

Book Sécu

LES FONDAMENTAUX
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE



GROUPE
vyv

Entrepreneur du
mieux-vivre



Sommaire

1	ORIGINE ET ORGANISATION DES RÉGIMES DE SÉCURITÉ SOCIALE	11
1.1	Historique	12
1.2	Les régimes	20
1.2.1	Immatriculation et composition du NIR	20
1.2.2	Des régimes distincts	23
1.2.2.1.	<i>Le régime général</i>	<i>23</i>
1.2.2.2.	<i>Le régime agricole</i>	<i>27</i>
1.2.2.3.	<i>La Sécurité sociale des indépendants</i>	<i>29</i>
1.2.2.4.	<i>Le régime local</i>	<i>32</i>
1.2.2.5.	<i>Les régimes spéciaux</i>	<i>36</i>
1.2.2.6.	<i>Le régime étudiant</i>	<i>38</i>
1.2.2.7.	<i>La Caisse des Français de l'étranger (CFE), le régime des expatriés</i>	<i>39</i>
2	L'ASSURANCE MALADIE	43
2.1	Les frais de santé	44
2.2	Le socle tarifaire	44
2.2.1	Le tarif de base	44
2.2.2	La participation forfaitaire	45
2.2.3	La franchise médicale	47
2.2.4	Le forfait à 24 euros	48
2.2.5	Les taux de remboursement	50
2.2.6	La prescription en dénomination commune internationale (DCI)	51
2.3	Les professionnels de santé	52
2.3.1	Le statut des médecins	52
2.3.2	Médecin traitant et parcours de soins coordonnés	56
2.3.3	L'hospitalisation	61
2.3.3.1.	<i>L'organisation hospitalière</i>	<i>61</i>
2.3.3.2.	<i>Les établissements</i>	<i>62</i>
2.3.3.3.	<i>Le financement de l'hôpital</i>	<i>64</i>
2.3.3.4.	<i>Formalités d'admission</i>	<i>65</i>
2.3.3.5.	<i>Frais d'hospitalisation</i>	<i>65</i>
2.3.3.6.	<i>L'hospitalisation à domicile</i>	<i>67</i>

2.3.3.7.	<i>Le forfait hospitalier</i>	71
2.3.3.8.	<i>Présentation d'une facture</i>	72
2.4	Les nomenclatures : NGAP, CCAM, LPP	78
2.4.1	La NGAP (nomenclature générale des actes professionnels)	78
2.4.1.1.	<i>Lettre-clé/coefficient/tarif de responsabilité</i>	78
2.4.1.2.	<i>Exemples d'actes avec majorations en métropole</i>	79
2.4.1.3.	<i>Indemnités kilométriques</i>	80
2.4.1.4.	<i>Accord préalable</i>	80
2.4.1.5.	<i>Le délai de prescription</i>	81
2.4.1.6.	<i>Actes hors nomenclature</i>	81
2.4.2	La CCAM (classification commune des actes médicaux)	82
2.4.2.1.	<i>Préambule</i>	82
2.4.2.2.	<i>Historique</i>	82
2.4.2.3.	<i>Les principaux changements</i>	83
2.4.2.4.	<i>Le codage des actes CCAM</i>	84
2.4.2.5.	<i>Principes généraux de tarification</i>	88
2.4.3	La liste des produits et prestations remboursables (LPP)	89
2.5	La carte SESAM-Vitale	94
2.5.1	Définition/contenu	94
2.5.1.1.	<i>Qu'est-ce que la carte Vitale ?</i>	94
2.5.1.2.	<i>Le contenu de la carte</i>	94
2.5.2	Contexte/fonction principale	95
2.5.3	Le champ d'application	96
2.5.4	Principe de fonctionnement	96
2.5.5	Les réseaux de transmission de FSE	97
2.5.6	La diffusion de la carte Vitale et sa mise à jour	97
2.6	NOÉMIE : Norme Ouverte d'Échanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs	98
2.6.1	Généralités	98
2.6.2	Intervenants	98
2.6.3	Enregistrements/mouvements	99
2.6.4	Contrôles	99
2.6.5	Avis de paiement aux assurés	100
2.6.6	NOÉMIE et l'organisme complémentaire	100
2.7	Les affections de longue durée	101
2.7.1	Qu'est-ce qu'une ALD ?	101
2.7.2	L'établissement du protocole de soins	103
2.7.3	Remboursements	106

2.8	La protection universelle maladie	109
2.8.1	Ouverture des droits pour les frais de santé	109
2.8.2	Suppression du statut d'ayant droit majeur	111
2.9	La protection sociale maladie à l'étranger	112
2.10	Complémentaire santé solidaire	120
2.10.1	Historique	120
2.10.2	La complémentaire santé solidaire avec ou sans participation financière.....	122
2.10.3	L'aide médicale de l'État.....	126
2.11	Les prestations supplémentaires et les aides financières	130
3	L'ARRÊT MALADIE	131
3.1	Prestations en espèces pour les salariés du régime général et agricole.....	132
3.1.1	Conditions d'attribution	132
3.1.2	Droits	133
3.1.3	Indemnisation.....	134
3.1.4	Contrôles et sanctions	137
3.2	Prestations en espèce pour le régime des travailleurs indépendants	139
3.2.1	L'indemnité	139
3.2.2	Début de versement.....	141
3.2.3	Durée de versement.....	141
3.2.4	Démarches à accomplir	142
3.2.5	Contrôles	143
3.2.6	Montant des cotisations.....	143
3.3	Prestations en espèces pour les exploitants agricoles.....	144
3.3.1	Bénéficiaires	144
3.3.2	Montant de l'indemnité	144
3.3.3	Démarches à accomplir	145
3.3.4	Contrôles	146
3.3.5	Montant des cotisations.....	146

4	L'ASSURANCE MATERNITÉ-PATERNITÉ	147
4.1	Maternité : les prestations en nature	148
4.1.1	La déclaration de grossesse.....	148
4.1.2	Le suivi de la grossesse mois par mois	150
4.1.3	L'accouchement	152
4.1.4	La période postnatale.....	153
4.2	Maternité : les prestations en espèces	155
4.2.1	Pour les salariées et assimilées y compris salariées agricoles	155
4.2.1.1.	<i>L'ouverture de droits</i>	<i>155</i>
4.2.1.2.	<i>Le congé maternité.....</i>	<i>156</i>
4.2.1.3.	<i>Les indemnités journalières</i>	<i>159</i>
4.2.1.4.	<i>Adoption : congé et indemnités, quels droits ?</i>	<i>160</i>
4.2.2	Pour les non-salariées agricoles	164
4.2.2.1.	<i>Les conditions et la durée d'attribution</i>	<i>164</i>
4.2.2.2.	<i>Le montant de l'allocation</i>	<i>165</i>
4.2.3	Pour les artisans, commerçants, entrepreneurs, industriels et professions libérales.....	166
4.2.3.1.	<i>Femmes cheffes d'entreprise.....</i>	<i>167</i>
4.2.3.2.	<i>Conjointes collaboratrices</i>	<i>168</i>
4.3	Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant	171
4.3.1	Pour les salariés.....	171
4.3.1.1.	<i>La durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant</i>	<i>171</i>
4.3.1.2.	<i>Cas particuliers</i>	<i>173</i>
4.3.1.3.	<i>Les formalités à effectuer</i>	<i>176</i>
4.3.1.4.	<i>Les indemnités journalières</i>	<i>178</i>
4.3.2	Pour les actifs agricoles	180
4.3.3	Pour les travailleurs indépendants ou les conjoints collaborateurs	181
4.3.3.1.	<i>Les travailleurs indépendants.....</i>	<i>181</i>
4.3.3.2.	<i>Les conjoints collaborateurs</i>	<i>183</i>
5	LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES	185
5.1	Historique et principes	186
5.2	Bénéficiaires/ouverture des droits/tarifification	191
5.2.1	Les bénéficiaires.....	191
5.2.2	L'ouverture des droits	192

5.2.3	La tarification.....	192
5.3	L'accident du travail	195
5.3.1	Définition.....	195
5.3.2	Qualification d'accident du travail.....	195
5.4	L'accident de trajet.....	196
5.4.1	Définition	196
5.4.2	Précisions sur les notions	196
5.5	La maladie professionnelle	198
5.5.1	Définition.....	198
5.5.2	Notion d'origine professionnelle.....	198
5.6	Les formalités.....	200
5.6.1	Obligations de la victime	200
5.6.2	Obligations de l'employeur	202
5.6.3	Obligations du praticien traitant	203
5.6.4	Obligations de la caisse primaire d'assurance maladie	205
5.7	Les prestations	209
5.7.1	Frais de santé	209
5.7.2	En espèces.....	209
5.7.2.1.	<i>Les indemnités journalières</i>	<i>209</i>
5.7.2.2.	<i>L'incapacité permanente</i>	<i>211</i>
5.7.2.3.	<i>Rente d'ayant droit.....</i>	<i>214</i>
5.8	L'assurance AT-MP des exploitants agricoles.....	217
5.8.1	Les principes.....	217
5.8.2	Pour qui ?	217
5.8.3	Quelles cotisations ?.....	217
5.8.4	Les prestations	218
6	L'ASSURANCE INVALIDITÉ.....	219
6.1	La demande d'une pension d'invalidité	220
6.2	Montant et versement de la pension d'invalidité ..	221
6.3	Durée et prestations.....	223
6.4	Allocation supplémentaire d'invalidité.....	224
6.5	La carte mobilité inclusion	225
6.6	La pension de veuf ou de veuve invalide	226

7	L'ASSURANCE LIÉE AU DÉCÈS	229
7.1	Les prestations de l'Assurance maladie	230
7.1.1	Le capital décès	230
7.1.2	Les prestations encore dues	232
7.2	Les prestations des autres assurances sociales	234
7.2.1	Les autres aides pour le conjoint survivant	234
7.2.2	L'allocation veuvage	234
8	ANNEXES	237
8.1	Lexique	238
8.2	Pays et collectivités avec des accords dans le domaine de la santé	246
8.2.1	Liste des pays de l'UE-EEE	246
8.2.2	Liste des pays avec des conventions bilatérales de Sécurité sociale (accords en vigueur) :	247
8.3	Sites utiles	248
8.3.1	Sites généraux	248
8.3.2	Sites particuliers	248
8.3.3	Sites techniques (nomenclatures)	248
8.4	Les forfaits et franchises	249
8.5	Organigramme institutionnel de la Sécurité sociale	252
8.6	Les Caisses d'allocations familiales au cœur des politiques	255
8.6.1	Les prestations délivrées par la branche famille (certaines sont soumises à conditions de ressources)	256
8.7	Les prestations maladie	257
8.8	Les prestations retraite	258
8.9	Les principales étapes de la mise en place de la protection sociale	259



Stéphane Junique
Président du Groupe VYV

Édito

La mutualité n'est pas toujours intervenue en complémentarité à la Sécurité sociale.

Historiquement, elle la précède. Elle en est même l'une des sources d'inspiration. Sous la forme de sociétés d'entraide et de secours mutuels - sociétés à l'origine des mutuelles du Groupe VYV -, elle a organisé la prévoyance libre et responsable avant que l'État ne mette en place des systèmes généralisés d'assurance et de prévoyance. Elle y apportera même le concours de son expérience à travers une gestion mutualiste de la Sécurité sociale (fonctionnaires, travailleurs indépendants, étudiants...).

La reconnaissance par les mutualistes de la Sécurité sociale comme pilier du système français leur a donné un nouveau cadre de référence et d'engagement, autour de la démocratisation de l'accès aux soins.

Les mutualistes du Groupe VYV, par leur offre d'assurance et aussi de services et de soins, en témoignent.

L'attachement et la défense de la Sécurité sociale sont au cœur de l'ADN mutualiste. Ce modèle français qui articule assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire procure à nos concitoyens le reste à charge final le moins élevé des pays de l'OCDE.

Plus que jamais faire vivre ce système français de protection, c'est assurer la cohésion sociale du pays.

Au quotidien, il n'en demeure pas moins vrai que les fils enchevêtrés de la Sécurité sociale recèlent une certaine complexité de l'institution pour les « non-initiés ». Le Book Sécu aspire à la rendre plus lisible.

Bonne lecture !

Le Groupe VYV, entrepreneur du mieux-vivre

Le Groupe VYV est le 1^{er} acteur mutualiste de santé et de protection sociale en France. Autour de ses 4 métiers (Mutuelle et assurance, Services et assistance, Soins et accompagnement, Habitat et logement social), le Groupe VYV développe des offres complètes et personnalisées pour accompagner et protéger tous les individus tout au long de la vie.

Pour aller plus loin dans l'accompagnement, le Groupe Arcade-VYV, nouveau pilier du Groupe VYV, propose un dispositif inédit visant à promouvoir le logement comme un vrai déterminant de santé. Le Groupe Arcade-VYV est le 4^e bailleur social de France, par la taille de son parc HLM qui représente 200 000 logements, 5 500 logements construits par an et 681 établissements adaptés aux publics spécifiques.

Créé en 2017, le Groupe VYV œuvre au quotidien pour être utile à tous et à chacun. L'ensemble des composantes du groupe protège 11 millions de personnes au sein de son écosystème et propose des solutions adaptées à plus de 114 000 employeurs publics et privés.

Le chiffre d'affaires du groupe, intégrant une évaluation du chiffre d'affaires des entités de l'UGM VYV Coopération, est d'environ 10 milliards d'euros ; sur le seul périmètre combiné du Groupe VYV, le chiffre d'affaires est de 9,5 milliards d'euros. Acteur engagé, avec 10 000 élus, dont près de 2 600 délégués, le Groupe VYV innove et anticipe pour construire une société plus équitable et socialement responsable.

