frs par mois pendant 6 mois, ou 480 frs au total sur la même période"

ces sommes sont bien sur revues chaque année.

Également, de façon générique sont exonérées de ticket modérateur les

RISQUE MALADIE PAGE N°9

prestations liées à la maternité .

sont pris en charge à 100% tous les soins donnés aux femmes enceintes pendant les quatre derniers mois de la grossesse, les soins donnés aux nouveaux nés hospitalisés ,dans les 30 jours de la naissance ; les investigation sur la stérilité et le traitement de celle-ci de même les actes d'insémination artificielle .

Le montant du TICKET MODERATEUR est variable ,selon la nature de l'acte lui même

3) LES REMBOURSEMENTS

Deux aspects sont à étudier : -les formalités nécessaires
-le montant des remboursements .

a) les FORMALITÉS

Pour le salarié,pour l'essentiel la formalité tient dans la rédaction et la transmission de la feuille de soins (constatation des soins reçus ,par le biais de cette feuille -valable 15 jours) qui comporte : l'identité de l'assuré ,du malade du praticien (éventuellement du pharmacien ou du laboratoire),le numéro d'agrément de l'appareil de radio l'attestation de la prestation (signature) la mention de la délivrance de prescriptions écrites ,le montant des honoraires versés et éventuellement la facture du pharmacien (par le biais des vignettes)

Cette feuille de soins est remise au patient par le médecin .

qui y joindra,pour l'adresser à la Caisse, en cas de prescription de médicaments,l'ordonnance ,et éventuellement l'attestation de l'employeur justifiant des 1200 heures de travail .

Une difficulté particulière peut venir de la notion de PRISE EN CHARGE ,ou D'ENTENTE PRÉALABLE.

Dans certains cas,en plus des formalités ordinaires,il est nécessaire d'obtenir préalablement à la réalisation de certains soins ou de certaines prestations,l'accord préalable pour ces soins ou prestations,de la Caisse Primaire ,les actes n'étant remboursés qu'autant que la caisse a donné cet accord préalable .

Pour quels actes cette entente préalable est elle exigée ?

Elle l'est en premier lieu pour les actes répertoriés dans la nomenclature ,avec la mention " E.P" ou " E " .

-Elle l'est également pour les actes non répertoriés dans la nomenclature

Elle l'est encore pour les cures en sanatorium ,cures thermales ou identiques;

Elle l'est également pour les prothèses

Elle l'est enfin pour certaines prestations d'optique.

Ces demandes d'entente préalable seront sollicitées sur des imprimés spéciaux ,très généralement par le médecin prescripteur.

La réponse doit être donnée sous délai de 10 jours .

A défaut de réponse on présume l'acceptation .

Réserve faite pour les ententes préalables en matière de chirurgie dentaire ou,à défaut de réponse sous trois semaines,le refus est présumé.

B) LES REMBOURSEMENTS

a) Pour les PRATICIENS et AUXILIAIRES MÉDICAUX :

Le ticket modérateur est (en règle générale) de 20 % pour les honoraires versés aux praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés pendant une hospitalisation dans un établissement public ou privé .- de même pour les frais d'analyses effectués dans le cadre de cette hospitalisation .

Il est identique pour les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux ,pour les examens en consultation externe dans un hôpital conventionné .