À propos de VYV³, l'offre de soins et d'accompagnement

Au sein du Groupe VYV, l'offre de soins et accompagnement (VYV3) a pour ambition de développer une offre de soins de qualité, socialement performante et innovante, au plus près des territoires. Elle rassemble différents métiers autour de plusieurs pôles : les soins, les produits et services, l'accompagnement. Avec 1 400 établissements de soins et de services en France, VYV3 compte 30 000 collaborateurs et 1 700 élus. Son chiffre d'affaires est de 1,9 milliard d'euros (1,8 milliard d'euros en vision contributif groupe).

Préface

L'idée de cet ouvrage est née le siècle dernier dans une mutuelle de l'Est de la France, lorsque son directeur m'a sollicité pour acculturer les collaborateurs de mutuelles à la Sécurité sociale. J'ai alors eu l'idée de créer un support sous la forme d'un livret sur la Sécurité sociale en santé et prévoyance dans un tout en un.

C'était en 1999. L'usage d'Internet était loin d'être celui que l'on connaît aujourd'hui et pour recueillir les informations, j'ai dû rassembler de nombreuses documentations papier dont certaines, aujourd'hui « collector », sont archivées par mes soins comme un trésor.

La version originelle, composée de 64 pages en noir et blanc, fut alors imprimée et distribuée à 400 collègues, mais aussi auprès de clients de la mutuelle.

J'ai souhaité faire vivre cet ouvrage et chaque année, j'ai procédé à sa mise à jour et n'ai cessé de l'augmenter des dernières évolutions réglementaires, mais aussi de l'enrichir de nouveaux thèmes.

L'allongement de la durée de la vie, les progrès médicaux, les évolutions structurelles : que de changements depuis la création de la Sécurité sociale en 1945 par le général de Gaulle.

Le siècle dernier a ainsi été traversé par la création d'un régime étudiant aujourd'hui absorbé par le régime général, par des difficultés financières dès 1967 et l'instauration des 3 branches autonomes maladie, famille, vieillesse, par la première loi de financement de la Sécurité sociale en 1996, par la création de la carte Vitale...

Depuis, les réformes se sont accélérées : la couverture maladie universelle devenue aujourd'hui protection universelle maladie a été instaurée, le concept de parcours de soins et du médecin traitant est né en 2004, le RSI a été mis en place en 2006 puis intégré dans le régime général en 2019, le 100 % santé en mouvement dès 2020...

C'est dans un contexte d'évolutions permanentes, 22 ans après sa création, que j'ai le plaisir de partager avec vous cette nouvelle édition du Book Sécu sous la forme d'un ouvrage dédié aux fondamentaux de la Sécurité sociale, dans lequel sont réunis les essentiels des assurances maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité, et décès.

En espérant que ce guide rende plus lisible le monde de la Sécurité sociale, je vous souhaite une bonne lecture !

Nicolas Morel
Directeur expertise réglementaire Groupe VYV

Origine et organisation des régimes de Sécurité sociale



1

1.1 Historique

À l'origine du système de protection sociale français, il y a plusieurs formes de solidarité (par exemple au Moyen Âge avec le **compagnonnage**). Par la suite, au XVIII^e siècle, les **sociétés de secours mutuel** se sont imposées progressivement dans le paysage social national.

C'est au milieu du XIX^e siècle qu'un premier texte réglementaire approuve ces sociétés de secours mutuel leur permettant d'asseoir leur champ d'intervention en matière de santé. S'ensuivra le développement d'une véritable législation sociale (loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, loi de 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes, loi du 1^{er} avril 1898 ou « charte de la mutualité » qui élargit l'action des sociétés de secours mutuel à l'ensemble de la protection sociale).

1928 et 1930 marquent la **création des premières assurances sociales** qui permettent de couvrir à titre obligatoire certains salariés dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil contre les risques maladie, maternité, invalidité (cotisation partagée entre l'employeur et l'employé). Cela concerne les salariés du commerce et de l'industrie. Il est aussi question de la retraite.

Avec la loi du 11 mars 1932, les allocations familiales sont versées à la naissance du deuxième enfant (système obligatoire pour les salariés du commerce et de l'industrie). Elles sont étendues ensuite aux non-salariés.

À la veille de la Seconde Guerre mondiale, la plupart des risques sociaux (sauf chômage) sont couverts pour une grande partie de la population.

Le Conseil national de la Résistance adopte en 1944 un programme prévoyant « un plan complet de Sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État ». Il s'inspire du modèle beveridgien britannique et du modèle bismarckien allemand.

Le système de Beveridge (1942) vise :

- l'universalité : des droits ouverts par la qualité de résident et non par l'exercice d'une activité professionnelle ;
- l'uniformité : tous les assurés ont le même niveau de prestations ;
- l'unité : la gestion du système par une institution unique.

Le système de Bismarck (1883) vise :

- l'assurance contre la perte de salaire ;
- le financement par cotisations et des prestations servies proportionnellement aux cotisations versées ;
- la gestion paritaire.

Pierre Laroque, Alexandre Parodi puis Ambroise Croizat sont chargés d'élaborer le projet de construction de la Sécurité sociale dès 1944.

ORDONNANCES DES 4 ET 19 OCTOBRE 1945

Création d'une organisation de Sécurité sociale par le gouvernement du général de Gaulle à l'intention des travailleurs salariés. « Il est institué une organisation de la Sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent » (article 1^{er} de l'ordonnance du 4 octobre 1945).

Ces ordonnances réforment les assurances sociales existantes : elles les fusionnent et font évoluer leurs prestations. Se constitue alors un réseau de caisses de Sécurité sociale organisé en 3 échelons : une caisse nationale, des caisses régionales et des caisses locales.

Une des spécificités est celle de la gestion des caisses par les intéressés, par l'intermédiaire de leurs représentants syndicaux.

À sa création en 1945, l'ambition était d'absorber progressivement les professions autres que salariées. À l'époque, différents intérêts existants vont à l'encontre de cette généralisation : les régimes spéciaux autonomes en 1946, le régime agricole, les non-salariés... car ils ont des garanties plus favorables ou des cotisations inférieures.

1961

Création de l'assurance maladie-maternité-invalidité pour les exploitants agricoles.

1966

Extension à l'assurance pour les accidents et les maladies professionnelles. Suit également la mise en place d'une assurance maladie pour les autres non-salariés non agricoles.

1967

Séparation de la Sécurité sociale en 3 branches autonomes pour faire face aux difficultés financières : la branche maladie/la branche vieillesse/la branche famille, chacune étant responsable de ses recettes et dépenses.

LOIS DE 1974 ET 1978

Principe de l'obligation d'affiliation à un régime de Sécurité sociale ou, à défaut, à une assurance privée.

RÉFORME DE 1996 (« ORDONNANCES JUPPÉ »)

Mise en place des premières lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) induisant un nouveau partage des rôles entre le Gouvernement et le Parlement et permettant d'associer ce dernier à la détermination de l'équilibre financier de la Sécurité sociale. Création des conventions d'objectifs et de gestion avec les caisses nationales (renforcement du pilotage de la Sécurité sociale par l'État).

En outre, une loi organique du 22 juillet viendra préciser le contenu des LFSS (vote des prévisions de recettes, des objectifs de dépenses par branche et de l'ONDAM - Objectif national des dépenses d'assurance maladie).

1997

Mise en place de la carte Vitale.

27 JUILLET 1999

Création de la Couverture maladie universelle (CMU).

21 AOÛT 2003

Loi portant réforme des retraites (harmonisation progressive de la durée d'assurance pour bénéficier d'une pension à taux plein entre les différents régimes, évolution progressive de cette durée d'assurance en fonction des gains d'espérance de vie, créations de dispositifs de retraites anticipées pour les assurés ayant commencé à travailler jeune et ayant effectué de longues carrières).

LOIS DE 2004

- Celle du 30 juin relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées institue la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui a pour mission, notamment, de contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées, à domicile et en établissement.
- La CNSA a été installée en avril 2005.
Pour l'abonder, un jour férié a été supprimé : les entreprises versant une contribution de 0,3 %.
- Celle du 13 août portant réforme de l'assurance maladie (création du médecin traitant, du dossier médical personnel, réforme de la gouvernance de l'assurance maladie et du système de santé, promotion des médicaments génériques, aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire, responsabilisation des assurés sociaux par la création du forfait d'1 euro).

LOI DU 2 AOÛT 2005

Réforme de la loi organique relative aux LFSS (mise en perspective pluriannuelle du financement de la Sécurité sociale et présentation de l'équilibre des régimes par le rapprochement des recettes et des dépenses, mise en œuvre de la démarche objectifs résultats à la Sécurité sociale).

2006

Mise en place du Régime social des indépendants (RSI), prévu par une ordonnance du 31 mars 2005, regroupant les régimes d'assurance maladie des professions libérales, des industriels, des artisans et des commerçants ainsi que les régimes d'assurance vieillesse des industriels, des artisans et des commerçants.

LOI DU 9 NOVEMBRE 2010

Réforme des retraites avec recul progressif de l'âge légal de départ à la retraite de 60 à 62 ans, prise en compte de la pénibilité, dispositif carrières longues, amélioration des règles de calcul des retraites des femmes, lutte contre les inégalités de salaire entre hommes et femmes, meilleure protection des plus fragiles, rapprochement des règles entre fonction publique et secteur privé.

2012

La possibilité de partir en retraite dès 60 ans est rétablie pour les personnes ayant commencé à travailler tôt et ayant cotisé la durée requise pour leur génération.

1^{ER} JANVIER 2013

- Le régime d'assurance maladie de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) est intégré au régime général (risque maladie, maternité, invalidité et décès) : pour les risques maladie et maternité, uniquement les prestations en nature. Les prestations en espèces resteront en effet à la charge de l'employeur, sous forme de maintien du salaire.
- Les assurés accèdent en ligne à leur relevé de situation individuelle qui retrace les trimestres et/ou les points acquis dans les différents régimes, les montants de rémunération afférents, ainsi que la liste des employeurs successifs.

2014

- Simplification des conditions d'accès aux indemnités journalières au-delà du 6^e mois d'arrêt de travail ainsi qu'à l'assurance invalidité.
- **Assouplissement des conditions d'ouverture et de maintien des droits aux prestations** des assurances maladie, maternité, invalidité et décès afin de tenir compte de la précarisation sur le marché du travail.
- **Amélioration de la prise en compte, pour la validation de trimestres d'activité des assurés à temps partiel.**
- Abaissement de 200 à 150 SMIC horaires l'assiette de cotisations permettant d'acquérir un trimestre.
- Conclusion d'un accord national interprofessionnel modifiant les paramètres des régimes AGIRC-ARRCO afin d'en assurer la pérennité (hausse

des taux de cotisations sur 2 ans et moindre revalorisation des prestations sur 3 ans).

- Institution d'une participation des organismes complémentaires au financement du nouveau forfait médecin traitant.
- Taux de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) applicable aux contrats frais de santé qui ne respectent pas les conditions du contrat solidaire et responsable augmenté de 9 à 14 % au titre des primes et cotisations échues à compter du 1^{er} janvier 2014.
- Promotion de la déclaration sociale nominative (DSN), de la dématérialisation des déclarations et paiements des cotisations et du chèque emploi service universel (CESU).
- Régime agricole : transfert GAMEX vers MSA.

2015

- Réforme de l'assurance décès (montant forfaitaire du capital versé aux ayants droit d'un assuré décédé, revalorisé tous les ans au 1^{er} avril en fonction de l'inflation des prix hors tabac).
- Élargissement du dispositif de transfert de l'indemnisation de la mère au père ou au partenaire en cas de décès de la mère pendant son congé maternité, à l'ensemble des causes de décès de la mère au cours du congé postnatal et ouvert dans l'ensemble des régimes (coordination assurée lorsque les parents relèvent de régimes d'assurance maladie différents).
- Harmonisation des régimes invalidité des artisans et commerçants (invalidité totale et définitive et incapacité partielle).
- Si l'assuré a liquidé une première pension de retraite de base, il ne se génère plus de droits nouveaux en cas de cumul emploi-retraite.
- Remplacement du complément de libre choix d'activité (CLCA) par la « prestation partagée d'éducation de l'enfant » (PREPARE) : ouverture au parent qui réduit ou cesse son activité professionnelle pour s'occuper de son enfant, chaque parent doit faire valoir son droit pour bénéficier de la durée maximale de la prestation (6 mois par parent pour le premier enfant jusqu'au 1^{er} anniversaire de l'enfant/24 mois pour les enfants suivants (« rang 2 » et plus) dans la limite du 3^e anniversaire de l'enfant).
- Modulation des allocations familiales : jusqu'à présent, le montant des allocations familiales était identique pour une même composition familiale, quels que soient les revenus du foyer. Désormais, toutes les familles

continuent d'avoir droit aux allocations, mais leur montant sera modulé et variera en fonction des revenus.

- Nouvelle version de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) au 1^{er} juillet 2015, avec une simplification et 3 niveaux de contrats.

LFSS POUR 2016

Mise en place de la **Protection universelle maladie (PUMA)** dont l'objectif est de renforcer les droits et de simplifier les démarches des assurés sociaux.

2018

- **Suppression du RSI** dont la gestion est confiée progressivement au régime général (période transitoire prévue jusqu'en 2020).
- Début du changement du régime étudiant pour la rentrée 2018 : les nouveaux étudiants sont rattachés au régime général, les anciens restant rattachés au régime étudiant.

2019

- Entrée en vigueur de l'ANI du 17 novembre 2017 sur la fusion de l'AGIRC et de l'ARRCO.
- Juillet 2019 : rapport Delevoye pour un système universel de retraite.
- Depuis le 1^{er} mars 2019, le régime général prend en charge la gestion des frais de santé du régime obligatoire des fonctionnaires gérés par MFP Services. Ce transfert d'activité concerne uniquement la part Sécurité sociale : les mutuelles complémentaires des fonctionnaires continuent de prendre en charge la part complémentaire.
- **Disparition complète du régime étudiant** à la rentrée 2019 : les étudiants sont tous rattachés au régime général. Depuis le 31 août 2019, les mutuelles étudiantes sont des organismes uniquement complémentaires.
- Disparition de l'ACS au 1^{er} novembre 2019 et fusion avec la CMU-C, laquelle devient la « Complémentaire santé solidaire » et peut être contributive ou non contributive.
- Début de la mise en place progressive du 100 % santé en audiologie, optique et dentaire.
- Loi du 24 juillet 2019 sur la transformation et l'organisation du système de santé (Loi « Buzyn »).

2020

- Mise en place du 100 % Santé (optique et une partie du dentaire).
- Création d'une 5^e branche « perte d'autonomie » pour 2021.
- Ségur de la Santé : plan massif d'investissement et de financement au service des soins et des revalorisations salariales des personnels soignants à la suite de la crise sanitaire.

1.2 Les régimes

1.2.1 IMMATRICULATION ET COMPOSITION DU NIR

L'immatriculation d'un assuré social est définitive.

Pour les personnes nées en France :

L'immatriculation s'effectue dès la naissance. Le numéro de Sécurité sociale est attribué par l'INSEE à partir des données d'état civil transmis par les mairies.

À partir de l'âge de 16 ans, les personnes prennent connaissance de leur numéro de Sécurité sociale complet par la réception de leur carte Vitale.

Pour les personnes nées à l'étranger :

L'immatriculation s'effectue à l'occasion d'une démarche effectuée par la personne elle-même ou par son employeur. Les données d'état civil provenant de pays tiers (et des territoires et de certaines collectivités d'outre-mer) sont alors certifiées par le SANDIA (Service administratif national d'immatriculation des assurés), la CNAV assurant cette gestion par délégation de l'INSEE.

Le numéro de Sécurité sociale sert à chaque assuré social dans ses démarches auprès des organismes de protection sociale. Il permet à l'assuré d'obtenir les prestations auxquelles il a droit (avance ou remboursement de frais médicaux, pensions ou allocations diverses).

Le numéro de Sécurité sociale est donc également utilisé par ces mêmes organismes pour leurs procédures d'identification des demandeurs ou des bénéficiaires de prestations qu'ils servent : CAF, CARSAT, Pôle emploi, organismes d'assurance maladie complémentaire (assurances, mutuelles et institutions de prévoyance), Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)...

Il sert aussi aux employeurs lorsqu'ils déclarent leurs salariés pour lesquels des cotisations sont versées, afin de leur permettre de bénéficier de prestations des assurances sociales obligatoires.

Enfin il sert aux professionnels de santé (médecins, hôpitaux, infirmières, pharmaciens, etc.).

Le numéro d'immatriculation ou le numéro d'inscription au répertoire (NIR) est composé de 13 caractères suivis d'une clé de contrôle :

2	53	07	75	073	004	83
Sexe = 1 : homme 2 : femme	Année de naissance (1953)	Mois de naissance (juillet)	Département de naissance (Paris, ex-Seine)	Commune de naissance (N° INSEE)	N° d'ordre	Clé de contrôle

Le **NIR** est **unique** (deux personnes ne peuvent avoir le même) et invariable (même si les communes ou départements connaissent des modifications administratives ultérieures).

Les éléments du NIR présentent parfois certaines particularités :

Code sexe

En principe **1** ou **2**. À la place de ces codes peuvent apparaître les chiffres 7 ou 8 (3 ou 4 pour la MSA). Ces derniers caractérisent les numéros que les CPAM attribuent **provisoirement** à un salarié non encore immatriculé pour permettre la gestion de son dossier dans l'attente de son immatriculation définitive.

Mois de naissance

En principe : **01** à **12**. Si le mois de naissance de la personne n'est pas connu, les valeurs suivantes sont parfois utilisées : **20** et suivantes ; **30** à **42**, **50** et suivantes.

De nos jours, certains pays suivent le calendrier lunaire. Ce dernier est un système de repère par rapport aux cycles lunaires et non solaires. L'année est plus courte dans la datation lunaire. Par conséquent, afin de rattraper le cycle solaire, un treizième mois est intercalé à intervalles d'années réguliers.

Code département

Pour les personnes nées en France métropolitaine, code du département : **01** à **95**.

Les valeurs 91, 92, 93, 94 et 95 ne prennent effet que pour les assurés nés depuis le 1^{er} janvier 1968. Les valeurs 2A et 2B prennent effet depuis le 1^{er} janvier 1976.

Pour les personnes nées hors métropole, dans les départements et les territoires d'outre-mer, les valeurs 97 et 98 sont utilisées. Pour les personnes nées à l'étranger, le code 99 est utilisé.

Code de la commune

Il s'agit de la codification **INSEE** des communes. Pour les personnes nées à l'étranger, il s'agit du code pays.

Numéro d'ordre

Ce numéro permet de distinguer les personnes nées dans un même lieu sur la même période d'un mois. Si le nombre de naissances dépasse les 999, alors un nouveau code ville sera attribué de manière temporaire. Dans certains cas, une ville peut avoir plusieurs numéros, car le nombre de naissances mensuelles dépasse régulièrement le seuil des 999 naissances.

Clé de contrôle

Le NIR est suivi d'une clé de contrôle de 2 caractères qui sert à vérifier sa vraisemblance. L'algorithme de calcul de cette clé est le modulo 97, c'est-à-dire le complément à 97 du reste de la division du nombre que représente le NIR par 97 (des règles spécifiques sont appliquées pour le calcul de la clé des personnes nées dans les départements 2A et 2B).

Les personnes qui sont en cours d'immatriculation ou dont les données d'état civil sont incomplètes ou n'ont pas été confirmées par une pièce d'état civil, sont identifiées par un **numéro identifiant d'attente (NIA)**. Cela permet d'éviter que chaque organisme ne crée ses propres identifiants spécifiques pour des personnes qui ne disposent pas de NIR.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 a posé le principe de l'utilisation du NIR – à défaut le NIA pour les personnes en cours d'immatriculation – en tant qu'**identifiant national de santé (INS)**. Prévue initialement avec une échéance au 1^{er} janvier 2020, sa mise en œuvre concrète a pris du retard et sa généralisation a été reportée à janvier 2021.

1.2.2 DES RÉGIMES DISTINCTS

Le système de Sécurité sociale couvre aujourd’hui toute la population par le biais de régimes multiples et distincts, et non par un régime unique.

Ces dernières années, il était constitué par :

LE RÉGIME GÉNÉRAL	LE RÉGIME AGRICOLE
LE RÉGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS	LES RÉGIMES SPÉCIAUX

Toutefois, des régimes ont subi d’importantes modifications et certains ont été absorbés par le régime général. C’est le cas notamment du Régime social des indépendants (RSI) qui est désormais intégré au régime général ainsi que le régime des étudiants.

Aujourd’hui, la Sécurité sociale inclut :

- le régime général ;
- le régime agricole ;
- les régimes spéciaux.

1.2.2.1. Le régime général

Organisation

Le régime général couvre environ plus de 90 % des personnes, soit la majorité de la population.

Sa gestion est paritaire, c’est-à-dire assurée par des conseils d’administration composés de syndicats patronaux et salariés.

À l’origine, le régime général concernait la plupart des salariés, les étudiants, les bénéficiaires de certaines prestations et les personnes qui résident en France. Son champ s’élargit progressivement.

Le régime général est actuellement organisé en 5 branches :

- Maladie
- Accidents du travail et maladies professionnelles
- Retraite
- Famille
- Autonomie

Branches maladie et AT/MP :

La **CNAM** (Caisse nationale d'assurance maladie) gère les branches maladie et accidents du travail et maladies professionnelles.

Créée en 1967, la CNAM est un établissement public national à caractère administratif. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'État. Celles-ci sont représentées auprès de la caisse nationale par des commissaires du gouvernement.

La CNAM est chargée notamment de veiller à l'équilibre financier des branches qu'elle gère, de promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses assurés, d'exercer une action sanitaire et sociale, de définir les orientations en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs, d'organiser et de diriger le contrôle médical, de mettre en œuvre les actions conventionnelles, de participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé.

La CNAM signe avec l'État des conventions d'objectifs et de gestion (COG) comportant des engagements réciproques des signataires. Les COG prévoient les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et les organismes disposent pour les atteindre et les actions mises en œuvre à ces fins.

Pour la réalisation de ses missions, la CNAM coordonne les actions menées par les CARSAT au titre de leurs attributions en matière d'AT/MP, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les caisses générales d'assurance maladie (CGSS).

Les CPAM assurent la prise en charge des frais de santé et le service des prestations d'assurance maladie, maternité, paternité, invalidité, décès et d'accidents du travail et maladies professionnelles dont bénéficient dans leur circonscription les assurés salariés et non salariés, les personnes inactives et résidant en France.

Branche retraite (vieillesse et veuvage) :

La **CNAV** (Caisse nationale d'assurance vieillesse) gère la branche retraite.

Elle émet notamment un avis sur les projets de lois intéressant sa compétence.

La liquidation et le service des pensions résultant des droits à retraite des assurés du régime général sont assurés par les **CARSAT** (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) au titre de leurs attributions en matière de

vieillesse. Ces caisses ont d'autres missions, notamment celle d'informer et de conseiller les assurés et leurs employeurs sur la législation de l'assurance vieillesse.

Pour la région Île-de-France, c'est la **CRAMIF** (Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France) qui assure le paiement des pensions (et non la CAR-SAT). Pour l'Alsace-Moselle, c'est la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle.

Branche famille :

La **CNAF** (Caisse nationale d'allocations familiales) gère la branche famille.

Elle émet notamment un avis sur les projets de lois la concernant.

Le service des prestations familiales dues aux salariés de toute profession, aux employeurs et aux travailleurs indépendants des professions non agricoles ainsi qu'à la population non active incombe aux **CAF** (Caisses d'allocations familiales).

Les prestations familiales comprennent : la prestation d'accueil du jeune enfant ; les allocations familiales ; le complément familial ; l'allocation de logement ; l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ; l'allocation de soutien familial ; l'allocation de rentrée scolaire ; l'allocation journalière de présence parentale.

Le droit aux prestations familiales est conditionné par la seule résidence régulière sur le territoire national.

La Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 a posé le principe de modulation du montant des allocations familiales selon le niveau de ressources des bénéficiaires (le principe d'universalité des prestations familiales demeure). Auparavant, le montant des allocations familiales était identique pour une même composition familiale, quels que soient les revenus du foyer.

Branche autonomie

La création d'une 5^e branche couvrant la perte d'autonomie a été actée par la loi du 7 août 2020 relative à la dette et à l'autonomie.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée après la canicule de 2003, est désormais chargée de gérer cette nouvelle branche.

Celle-ci a vocation à centraliser le système de prise en charge de la perte d'autonomie, conséquence du handicap ou du grand âge, jusqu'ici réparti entre l'État, les départements, et la Sécurité sociale.

Selon Roméo Fontaine, chargé de recherche à l'INED, la CNSA était le choix « le plus logique parce que, jusqu'à aujourd'hui, elle était chargée de la prise

en charge au niveau national, en lien avec les ARS [agences régionales de santé] et les départements ».

À terme, ce regroupement permettra une meilleure visibilité des ressources et, par là même, un meilleur pilotage des moyens de lutte contre la perte d'autonomie, notamment au travers de l'examen de fin d'année du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS).

Cela permettra également une simplification de la prise en charge des bénéficiaires, même si les prestations en elles-mêmes ne devraient pas changer.

Il est à noter que la 5^e branche n'est pas encore achevée et devra encore évoluer, même si elle n'est pas mentionnée parmi les branches du régime général par le Code de la Sécurité sociale en raison de sa finalité.

Branche recouvrement

L'**ACOSS (Agence centrale des organismes de Sécurité sociale)** est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches gérées par la CNAF, par la CNAM et par la CNAV. Elle individualise la trésorerie de chaque branche par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable et établit l'état prévisionnel de la trésorerie de chaque branche.

En outre, l'ACOSS assure la collecte et la répartition aux attributaires des cotisations et contributions essentiellement destinées au paiement des prestations de Sécurité sociale (CSG...).

Pour ce faire, l'ACOSS exerce un pouvoir de direction et de contrôle sur les **URSSAF** (Unions pour le recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales).

1.2.2.2. Le régime agricole

Organisation

Le régime agricole gère les personnes non salariées des professions agricoles et les personnes salariées des professions agricoles.

Avec 5,6 millions de bénéficiaires, c'est le deuxième régime de Sécurité sociale en France.

Ce régime consiste en un **guichet unique** : il gère l'ensemble des branches (maladie, AT/MP, prestations familiales, retraite, recouvrement).

La Mutualité sociale agricole (**MSA**) s'organise de la façon suivante :

- à l'échelon national, la **Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) est un organisme de droit privé, chargé d'une mission de service public**. Elle a pour mission notamment de représenter la MSA auprès des pouvoirs publics et de contribuer à la mise en œuvre de la politique sociale agricole ;
- elle a un pouvoir de contrôle sur les caisses de mutualité sociale agricole et autres groupements et associations en lien ;
- à l'échelon local, les **caisses de MSA** qui peuvent être départementales ou pluridépartementales, sont chargées de la gestion des régimes obligatoires de protection sociale des salariés et des non-salariés des professions agricoles. Elles peuvent être autorisées à gérer des régimes complémentaires d'assurance maladie, maternité, invalidité et de vieillesse pour les personnes non salariées des professions agricoles. Elles peuvent accompagner toutes actions visant à favoriser la coordination et l'offre de soins en milieu rural.

Conditions d'affiliation/immatriculation/ouverture de droits

Assujettissement :

Les non-salariés agricoles sont les exploitants et chefs d'entreprises agricoles (exploitations de culture et d'élevage, entreprises de travaux agricoles, de travaux forestiers, etc.).

L'importance minimale de l'exploitation ou de l'entreprise agricole requise pour que les dirigeants soient considérés comme chef d'exploitation ou d'entreprise agricole est déterminée par l'activité agricole, évaluée sur la base des trois critères de l'AMA (activité minimale d'assujettissement). Si son activité ne remplit aucun critère parmi les trois, l'assuré est redevable, sous certaines conditions, d'une cotisation de solidarité.

C'est depuis 2014 que les non-salariés agricoles qui relevaient d'un organisme assureur privé au titre de l'AMEXA (assurance maladie, maternité, invalidité) et de l'ATEXA (AT-MP), sont affiliés à la MSA.

Les salariés agricoles regroupent les salariés occupés à des travaux forestiers, gardes-chasses, garde-pêche, gardes forestiers, jardiniers, les salariés des organismes sociaux agricoles, du Crédit Agricole, des Chambres d'agriculture et des structures sociales, coopératives et associations et syndicats à objet et en lien avec l'agriculture, apprentis, stagiaires et employés de maison d'une activité agricole.

Tous les salariés agricoles sont affiliés à la MSA du département de leur lieu de travail.

Les cotisations « techniques » sont basées sur le même principe que pour le régime général : part patronale et part ouvrière.

1.2.2.3. La Sécurité sociale des indépendants

Ancienne organisation

Le RSI, régime social des indépendants, a remplacé en 2006 les caisses d'assurance maladie et de retraite obligatoires des professions indépendantes. C'était une structure unique issue de la fusion des trois caisses de santé et de retraite des artisans, commerçants et professions libérales (à savoir les réseaux AMPI, AVA et ORGANIC).

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 a prévu l'intégration du Régime social des indépendants (RSI) au Régime général à l'issue d'une période de transition s'étalant du 1^{er} janvier 2018 au 1^{er} janvier 2020.

Le rattachement au régime général se faisant automatiquement, aucune démarche n'était à effectuer.

La nouvelle dénomination de l'ancien RSI est désormais la Sécurité sociale des indépendants (SSI).

Les points suivants détaillent l'ancienne organisation du RSI.

Organisation

L'organisation s'appuyait sur :

- une caisse nationale ;
- 29 caisses régionales ;
- 1 caisse dédiée aux professions libérales ;
- un réseau d'organismes conventionnés assureurs ou mutualistes chargés de la gestion des prestations assurance maladie-maternité et du versement des indemnités journalières ;
- de nombreux points d'accueil.

Public concerné

Étaient affiliés au RSI pour l'assurance maladie-maternité, l'assurance vieillesse, l'invalidité, le décès et le recouvrement des cotisations et contributions sociales allocations familiales et CSG-CRDS, les entreprises individuelles exerçant à titre personnel une activité artisanale, commerciale, industrielle.

Artisans

- Inscrits au répertoire des métiers (artisans du bâtiment, services à la personne, coiffeurs...), alimentation (charcutiers-traiteurs, vendeurs de pizza...), bois et ameublement, textiles, cuir, habillement...
- Ou exerçant une activité rattachée par décret aux professions artisanales (taxis, chauffeurs de maîtres propriétaires de leur véhicule, thanatopracteurs)

Industriels et commerçants

- Inscrits au registre du commerce
- Ou assujettis comme commerçants à la taxe professionnelle
- Ou exerçant une activité rattachée par décret aux professions industrielles et commerciales

Certains associés ou dirigeants de société

- Les associés uniques gérants de droit ou de fait d'EURL (entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée)
- Les associés de sociétés en nom collectif
- Les gérants majoritaires de SARL (société à responsabilité limitée), les gérants appartenant à un collège de gérance majoritaire, les associés exerçant une activité non salariée au sein d'une SARL
- Les membres des sociétés en participation
- Les associés commandités des sociétés en commandite simple ou par actions et les associés commandités des sociétés d'exercice libéral en commandite par actions (SELCA)
- Les professionnels libéraux exerçant leur activité dans le cadre d'une société civile (SCP par exemple)
- Les membres de sociétés de fait exerçant une activité artisanale, industrielle ou commerciale

Les professions libérales (affiliées uniquement pour l'assurance maladie-maternité)

- Les notaires
- Les officiers ministériels, officiers publics et membres des compagnies judiciaires

- Les médecins conventionnés à honoraires libres (secteur II) ayant opté pour le régime des professions indépendantes
- Les médecins exerçant leur activité libérale sans être conventionnés
- Les chirurgiens-dentistes non conventionnés
- Les sages-femmes non conventionnées
- Les pharmaciens et pharmaciens biologistes
- Les auxiliaires médicaux non conventionnés non salariés
- Les vétérinaires
- Les artistes non salariés ne relevant pas du régime des artistes-auteurs
- Les agents généraux d'assurance
- Les architectes
- Les experts-comptables, comptables agréés et les commissaires aux comptes indépendants
- Les ingénieurs, techniciens et experts réunissant les ingénieurs-conseils, métreurs-vérificateurs, juristes, experts et conseils non salariés inscrits pour cette activité au rôle de la taxe professionnelle
- Les géomètres et experts agricoles et forestiers inscrits pour cette activité au rôle de la taxe professionnelle
- Les personnes exerçant une activité d'enseignement de toute discipline, notamment en qualité de Professeur, de répétiteur ou d'éducateur
- Les interprètes et sténotypistes de conférence, les agents privés de recherches et de renseignements
- Les mandataires non salariés

Les conjoints associés ou collaborateurs

- Le conjoint associé : dès lors que le conjoint détient des parts sociales dans la société et qu'il y exerce une activité professionnelle régulière, le conjoint est considéré comme conjoint associé, qu'il soit rémunéré ou non. Il est alors personnellement affilié au RSI en tant que travailleur indépendant, artisan ou commerçant, pour toute sa protection sociale obligatoire
- Le conjoint collaborateur : pour que le conjoint puisse choisir le statut de conjoint collaborateur, le chef d'entreprise doit exercer son activité en entreprise individuelle ou être le gérant majoritaire ou appartenir à un collège de gérance majoritaire d'une entreprise en SARL, EURL ou SELARL

qui comporte moins de 20 salariés ; le conjoint doit exercer une activité régulière dans l'entreprise familiale ; le conjoint ne doit pas être rémunéré pour cette activité ; le conjoint ne doit pas avoir la qualité d'associé ; le chef d'entreprise et son conjoint doivent être mariés ou liés par un pacte civil de solidarité

Les assurés volontaires

Il existait également des possibilités d'affiliation volontaire au RSI.

C'était le cas notamment des :

- anciens assurés obligatoires n'exerçant aucune activité susceptible d'entraîner leur immatriculation obligatoire à un régime de Sécurité sociale ainsi que des anciens artisans ou commerçants mettant leurs fonds en location-gérance ;
- personnes qui participent à l'exercice de l'activité commerciale ou industrielle du chef d'entreprise sans être rémunérées et sans relever d'un régime obligatoire de Sécurité sociale ;
- ressortissants français ou d'un autre pays de l'EEE exerçant une activité non salariée artisanale, industrielle ou commerciale à l'étranger.

C'était auprès du centre de formalités des entreprises (CFE) que s'effectuait l'inscription au répertoire des métiers ou au registre du commerce. Le CFE transmettait cette déclaration à tous les organismes concernés : URSSAF, IN-SEE, impôts et bien sûr la caisse RSI qui procédait à l'affiliation.

1.2.2.4. Le régime local

Le régime local est un **régime d'assurance maladie obligatoire**. Il est **complémentaire** dans la mesure où il verse des prestations au-delà du régime général, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, et ceci pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré (sauf participations forfaitaires et franchises).

Il concerne les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

D'après le dernier rapport d'activité de 2019, le régime local compte « 2,1 millions de bénéficiaires (salariés du régime général, chômeurs, invalides, retraités, ainsi que leurs ayants droit – enfants et conjoints à charge), dont 1 600 000 assurés (74 %) et 551 000 ayants droit. Plus de la moitié des bénéficiaires sont des actifs et 20 % sont retraités. 26 % sont ayants droit de salariés ou retraités ».

Historique

1871-1918

Annexion des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle par l'Allemagne en 1871. La population bénéficie désormais du régime d'assurance maladie de Bismarck (très forte socialisation de la prise en charge des dépenses de soins, laissant une fraction modeste à la charge des assurés).

1918-1939

Ces départements redeviennent français en 1918 et conservent le système de protection sociale institué par les lois de 1919 et de 1924.

1946

Les ordonnances de 1945 ont mis fin au régime local à compter du 1^{er} juillet 1946.

Un décret du 12 juin 1946 a mis en place des mesures transitoires pour ne pas priver les assurés des trois départements de leurs prestations avantageuses et du fait d'avoir cotisé au régime local : cette situation devait perdurer jusqu'à l'alignement du régime général avec le haut niveau de solidarité du régime local.

1991

Comme le régime général ne s'est jamais aligné sur le régime local, une loi du 31 décembre 1991 a définitivement maintenu le régime local dans les trois départements.

1998

Texte fondateur pour pérenniser le régime local. Les conditions d'appartenance au régime local pour les actifs, retraités et demandeurs d'emploi, les règles concernant les cotisations et les exonérations, l'affectation des excédents à des actions de santé publique, sont précisées.

2002

Extension des conditions d'affiliation au régime local.

2005

Le conseil d'administration du régime local, dans sa séance du 19 décembre 2005, a décidé de porter le taux de cotisation sur les salaires, les retraites et les revenus de remplacement à 1,80 % à compter du 1^{er} janvier 2006 ; de prendre en charge le forfait de 18 euros (24 euros en 2019) pour tous les actes techniques dont le coût dépasse 91 euros (120 euros en 2019) (hospitalisation ou ambulatoire) ; de prendre en charge le forfait journalier de 15 euros (20 et 15 euros en 2018) ; de rembourser les génériques à 100 % pour favoriser le recours à ces médicaments ; de rembourser les vignettes bleues à 80 % ; de ne plus prendre en charge les vignettes orange. Toutes ces mesures ne sont pas effectives aujourd'hui.

En devenant excédentaire, le régime a opté pour une baisse des cotisations.

Bénéficiaires

Le régime local est applicable notamment aux catégories d'assurés sociaux du régime général suivantes :

- salariés exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ;
- maîtres contractuels et agréés des établissements d'enseignement privé sous contrat, agents non titulaires de l'État et de ses établissements publics administratifs, agents contractuels de La Poste et de France Télécom, agents non titulaires des collectivités territoriales, qui exercent leur activité dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle ;
- salariés du port autonome de Strasbourg ;
- personnes qui ont été bénéficiaires du régime local en qualité d'assurés ou d'ayants droit du régime général et qui continuent à en bénéficier pendant la durée du maintien de droit au régime général (peu importe leur lieu de résidence) ;
- titulaires de revenus de remplacement, indemnités et allocations de chômage, quel que soit leur lieu de résidence en France, qui soit ont bénéficié du régime local en qualité de salariés, soit ont rempli en qualité de travailleurs frontaliers les conditions pour bénéficier du régime local d'assurance maladie ;
- titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail, quel que soit leur lieu de résidence en France, qui ont préalablement à leur mise en invalidité bénéficié du régime local en qualité de salariés ou d'ayants droit ;

- titulaires d'un avantage de vieillesse (peu importe leur lieu de résidence en France ou en UE), qui ont relevé du régime local d'assurance maladie pendant 5 ans au cours des cinq années précédant leur départ en retraite ou leur cessation d'activité (à condition d'avoir été affiliés au régime général d'assurance vieillesse des travailleurs salariés pendant la plus grande partie de leur activité) ;
- titulaires d'un avantage de vieillesse (peu importe leur lieu de résidence en France ou en UE), qui ont relevé du régime local pendant 10 ans au cours des quinze années précédant leur départ en retraite ou leur cessation d'activité (à condition d'avoir été affiliés au régime général d'assurance vieillesse des travailleurs salariés pendant la plus grande partie de leur activité).

Se référer à l'article L.325-1 du Code de la Sécurité sociale pour avoir l'exhaustivité des bénéficiaires de ce régime.

Informations

Le bénéfice du régime local d'assurance maladie est subordonné à des conditions spécifiques d'ouverture des droits ainsi qu'aux conditions de cotisation et de nombre minimal d'heures de travail salarié ou assimilé pour avoir droit et ouvrir droit aux prestations prévues.

Le régime local est financé par une cotisation assise sur les salaires, allocations chômage, préretraite, retraites et pensions complémentaires dé plafonnées. Les retraités et les chômeurs les plus modestes sont exonérés de cotisation. Il n'y a pas de cotisation patronale. Le taux de cotisation est de 1,50 %.

Il assure à ses ressortissants un remboursement des prestations légales d'assurance maladie avec un ticket modérateur de 10 %. L'hospitalisation est prise en charge à 100 % (80 % imputés au régime général, 20 % au régime local). Enfin, le forfait hospitalier est intégralement couvert par le régime local.

Pour le fonctionnement quotidien, le régime local est adossé aux organismes du régime général de sécurité Sociale.

Cas particulier : le régime agricole local

Le régime local s'applique également aux assurés du régime agricole suivant les mêmes conditions, mais il est géré par des instances spécifiques à la MSA.

1.2.2.5. Les régimes spéciaux

Demeurent soumises à un régime spécial de Sécurité sociale, certaines branches d'activités ou entreprises qui en bénéficiaient déjà avant le 6 octobre 1945. Le régime spécial peut aussi comporter l'intervention du régime général pour une partie des prestations.

On considère comme faisant partie des régimes spéciaux **notamment** :

- les administrations, services, offices, établissements publics de l'État, les établissements industriels de l'État et l'Imprimerie nationale, pour les fonctionnaires, les magistrats et les ouvriers de l'État ;
- Les régions, les départements et les communes ;
- les établissements publics départementaux et communaux n'ayant pas le caractère industriel ou commercial ;
- les activités qui entraînent l'affiliation au régime d'assurance des marins français ;
- les entreprises minières et les entreprises assimilées ;
- la Société nationale des chemins de fer français ;
- les chemins de fer d'intérêt général secondaire et d'intérêt local et les tramways ;
- les exploitations de production, de transport et de distribution d'énergie électrique et de gaz ;
- la Banque de France ;
- le Théâtre national de l'Opéra de Paris et la Comédie française.

De manière générale, on a donc le régime de la fonction publique, le régime des entreprises et établissements publics, des régimes structurés sur une base professionnelle (régimes de Clercs et employés de notaire, des mines, des cultes, etc.) ou sur une base d'entreprise (régime des personnels de l'Opéra de Paris, etc.).

Depuis leur création, on assiste à la réduction importante du nombre de régimes spéciaux.

En outre, on constate leur rapprochement avec le régime général, tant dans leur fonctionnement que dans le versement des prestations.

Ainsi, un décret du 30 août 2011 sur la réforme du régime minier prévoit notamment le transfert de la gestion des prestations d'assurance maladie, maternité, paternité, décès, des accidents du travail et des maladies professionnelles et de l'offre de soins au régime général d'assurance maladie. L'adossment au régime général maintient tout de même les avantages spécifiques des mineurs (prise en charge à 100 % des dépenses d'assurance maladie et exemption du paiement des franchises et participations forfaitaires).

Par ailleurs, depuis le 1^{er} mars 2019, le régime général prend en charge la gestion des frais de santé du régime obligatoire des fonctionnaires gérés par MFP Services (organisme gestionnaire du régime obligatoire de la Fonction publique = Union de mutuelles : CDC Mutuelle, Harmonie Fonction Publique, Intériale, LAMIE, MAEE, MCDef, MCF, MGAS, MGEFI, MGP, MMJ, MNH et MNT). Ce transfert d'activité concerne uniquement la part Sécurité sociale : les mutuelles complémentaires des fonctionnaires continuent de prendre en charge la part complémentaire.

1.2.2.6. Le régime étudiant

Ancienne organisation

Le régime ne fonctionnait pas de manière optimale. La gestion de la LMDE avait été fustigée par le Sénat et la Cour des comptes : 93 % des appels reçus n'étaient pas traités et un tiers des étudiants affiliés attendait plus de 3 mois avant de recevoir leur carte Vitale. Parallèlement, le montant de l'affiliation à la Sécurité sociale ne cessait d'augmenter.

Depuis le 31 août 2019, le régime étudiant n'existe plus : tous les étudiants précédemment rattachés à une mutuelle étudiante sont automatiquement rattachés à la CPAM de leur lieu de résidence. Les mutuelles étudiantes poursuivront, aux côtés de l'Assurance Maladie, leurs actions de prévention santé et continueront à proposer des complémentaires santé spécifiquement adaptées aux étudiants.

Organisation

C'est en 1948 que le législateur avait institué un régime particulier de Sécurité sociale en faveur des étudiants. Il avait confié aux mutuelles étudiantes la charge de la gestion, et celle de servir les prestations.

Ces mutuelles avaient une délégation de gestion et recevaient en contrepartie une remise de gestion dont le montant était fixé tous les ans par la CNAM. Elles géraient les remboursements de la part régime obligatoire des affiliés. Elles proposaient en plus une couverture complémentaire facultative. Elles développaient également des actions de prévention à destination de tous les étudiants (alcool, tabac, drogues).

Ouverture des droits

Les étudiants (16 à 28 ans) étaient affiliés au régime étudiant de la Sécurité sociale, en payant une cotisation annuelle forfaitaire obligatoire (217 € pour l'année 2017/2018) à partir de l'année de leurs 20 ans (21 ans pour les régimes spéciaux), à condition :

- d'être inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur ;
- d'être de nationalité française ou ressortissant d'un État ayant passé une convention avec la France ;
- d'avoir moins de 28 ans en règle générale. Cette limite était reportée de 1 à 4 ans pour les études spécialisées (en médecine notamment), de 6 mois pour la maternité ou la maladie.

Particularité AT-MP

Les étudiants bénéficiaient également d'une assurance accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP). Cette assurance couvrait pour les accidents survenus :

- pendant les cours dispensés en atelier ou en laboratoire ;
- à l'occasion de stages en entreprise, sous réserve qu'ils figurent au programme des études et mettent en pratique l'enseignement dispensé, qu'ils donnent lieu à la signature d'une convention de stage, et qu'ils soient non rémunérés, mais pouvant donner lieu à gratification.

1.2.2.7. La Caisse des Français de l'étranger (CFE), le régime des expatriés

La CFE est un organisme de Sécurité sociale à adhésion volontaire autonome et dispose d'un statut « hybride » (règles communes à un régime obligatoire de Sécurité sociale et règles prudentielles communes aux organismes assureurs).

Les salariés expatriés sont les salariés qui :

- ont été détachés, la durée de la mission dépassant les limites maximales du détachement, ou ne répondent pas ou plus aux conditions du détachement ;
- ont été recrutés en France pour aller travailler à l'étranger, l'employeur n'ayant pas choisi la formule du détachement ;
- ont été recrutés directement par un employeur implanté à l'étranger pour effectuer un travail à l'étranger.

Mais la CFE ne concerne pas que les seuls salariés : elle concerne aussi bien les actifs que les inactifs (pensionnés, étudiants, non-salariés...).

Réputé avoir sa résidence à l'étranger, l'expatrié est affilié au régime de protection sociale local s'il existe, mais s'il le désire, il peut continuer à bénéficier de la couverture de base française en adhérant à titre individuel ou par l'intermédiaire de son entreprise, à la Caisse des Français de l'étranger.

Les assurances volontaires de la CFE concernent :

- les risques maladie, maternité, invalidité ;

- les risques accidents de travail et maladies professionnelles ;
- le risque vieillesse.

Il est possible de choisir le ou les risques couverts.

La Loi n° 2018-1214 du 24 décembre 2018 relative à la réforme de la CFE a été publiée au JO du 26 décembre 2018. L'objectif poursuivi a été notamment d'adapter l'offre commerciale de la caisse – tant en matière de cotisations que de prestations – aux nouveaux parcours d'expatriation.

Ainsi, la condition de nationalité française a été supprimée pour les entreprises et la possibilité d'adhésion a été étendue aux ressortissants communautaires pour les adhérents à titre individuel.

En outre, l'ascendant n'est plus considéré comme membre de famille de l'adhérent : il devient un assuré à part entière et devra, le cas échéant, acquitter une cotisation propre.

Avant la réforme, la cotisation dépendait de la catégorie d'adhérents (salariés, non-salariés, inactifs, étudiants, pensionnés). Désormais, il y a une cotisation forfaitaire commune à l'ensemble des catégories d'adhérents et dont le montant est fixé en fonction de plusieurs critères :

- l'âge ;
- la composition familiale ;
- le niveau de ressources ;
- l'ancienneté d'adhésion à la CFE ;
- le nombre de salariés adhérents à la CFE (pour les entreprises).

Cette cotisation a été fixée par l'arrêté du 3 janvier 2019 (publié au JO du 3 février 2019) et modifiée par l'arrêté du 25 juin 2019 (publié au JO du 3 juillet 2019), pour les adhérents à titre individuel à la CFE et les entreprises agissant pour le compte des travailleurs salariés et assimilés qu'elles emploient à l'étranger.

Avant la réforme, le remboursement des prestations s'effectuait sur la base des frais réels dans la limite des tarifs appliqués en France pour des soins analogues. Désormais, le principe est celui d'un remboursement des prestations sur la base des frais réels dans la limite d'un taux de prise en charge ou d'un forfait déterminé par pays et par type de soins, par référence aux tarifs appliqués en France pour des soins analogues. Ce taux de prise en charge ou ce forfait a été fixé par arrêté du 25 juin 2019 fixant les prestations servies aux adhérents volontaires de la Caisse des Français de l'étranger pour les

soins dispensés à l'étranger (publié au JO du 3 juillet 2019), sur proposition de la CFE.

Enfin, jusqu'alors la CFE, couverture de base, offrait une prise en charge partielle des frais de santé complétée par des offres de complémentaires santé. Avec la réforme, la CFE aura la possibilité de conclure des partenariats avec des assureurs privés « en vue de fournir à ses adhérents des garanties couvrant la totalité des dépenses de santé qu'ils ont à supporter ». Ces partenariats feront l'objet de conventions qui peuvent prévoir une rémunération accordée par la CFE. En outre, la Caisse pourra rémunérer des intermédiaires pour commercialiser cette nouvelle offre au premier euro.

Depuis le 8 janvier 2019, la CFE a un nouveau site Internet sur lequel elle propose 4 offres en santé :

MondExpatSanté Couverture dans l'État de résidence et en cas de séjours temporaires en France (< 6 mois) = pour les adhérents actifs de + de 30 ans et leurs ayants droit. En option pour les salariés, des prestations supplémentaires : prestations en espèces (IJ maladie et maternité, invalidité, capital décès).

JeunExpatSanté Même offre que la précédente mais pour les adhérents de - de 30 ans (et contrat famille également possible). Même option que pour l'offre précédente pour les salariés.

RetraitExpatSanté Couverture dans l'État de résidence pour les retraités du régime français et leurs ayants droit.

FrancExpatSanté Couverture en cas de séjours temporaires en France (courts ou longs). Même option pour les salariés pour les prestations en espèces.

FOCUS

Les Agences régionales de santé (ARS)

Auparavant, il existait des URCAM (Unions régionales des caisses d'assurance maladie). Ces structures régionales interrégimes regroupaient les CPAM, les caisses régionales maladie des professions indépendantes (CMR) et les caisses de mutualité sociale agricole (CMSA). Elles établissaient un programme régional commun à l'ensemble des organismes d'assurance maladie, actualisé chaque année.

Avec la loi « Hôpital, patient, santé et territoire » (HPST) de 2009, les URCAM ont disparu.

Cette loi de 2009 refond l'organisation régionale des politiques de santé en créant les Agences régionales de santé (ARS). Celles-ci regroupent les services déconcentrés de l'État (DRASS et DDASS), l'ARH, le GRSP, les URCAM, partie « santé » des CRAM.

Dans chaque région, l'ARS :

- assure le pilotage régional du système de santé ;
- définit et met en œuvre la politique de santé en région.

Ses champs d'action sont notamment les suivants :

- prévention et promotion de la santé ;
- veille et sécurité sanitaires ;
- organisation de l'offre de soins en ambulatoire (médecine de ville) et en établissements de santé (hôpitaux...).

L'assurance maladie

Son rôle est de garantir à chacun, quels que soient ses revenus, l'accès aux soins, même les plus coûteux, et d'assurer le cas échéant un revenu de remplacement.



2

2.1 Les frais de santé

Il s'agit de la couverture santé des assurés et de leurs ayants droit.

2.2 Le socle tarifaire

2.2.1 LE TARIF DE BASE

La prise en **charge** par l'Assurance maladie s'effectue toujours sur un tarif de base :

- soit sur la base d'un **tarif conventionnel (TC)** lorsqu'il existe une convention entre la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et les organisations syndicales représentatives des professions de santé.

Exemple : un médecin généraliste conventionné verra s'appliquer à ses honoraires un tarif conventionnel de 25,00 € pour une consultation simple ;

- soit sur la base d'un tarif de responsabilité (TR) appliqué par la CNAM : les prestations recensées dans la liste LPP (liste 165-1), par exemple. Le tarif est fixé par arrêté interministériel ;
- soit sur la base d'un tarif d'autorité (TA) opposable aux praticiens non conventionnés par les caisses de l'assurance maladie.

Ce sont essentiellement des médecins qui refusent d'adhérer à la convention signée entre leurs représentants et la Caisse nationale d'assurance maladie.

Exemple : un médecin généraliste non conventionné se verra appliquer à ses honoraires un tarif d'autorité égal à 0,61 € (1,22 € pour un médecin spécialiste) ;

- soit sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) : depuis le 8 septembre 2003, des centaines de spécialités pharmaceutiques sont remboursées sur la base du TFR calculé à partir du prix des génériques.

Prévu par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2003, le tarif forfaitaire de responsabilité permet de fixer le niveau de remboursement de tous les médicaments d'un même groupe générique (générique et princeps) sur

la seule et même base du prix moyen des génériques du groupe. L'arrêté officialisant la mise en application du TFR est paru au Journal officiel du 27 août 2003. La mesure est entrée en vigueur le 8 septembre 2003.

2.2.2 LA PARTICIPATION FORFAITAIRE

Il s'agit d'une participation laissée à la charge de l'assuré, pour chaque consultation/téléconsultation ou acte pris en charge par l'Assurance maladie, y compris les actes de radiologie et de biologie, et réalisés par un médecin généraliste ou spécialiste.

Dans le contexte de l'épidémie liée au coronavirus SARS-CoV-2, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 étend la prise en charge à 100 % de la téléconsultation jusqu'au 31 décembre 2021. De plus, la participation forfaitaire n'est pas appliquée pour la téléconsultation durant la crise sanitaire liée à la Covid-19.

Le décret d'application du 1^{er} janvier 2005 établissant à **1 € la participation forfaitaire du patient pour chaque acte médical** fixe à 50 € par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre) le plafond du forfait. Ce montant d'1 € peut être augmenté sur décision de l'UNCAM.

Si plusieurs consultations et/ou actes au cours de la même journée :

- si consultation de plusieurs médecins au cours de la même journée, un seul acte ou consultation étant effectué à chaque fois = 1 euro retenu pour chaque consultation ou acte ;
- si consultation plusieurs fois du même médecin au cours de la même journée ou un médecin qui réalise plusieurs actes au cours d'une même séance = 1 euro retenu pour chaque consultation ou acte, dans la limite de 4 euros par jour pour un même professionnel de santé ;
- si plusieurs actes de biologie sont prescrits par un médecin, 1 euro sera prélevé pour chaque acte de biologie (dans la limite de 4 euros par jour par laboratoire).

Cette somme est **déduite du montant remboursé par l'Assurance maladie**. Sur une consultation de généraliste à 25 €, l'assuré reçoit donc 16,50 € de sa caisse primaire, au lieu de 17,50 €.

Enfin, lorsqu'un patient bénéficie de **l'avance de frais**, « la participation due par l'intéressé est imputée sur les prestations ultérieures versées par sa caisse ».

Les **relevés de remboursements** de soins émanant des caisses primaires d'assurance maladie **font apparaître la date et la nature de l'acte** auquel se rapporte la participation forfaitaire de 1 €.

La participation forfaitaire de 1 € **s'applique** pour toute consultation/téléconsultation, tout acte, tout examen de radiologie, toute analyse de biologie médicale réalisés par un généraliste ou par un spécialiste à son cabinet, dans un dispensaire, au domicile du patient, en consultation à l'hôpital, aux urgences à l'hôpital et dans un centre de soins.

Et ceci pour tout patient assuré social de plus de 18 ans (y compris ceux souffrant d'une affection de longue durée, dite ALD).

La participation forfaitaire de 1 € **ne s'applique pas** :

- aux consultations, actes et soins réalisés par les chirurgiens-dentistes ;
- aux consultations, actes et soins réalisés par les auxiliaires médicaux : orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, orthophonistes...
- aux consultations, actes et soins réalisés par les sages-femmes ;
- en cas d'hospitalisation complète d'un ou plusieurs jours, en cas d'intervention chirurgicale ;
- aux assurés qui ont moins de 18 ans au 1^{er} janvier de l'année en cours ;
- aux femmes enceintes : pendant la période qui commence au 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et se termine 12 jours après la date de l'accouchement ;
- aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'aide médicale d'État (AME) ;
- aux consultations entrant dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein, aux consultations d'expertise médicale, aux examens et consultations effectués dans les centres de dépistage anonyme et gratuit du sida, aux actes de dépistage du suivi postprofessionnel et de l'amiante, aux consultations et soins délivrés dans les structures psychiatriques sectorisées sans hébergement ;
- aux assurés qui ont moins de 18 ans au 1^{er} janvier de l'année en cours ;
- aux femmes enceintes : pendant la période qui commence au 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et se termine 12 jours après la date de l'accouchement ;
- aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'aide médicale d'État (AME) ;

- aux consultations entrant dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein, aux consultations d'expertise médicale, aux examens et consultations effectués dans les centres de dépistage anonyme et gratuit du sida, aux actes de dépistage du suivi postprofessionnel et de l'amiante, aux consultations et soins délivrés dans les structures psychiatriques sectorisées sans hébergement.

2.2.3 LA FRANCHISE MÉDICALE

La franchise médicale (mise en place au 1^{er} janvier 2008) est une somme qui est déduite des remboursements effectués par la CPAM sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le montant de la franchise est de :

- **0,50 euro** par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- **0,50 euro** par acte paramédical ;
- **2,00 euros** par transport sanitaire.

Les plafonds :

- **un plafond annuel** : 50 € pour l'ensemble des actes ou prestations concernés ;
- **un plafond journalier** : pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Limites de déduction de la franchise :

- maximum 2 € par jour sur les actes paramédicaux ;
- maximum 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Toutes les personnes sont concernées par la franchise, sauf :

- les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ;
- les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'aide médicale d'État (AME) ;
- les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité (les examens obligatoires et la période d'exonération du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse au 12^e jour après l'accouchement).

Si les médicaments ou les soins sont directement réglés par l'assuré : elle est déduite directement des remboursements.

En cas de tiers payant, si les médicaments ou les soins ne sont pas réglés par l'assuré : elle sera déduite ultérieurement (lors d'un prochain remboursement).

Les **relevés de remboursements** de soins de la caisse d'assurance maladie **font apparaître la date** et la **nature de l'acte** lié à la franchise médicale de 0,50 €.

À noter que les franchises médicales peuvent, comme les participations forfaitaires, être récupérées sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie, qu'il s'agisse des remboursements de soins ou des prestations en espèces (indemnités journalières, pension d'invalidité, rente AT-MP, capital décès, frais funéraires, etc.).

2.2.4 LE FORFAIT À 24 EUROS

Depuis le 1^{er} septembre 2006, une participation forfaitaire de 24 € (initialement de 18 € et réévaluée à 24 euros au 1^{er} janvier 2019), à la charge de l'assuré, s'applique aux **actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60** (elle remplace le ticket modérateur). Il existe cependant des exceptions sur certains actes qui en sont exonérés et pour les personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100 % en raison de leur situation ou de leur état de santé.

Ce forfait concerne les actes pratiqués en cabinet de ville, dans un centre de santé ou en établissement de santé (hôpital, clinique) dans le cadre de consultations externes ou lors d'une hospitalisation.

Cas particuliers :

- le forfait s'applique si plusieurs actes sont effectués par le même praticien lors d'une même consultation : leurs tarifs ou coefficient peuvent se cumuler ;
- le forfait ne s'applique qu'une seule fois si plusieurs actes d'un tarif supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60 sont effectués par le même praticien lors d'une même consultation ;
- lors d'une hospitalisation, le forfait ne s'applique qu'une seule fois si un ou plusieurs actes d'un tarif supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60 sont effectués durant le séjour.

Le règlement est effectué directement par l'assuré ou par les organismes complémentaires auprès du professionnel de santé ou à l'établissement de santé.

Pour les bénéficiaires de la CSS, de l'AME ainsi que pour les assurés relevant du régime d'Alsace-Moselle, le paiement est effectué par les organismes complémentaires dont ils relèvent ou par leur régime local.

Les exceptions :

- actes de radiodiagnostic ;
- transports d'urgence ;
- IRM, scanner ;
- frais d'hospitalisation à partir du 31^e jour d'hospitalisation consécutif.

Ces frais sont pris en charge à 100 %.

2.2.5 LES TAUX DE REMBOURSEMENT

TAUX DE REMBOURSEMENT RO	CAS GÉNÉRAL	RÉGIME D'ALSACE-MOSELLE ⁽¹⁾
Honoraires		
Honoraires des praticiens : médecins généralistes ou spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	70 %	90 %
Honoraires des auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 %	90 %
Analyses et examens de laboratoire		
Actes en B (actes de biologie)	60 %	90 %
Actes en P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques)	70 %	90 %
Prélèvements effectués par les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	70 %	90 %
Prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire non-médecins, les auxiliaires médicaux, les auxiliaires de laboratoire non-infirmiers	60 %	90 %
Médicaments		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	65 %	90 %
Médicaments à service médical rendu modéré	30 %	80 %
Médicaments à service médical faible	15 %	15 %
Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux	100 %	100 %
Préparations magistrales	65 %	90 %
Autres frais médicaux		
Optique	60 %	90 %
Prothèses auditives	60 %	90 %
Pansements, accessoires, petit appareillage	60 %	90 %
Orthopédie	60 %	90 %
Grand appareillage (ex. : véhicule pour handicapé physique)	100 %	100 %
Produits d'origine humaine (sang, lait, sperme)	100 %	100 %
Frais de transport	65 %	100 %
Cure thermique libre		
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires)	70 %	90 %
Frais d'hydrothérapie	65 %	90 %
Frais d'hébergement, frais de transport	65 %	65 %
Cure thermique avec hospitalisation	80 %	100 %
Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée)		
Frais d'hospitalisation	80 %	100 %
Forfait hospitalier	-	20 €
Forfait hospitalier en psychiatrie	-	15 €

2.2.6 LA PRESCRIPTION EN DÉNOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE (DCI)

Que signifie la DCI ?

La DCI désigne la substance active contenue dans le médicament.

L'utilisation de son nom international, établi par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), permet son bon usage.

L'emploi de la dénomination commune internationale est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2015 pour toutes les prescriptions effectuées par les professionnels de santé. Cette obligation a été confirmée le 14 novembre 2014 par la publication d'un décret.

Une liste récapitulative des DCI est publiée régulièrement.

Les règles de la prescription en DCI ont été établies dès 2004, *via* l'article R.5125-55 du Code de la santé publique. Elle **doit comporter au moins** :

- le(s) principe actif(s) désigné (s) par sa (leur) DCI ;
- le dosage en principe(s) actif(s) ;
- la forme pharmaceutique et la voie d'administration.

2.3 Les professionnels de santé

2.3.1 LE STATUT DES MÉDECINS

Les médecins peuvent accepter d'exercer dans le cadre de la convention avec deux options (secteur 1 ou secteur 2) ou refuser et pratiquer hors convention (secteur 3) avec un remboursement proche de zéro.

Les médecins conventionnés de secteur 1

Les tarifs sont fixes et les médecins en contrepartie du respect de ces tarifs bénéficient de la prise en charge de leurs cotisations sociales et d'une partie de leur retraite.

Certains médecins en secteur 1 ont un droit permanent à dépassement et peuvent donc fixer librement leurs honoraires.

Le recrutement de cette catégorie est supprimé depuis 1980.

Exemple : pour une consultation d'un médecin généraliste à 25 €, l'Assurance maladie rembourse 70 % de cette somme pour les assurés affiliés au régime général moins la participation forfaitaire obligatoire (1 €), soit 16,50 €.

Les médecins conventionnés de secteur 2

Les médecins peuvent pratiquer des tarifs libres, avec tact et mesure.

Mais ne peuvent pratiquer ces tarifs libres que les médecins répondant aux conditions fixées par arrêté du 13 novembre 1998 :

« *Peuvent opter pour le secteur à honoraires différents les médecins qui, à compter de la date d'entrée en vigueur du présent règlement conventionnel, s'installent pour la première fois en exercice libéral, ou qui se sont installés pour la première fois entre le 7 juin 1980 et le 1^{er} décembre 1989, et sont titulaires des titres énumérés ci-après acquis dans les établissements publics, ou de titres acquis dans les établissements participant au service public hospitalier, ou au sein de la Communauté européenne* » :

- ancien chef de clinique des universités ;

- assistants des hôpitaux ;
- ancien assistant des hôpitaux généraux ou régionaux n'appartenant pas à un CHU ;
- ancien assistant des hôpitaux spécialisés ;
- praticien chef de clinique ou assistant des hôpitaux militaires ;
- praticien temps plein hospitalier dont le statut relève du décret n° 84-131 du 24 février 1984.

L'assuré qui choisit ce médecin est remboursé sur la base du tarif conventionnel et prend à sa charge, avec ou sans son assurance complémentaire, les dépassements.

Exemple : si la consultation du médecin généraliste en secteur 2 adhérent à l'OPTAM est de 40 €, l'Assurance maladie rembourse 70 % (au régime général) de 25 € (tarif de base) moins 1 € (participation forfaitaire obligatoire), soit 16,50 €. Il lui reste donc à charge le ticket modérateur (7,50 €) augmenté du dépassement d'honoraires de 15 €, soit 22,50 € (+ la participation forfaitaire de 1 €).

En contrepartie, le médecin concerné perd les avantages sociaux prévus par la convention et l'Assurance maladie ne règle plus ses cotisations sociales, maladie, vieillesse, famille et retraite.

L'avenant n° 8 à la convention médicale, signé le 25 octobre 2012 (paru au JO le 7 décembre 2012), a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins, notamment par la mise en place d'un **contrat d'accès aux soins (CAS)** pour les médecins de secteur 2 et de secteur 1 titulaires d'un droit permanent à dépassement. L'option de coordination a cessé d'être appliquée au 1^{er} décembre 2013 à l'entrée en vigueur du CAS.

La convention médicale du 25 août 2016 remplace le CAS par l'**option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)** et l'**option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM CO)**.

Quels sont les objectifs ?

- Développer l'activité à tarif opposable
- Limiter le niveau des dépassements d'honoraires
- Améliorer le niveau de remboursement de l'Assurance maladie
- Réduire le reste à charge des assurés

Quels sont les engagements du praticien adhérent ?

- Ne pas dépasser un taux moyen de 100 % de dépassement d'honoraires
- Réduire/stabiliser leur taux de dépassement
- Développer/stabiliser leur part d'activité à tarif opposable

De plus, comme tous les médecins conventionnés (adhérents ou non au contrat), ils s'engagent à ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires pour les patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et pour les cas d'urgence.

Quels sont les avantages conférés par l'OPTAM ?

- Meilleur remboursement pour les patients :

Les patients sont remboursés sur la base des tarifs du secteur 1 (écart de remboursement entre secteurs 1 et 2 supprimé pour les adhérents à l'OPTAM). Les médecins de secteur 2 peuvent appliquer les majorations et modificateurs réservés au secteur 1, les majorations de coordination dans le cadre du parcours de soins (MCS, MCC), certaines majorations de la nomenclature (MPC) et le modificateur K (coefficient multiplicateur de + 11,5 %, 20 % pour l'OPTAM CO) de la classification commune des actes médicaux (CCAM) applicable à certains actes de chirurgie et aux actes d'accouchement.

- Activité revalorisée pour les médecins :
 - de modes de rémunération réservés au secteur 1 (forfait médecin traitant, forfait suivi personnes âgées, etc.) ;
 - de tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur 1 ;
 - d'une rémunération supplémentaire en fonction du respect des engagements conventionnels. Plus le praticien s'approche des objectifs mieux il est rémunéré. Plus le praticien s'éloigne des objectifs moins il est rémunéré.

***N.B.** : contrairement au CAS, l'OPTAM ne prévoit pas la prise en charge des cotisations sociales sur la part d'activité réalisée à tarif opposable.*

Quelles sont les modalités d'adhésion à l'OPTAM ou à l'OPTAM CO ?

- **Mise en application du contrat** : l'adhésion à l'option pratique tarifaire maîtrisée aux soins est entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017.
- **Durée de l'adhésion** : les adhésions sont possibles à tout moment pour les médecins exerçant en secteur 1, en secteur 2 et en secteur 1 avec droit à dépassement permanent. L'adhésion ne modifie pas le secteur d'exercice d'appartenance.

Le contrat, souscrit sur la base du volontariat, est valable pour une durée de **1 an** avec une **possibilité de résiliation tous les ans** à la date d'anniversaire du contrat ou de l'avenant au contrat qui sera proposé lors des modifications des tarifs de remboursement.

Les médecins non conventionnés de secteur 3

Les médecins exerçant en secteur 3, en dehors du système conventionnel, représentent environ 1 000 médecins en France. Dans ce cas, les médecins supportent l'intégralité de leurs cotisations sociales.

La caisse d'assurance maladie rembourse le patient sur un tarif d'autorité très inférieur au tarif de convention (souvent proche d'un euro).

Exemple : L'assuré social est remboursé à 70 % (au régime général) du tarif d'autorité.

Un patient se rendant chez un généraliste non conventionné appliquant des honoraires de 40 € se voit rembourser 70 % (au régime général) de 0,61 €, soit 0,43 €.

Il lui reste à charge la différence entre les honoraires et le remboursement de l'Assurance maladie, soit 39,57 €.

2.3.2 MÉDECIN TRAITANT ET PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Le médecin traitant

La loi du 9 août 2004 portant réforme de l'Assurance maladie a mis en place **le dispositif du médecin traitant**, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2005. Ce dispositif consiste à demander à tous les assurés âgés de plus de 16 ans de choisir un médecin comme médecin traitant, qui sera chargé de coordonner son parcours dans le système de soins.

Pourquoi ce dispositif ?

En 2004, le déficit de la Sécurité sociale s'élevait à plus de 13 milliards d'euros. L'un des objectifs de la mise en place du médecin traitant était notamment de faire en sorte que les patients, en étant orientés par leur médecin traitant, évitent de multiplier les rendez-vous médicaux redondants et inutiles, l'objectif étant aussi qu'ils soient aussi dirigés vers le médecin spécialiste le plus approprié à leur situation.

Depuis l'entrée en vigueur de cette réforme le 1^{er} janvier 2005, **l'assuré doit choisir et déclarer un médecin traitant** auquel il doit s'adresser en premier recours. Le médecin traitant pourra, le cas échéant, orienter le patient vers un autre professionnel de santé le plus apte à traiter sa situation.

Le fait de choisir un médecin traitant permet ainsi **d'éviter la multiplication des consultations inutiles et les examens redondants** (multiplication des prises de sang, des radios...). Il permet aussi de **limiter la multiplication des ordonnances**, et donc d'éviter les interactions médicamenteuses.

Le dispositif en pratique :

En pratique, la loi prévoit que chaque assuré âgé de 16 ans et plus doit déclarer un médecin traitant auprès de l'Assurance maladie. Depuis le 1^{er} janvier 2016 (loi de modernisation de la Sécurité sociale), il est possible aux parents de choisir un médecin traitant pour les mineurs afin de favoriser la prévention.

L'assuré peut :

- choisir librement son médecin traitant, un médecin généraliste ou, éventuellement, un spécialiste en ville, exerçant en cabinet, à l'hôpital ou dans un centre de santé ;

- changer de médecin traitant autant de fois qu'il le souhaite en remplissant une nouvelle déclaration. Le médecin désigné peut, de son côté, accepter ou refuser de devenir médecin traitant.


 N°12485*02

DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(art. L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
 inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire

l'assuré(e)	
nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'épouse)</i>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
prénom	<input style="width: 90%;" type="text"/>
n° d'immatriculation	<input style="width: 90%;" type="text"/>
le bénéficiaire	
nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'épouse)</i>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
prénom	<input style="width: 90%;" type="text"/>
date de naissance	<input style="width: 90%;" type="text"/>
adresse de l'assuré(e)	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	<input style="width: 90%;" type="text"/>

En contrepartie, **le médecin bénéficie** d'un forfait patientèle médecin traitant cofinancé par les complémentaires santé.

PATIENT CONCERNÉ	MONTANT ANNUEL
Enfant de 0 à 6 ans (hors ALD)	6 €
Patient de 80 ans ou plus (hors ALD)	42 €
Patient de moins de 80 ans et enfant de 0 à 6 ans (en ALD)	42 €
Patient de 80 ans ou plus (en ALD)	70 €
Autres patients (hors ALD)	5 €

Si l'assuré ne choisit pas de médecin traitant, il conserve un libre accès aux soins, mais ses consultations sont alors moins bien remboursées par l'Assurance maladie. Un assuré n'ayant pas déclaré un médecin traitant peut également aller consulter directement un spécialiste. Dans ce cas, le spécialiste consulté pourra appliquer un dépassement d'honoraires qui ne sera pas pris en charge dans le remboursement par les caisses d'assurance maladie.

Remarque sur le double rattachement ou le changement de numéro de Sécurité sociale :

Lorsqu'un enfant de 16 ans et plus est rattaché à la fois à son père et à sa mère, c'est-à-dire qu'il figure sur chacune de leurs cartes Vitale et est enregistré sous les 2 numéros, il est nécessaire de faire une déclaration de médecin traitant pour chaque affiliation.

De même, en cas de changement de numéro de Sécurité sociale, il convient de refaire une déclaration de médecin traitant pour la nouvelle immatriculation.

Les dérogations au dispositif :

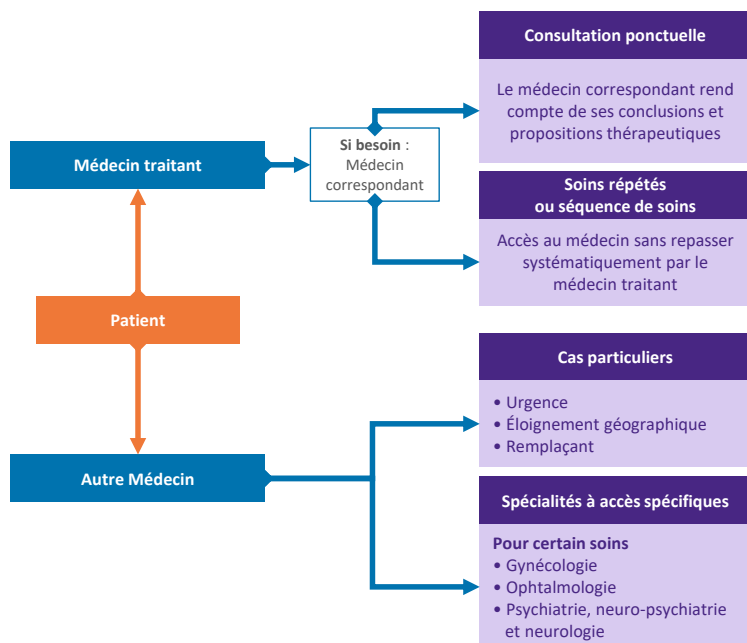
Il existe des cas pour lesquels le patient n'est pas obligé de passer par son médecin traitant avant de consulter un médecin spécialiste pour pouvoir être remboursé au taux le plus fort.

Ainsi, **les patients atteints d'une maladie chronique ou d'une affection de longue durée (ALD) peuvent** continuer à se rendre directement chez le spécialiste qui traite leur maladie. Le médecin traitant prévoit ces soins dans le cadre du protocole de soins qu'il établit lorsque débute la prise en charge de l'ALD par l'Assurance maladie.

Par ailleurs, **certaines spécialités restent accessibles en accès direct**, c'est-à-dire sans qu'il soit besoin de passer par son médecin traitant au préalable. Ainsi, les pédiatres peuvent être consultés directement, car le dispositif du médecin traitant ne s'applique pas aux enfants de moins de 16 ans. Les patients peuvent également aller voir directement **le gynécologue, l'ophtalmologue, le psychiatre ou neuropsychiatre** (entre 16 et 25 ans) **et le stomatologue**, sauf pour les actes chirurgicaux lourds.

Les professionnels paramédicaux (dentistes, sages-femmes, kinésithérapeutes) ne sont pas concernés par le dispositif du médecin traitant. Ils peuvent continuer à être consultés directement par les patients sans pénalisation au niveau du taux de remboursement.

Pour toute autre consultation, le patient devra préalablement avoir été orienté par son médecin traitant (y compris pour les consultations dans les établissements hospitaliers), s'il veut garder les mêmes avantages en termes de remboursement.



Le parcours de soins coordonnés

Déclarer un médecin traitant permet aux assurés sociaux d'entrer dans le parcours de soins coordonnés. Ce dispositif garantit à l'assuré les meilleurs remboursements possible et un suivi médical de qualité.

Si un assuré entre dans le dispositif du médecin traitant, il suit ce que l'on appelle le parcours de soins coordonnés. Cette manière de consulter un médecin libéral offre de nombreux avantages.

Le premier concerne la santé. Si l'assuré a choisi comme médecin traitant un médecin de famille, il sait que ce dernier est le mieux placé pour diagnostiquer une maladie, lui prescrire un traitement adapté et l'orienter vers le spécialiste qui convient. Le second avantage est de lui garantir les meilleurs remboursements possible.

Pour tous les actes médicaux réalisés et recommandés par le médecin traitant, dont les consultations – y compris celles auprès de spécialistes –, **le remboursement du patient se fait à hauteur de 70 %**. Sans médecin traitant déclaré ou si le patient va voir un médecin spécialiste sans avoir été adressé

par son médecin traitant, **les actes médicaux (consultations, visites et actes techniques de médecins) sont moins bien remboursés** (voir le tableau ci-dessous).

	MÉDECIN CONSULTÉ		
	Généraliste secteur 1	Spécialiste adhérent à l'OPTAM	Spécialiste non adhérent à l'OPTAM
TARIF	25,00 €	Honoraires avec dépassements maîtrisés	Honoraires libres
BASE DU REMBOURSEMENT (HORS MAJORATION)	25,00 €	25,00 €	23,00 €
MONTANT REMBOURSÉ DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS* TAUX DE REMBOURSEMENT DE 70 %	16,50 €	16,50 €	15,10 €
MONTANT REMBOURSÉ HORS PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS* TAUX DE REMBOURSEMENT DE 30 %	6,50 €	6,50 €	5,90 €

* Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 euro

L'assuré a le choix de ne pas respecter ce parcours de soins coordonnés. S'il ne consulte pas son médecin traitant qui coordonne ses soins, il s'expose à consulter divers spécialistes. Or, la multiplication des consultations médicales n'est pas toujours un gage de bon diagnostic.

Si l'assuré ne désigne pas un médecin traitant ou s'il ne passe pas par lui avant de consulter un spécialiste, il lui en coûtera plus cher. Hors parcours de soins coordonnés, les spécialistes de secteur 1 peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires. De plus, l'Assurance maladie rembourse moins.

Enfin, la mutuelle ne peut rembourser la baisse de couverture de l'Assurance maladie.

Il est donc préférable de respecter le parcours de soins coordonnés et de se renseigner très attentivement sur le secteur d'activité du médecin que l'assuré veut consulter.

La télé médecine

Un accord conventionnel a été trouvé, le 14 juin 2018, entre l'Assurance maladie et les syndicats représentant les médecins libéraux sur les modalités de déploiement de la télé médecine dès le 15 septembre 2018. Cet avenant n° 6 à la convention de 2016 a été signé par l'ensemble des syndicats représentatifs des médecins libéraux (CSMF, MG France, Le Bloc, SML et la FMF).

Depuis le 15 septembre 2018, la téléconsultation (consultation à distance entre un médecin et son patient) est prise en charge par l'Assurance maladie.

Pour être remboursé, le malade devra consulter son médecin traitant ou un expert prescrit par son médecin traitant, ainsi que des spécialistes en accès direct.

Exception : les patients sans médecin traitant pourront bénéficier d'une téléconsultation *via* les centres de santé, les équipes de soins primaires, les maisons de santé pluriprofessionnelles ou les communautés professionnelles territoriales de santé.

Tarifs : 25 € pour un généraliste et 30 € pour un spécialiste.

Modalités d'accès :

- sur rendez-vous (avec obligation d'avoir consulté son médecin en présentiel dans les 12 derniers mois) ;
- par visio (connexion sécurisée) ;
- consentement du patient.

Suivi : Rédaction d'un compte-rendu et transmission au médecin requérant.

La téléexpertise

Depuis février 2019, prise en charge de la téléexpertise, qui permet à un médecin de solliciter l'avis d'un confrère face à une situation médicale donnée. Ouverte dans un premier temps à certaines catégories de personnes, elle s'élargira ensuite à tous les patients. Tarifs : 12 € ou 20 € suivant les niveaux d'expertise. Le médecin qui sollicite un confrère sera également rémunéré : 5 euros par téléexpertise de niveau 1 et 10 euros de niveau 2 (dans la limite de 500 €/an).

2.3.3 L'HOSPITALISATION

2.3.3.1. L'organisation hospitalière

L'hôpital occupe une place centrale dans le système de soins : près de 13 millions d'entrées en 2019.

Il constitue un enjeu financier considérable, mais aussi social et politique : en 2019, près d'1 million de personnes travaillaient dans les établissements de santé publics.

La politique hospitalière doit ainsi prendre en compte des enjeux de nature très différente, ce qui explique en partie pourquoi la « question hospitalière » est souvent si sensible.

2.3.3.2. Les établissements

Les établissements publics de santé et certains établissements privés à but non lucratif participent au service public hospitalier (SPH).

Les établissements de santé privés à but lucratif et les autres établissements privés à but non lucratif ne participant au SPH constituent le secteur privé hospitalier.

Ces trois types d'établissements de santé bénéficient d'un mode de financement basé sur une tarification à l'activité (T2A), mise en place à partir de 2004, pour leurs activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Les ressources allouées sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes.

Ils assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils participent à des actions de santé publique (actions médico-sociales coordonnées, prévention...) et œuvrent pour garantir la sécurité sanitaire.

Les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser :

- **avec ou sans hébergement :**
 - des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie,
 - des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;
- **des soins de longue durée, comportant un hébergement**, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Ces établissements garantissent l'accès aux soins pour tous. Ils doivent être en mesure d'accueillir les personnes de jour comme de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement.

Les établissements publics de santé

Les établissements publics de santé regroupent les domaines sanitaire, social et médico-social (hôpitaux, centres hospitaliers spécialisés, maisons de re-traitement, maisons d'accueil spécialisées...).

L'appellation « hôpital public » concerne les centres hospitaliers régionaux, les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux, incluant ou non des maisons de retraite.

Ces établissements assurent une mission de service public où l'État exerce son contrôle.

Il existe différents types d'hôpitaux :

- **les centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) ;**
- **les centres hospitaliers (CH) ;**
- **les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ;**
- **les hôpitaux d'instruction des armées (HIA).**

Les établissements de santé privés

Il s'agit des établissements de soins privés à but non lucratif (participant au service public hospitalier) ou à but lucratif (cliniques). Le contrôle y est exercé par l'Agence régionale de santé.

Les établissements de santé privés à but non lucratif :

Ces établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) assurent une ou plusieurs missions de service public (sanitaire, social et médico-social). Leur financement est identique à celui des hôpitaux publics.

Ils sont gérés par une personne morale de droit privé (association, fondation, mutuelle...) et leurs bénéficiaires sont intégralement réinvestis dans l'innovation et le développement de nouveaux services pour les patients. Les ESPIC offrent une prise en charge globale des soins et services à l'instar des hôpitaux publics par le biais de leurs structures de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et soins de suite et de réadaptation (SSR). Ils disposent également de structures de soins à domicile – tels que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) – et d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).

Les établissements de santé privés à but lucratif :

Souvent constituées de sociétés de personnes ou de capitaux au sein desquelles s'exerce l'activité libérale des praticiens, ces cliniques privées disposent d'une offre de soins importante et variée : médecine, chirurgie et obstétrique, mais aussi soins de psychiatrie et soins de suite et de réadaptation.

Les établissements agréés non conventionnés :

Il s'agit en majorité de cliniques chirurgicales ou obstétricales dont les gestionnaires n'ont pas souhaité être liés par convention avec les caisses de l'Assurance maladie. Les établissements agréés non conventionnés sont soumis aux mêmes conditions techniques et administratives que les établissements conventionnés.

Ils ne sont pas habilités à pratiquer le tiers payant et les séjours des patients ne donnent jamais lieu à l'établissement d'une prise en charge.

2.3.3.3. Le financement de l'hôpital

Les dépenses de santé en France

En 2019, la consommation de soins et de biens médicaux a atteint 208 milliards d'euros (8,6 % du PIB), soit environ 3 102 euros par personne et par an.

L'essentiel du financement des dépenses de soins et de biens médicaux est issu, à ce jour, de la Sécurité sociale (78,2 %) soit 162,7 milliards d'euros en 2019, dont 89 milliards d'euros en soins hospitaliers.

Ces sommes proviennent des cotisations sociales versées par les employeurs, les salariés et les travailleurs indépendants.

Chaque année, le Parlement vote une loi de financement de la Sécurité sociale. Celle-ci :

- approuve l'orientation de la politique de santé et de Sécurité sociale et les objectifs déterminant les conditions générales de son équilibre financier ;
- prévoit, par catégorie, les recettes de l'ensemble des régimes de base ;
- fixe, par branche, les objectifs de dépenses des régimes de base ;
- fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

La réforme de l'Assurance maladie et la T2A

Le mode de financement des hôpitaux qui fonctionnait en dotation globale forfaitaire a été modifié en 2004 (réforme de l'Assurance maladie). Le changement s'est opéré pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Le financement est désormais effectué sur le nombre et la nature des actes et des séjours réalisés ; il s'agit de la « tarification à l'activité » (T2A). Seules les missions d'intérêt général, les activités d'urgence ou les prélèvements d'organes bénéficient encore d'un financement forfaitaire.

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses remplace la notion de budget : les produits de l'activité déterminent les ressources des hôpitaux. Les établissements gèrent en autonomie, mais ils sont contrôlés par les pouvoirs publics.

Une nouvelle grille tarifaire pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique sera mise en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2022 jusqu'au 1^{er} janvier 2025 (loi de financement de la Sécurité sociale 2021).

2.3.3.4. Formalités d'admission

Lors de l'admission à l'hôpital ou en clinique, et en dehors des situations d'urgence, le dossier du patient doit être enregistré par le service des admissions.

Pour cela, les documents suivants doivent être présentés :

- pièce d'identité ;
- carte Vitale mise à jour et attestation de droits ;
- carte ou attestation de complémentaire santé ou attestation des droits à la Complémentaire santé solidaire ;
- la feuille d'accident du travail remise par l'employeur, si l'hospitalisation est liée à un accident du travail ;
- la feuille de suivi de maternité, si l'hospitalisation est liée à un accouchement.

Si le patient ne peut fournir aucun de ces documents, sa caisse d'assurance maladie peut établir, sous certaines conditions, une attestation de droits en urgence ou une attestation d'admission à l'aide médicale de l'État (AME). Cette procédure se fera à sa demande ou à l'initiative de l'établissement hospitalier dans lequel il est admis.

D'autres documents peuvent être nécessaires : carnet de santé, carte de groupe sanguin et rhésus, courriers du médecin, divers résultats (radios, analyses...).

2.3.3.5. Frais d'hospitalisation

En établissement public ou privé conventionné

Les frais d'hospitalisation sont directement pris en charge à 80 % par la CPAM ; à la sortie, seuls les frais suivants sont à régler :

- le montant du ticket modérateur, soit 20 % des frais d'hospitalisation, ainsi que le forfait journalier hospitalier ;
- les éventuels suppléments pour confort personnel (par exemple : chambre individuelle et/ou dépassements d'honoraires).

Si le malade n'a pas de complémentaire santé et que ses ressources sont insuffisantes pour régler les frais d'hospitalisation restant à sa charge, il peut déposer auprès de sa caisse d'assurance maladie :

- une demande de Complémentaire santé solidaire ;
- ou une demande de prise en charge au titre de l'action sanitaire et sociale de sa caisse d'assurance maladie.

En établissement privé non conventionné

La totalité des frais d'hospitalisation doit être réglée à la clinique. Par conséquent, aucun tiers payant n'est possible.

La caisse d'assurance maladie du patient remboursera 80 % des frais de séjour et des honoraires médicaux sur la base des tarifs en vigueur. Il est alors conseillé de se renseigner auprès de sa caisse pour connaître les modalités de prise en charge ainsi que le montant du remboursement.

Frais d'hospitalisation pris en charge à 100 %

Il s'agit de l'exonération du ticket modérateur.

Les frais d'hospitalisation sont pris en charge à 100 % dans les cas suivants :

- lorsque l'hospitalisation donne lieu à la réalisation d'un acte thérapeutique ou, sous certaines conditions, d'un acte diagnostique, affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros ;
- lorsque l'hospitalisation dure plus de 30 jours consécutifs, à partir du 31^e jour d'hospitalisation ;
- hospitalisation de la femme enceinte pendant les 4 derniers mois de grossesse, pour l'accouchement et pendant 12 jours après l'accouchement ;
- hospitalisation du nouveau-né, lorsqu'elle se produit dans les 30 jours après la naissance ;
- hospitalisation en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- hospitalisation en rapport avec une affection de longue durée ;

- hospitalisation en rapport avec des sévices sexuels subis par un mineur ;
- si perception d'une rente accident du travail pour un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66,66 % (à noter que les ayants droit bénéficient également de la prise en charge à 100 % des frais d'hospitalisation) ;
- si titulaire d'une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou de veuve invalide, d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, ou d'une pension militaire ;
- si le malade est victime d'un acte de terrorisme ;
- si le malade dépend du régime local d'Alsace-Moselle ;
- si le malade est bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire ou de l'AME.

Depuis le 1^{er} janvier 2004, tous les **soins réalisés avant ou après une hospitalisation** au cours de laquelle est pratiqué un acte thérapeutique ? quel que soit son coefficient, sont désormais remboursés par l'Assurance maladie dans les conditions habituelles : à 70 % ou à 60 % selon le type de soins reçus.

Exemple d'une intervention chirurgicale au genou :

La consultation préopératoire anesthésique est remboursée à 70 % et les actes de soins postopératoires tels que les séances de rééducation sont remboursés à 60 %.

Cette disposition ne s'applique pas aux bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur à titre personnel (ALD, pension d'invalidité, rente) qui restent pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

2.3.3.6. L'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une modalité de prise en charge des soins au même titre que si la personne était hospitalisée. Les soins prodigués sont formalisés par un projet thérapeutique clinique et psychosocial impliquant plusieurs professionnels de santé.

L'hospitalisation à domicile prend en charge des adultes ou des enfants dont la situation clinique le justifie et si les conditions du domicile le permettent.

Réglementation

- **L'article R. 6121-4-1 du Code de la santé publique dispose** que ces structures d'hospitalisation à domicile « *permettent d'assurer au domicile du malade, pour une durée limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes* ».
- **La circulaire DHOS/03/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile** vise à mieux définir le rôle spécifique de l'hospitalisation à domicile et sa place dans le dispositif sanitaire, notamment en comparaison des autres services de santé à domicile, à clarifier son mode d'organisation et ses missions ainsi qu'à préciser son apport en matière d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients.
- **La circulaire DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social** précise les conditions de mise en œuvre et les modalités de développement du partenariat attendues de la part des structures sanitaires, sociales et médico-sociales impliquées et fixe les conditions de l'évaluation de la mise en œuvre de ce dispositif.
- **La circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile** vise, dans la perspective du développement significatif attendu de l'hospitalisation à domicile à échéance de l'année 2018, à ce que les CPOM de l'ensemble des établissements de santé prennent en compte de nouvelles lignes de guidance pour positionner l'HAD à sa juste place dans la gradation des soins, structurent mieux son offre, améliorent son accessibilité et sa professionnalisation.
- **En application des dispositions contenues aux articles D.6124-306 et suivants du Code de la santé publique**, « *l'admission d'un patient dans un établissement d'hospitalisation à domicile, ainsi que sa sortie, sont prononcées par le responsable de cet établissement après avis du médecin coordonnateur mentionné à l'article D. 6124-308. Le médecin traitant, ou à défaut le médecin désigné par le patient, donne son accord à la prise en charge. Il est le référent médical du patient pendant le séjour* ».

Les principes d'organisation

- Accord du patient
- Accord du médecin traitant
- Accord et participation de l'entourage
- Sécurité du lieu de vie

L'hospitalisation à domicile peut s'organiser soit avec du personnel salarié, soit avec des personnels libéraux, notamment en zone rurale. « *Dans tous les cas, le médecin coordonnateur organise le fonctionnement médical. Il veille notamment à l'adéquation et à la permanence des prestations fournies aux besoins des patients et à la bonne transmission des dossiers médicaux et de soins nécessaires à la continuité des soins.* » (D. 6124-308 CSP).

Les structures d'hospitalisation à domicile assurent la permanence et la continuité des soins. Elles ont une organisation en place permettant au patient d'avoir un interlocuteur 24 h/24 et assurant le transfert des patients dans les établissements d'hospitalisation traditionnelle en cas de nécessité.

- **Le médecin coordonnateur**, praticien salarié relevant de l'hospitalisation à domicile, est le référent médical de la structure. Il émet un avis médical pour toute admission et sortie de l'hospitalisation à domicile et contribue à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient. Il est responsable de l'évaluation de la prise en charge du patient.
- **Le médecin hospitalier** transmet les informations concernant son patient, élabore le projet thérapeutique en lien avec l'équipe hospitalisation à domicile, s'engage à le suivre au niveau hospitalier et à le réhospitaliser si nécessaire. Il peut être le médecin prescripteur de l'hospitalisation à domicile.
- **Le médecin traitant, praticien exerçant à titre libéral**, est choisi librement par le malade. L'hospitalisation à domicile ne peut se réaliser qu'avec son accord. Il est responsable du suivi du malade. Il peut également être le médecin prescripteur de l'hospitalisation à domicile.
- **Les intervenants paramédicaux libéraux ou salariés**. Plusieurs auxiliaires médicaux peuvent intervenir dans un cadre de collaboration défini : infirmier(ère)s, aides-soignants, kinésithérapeutes, orthophonistes, nutritionnistes...
- **Les professionnels psychosociaux, administratifs et logistiques**. L'accompagnement psychosocial durant l'hospitalisation à domicile est essentiel pour le patient et pour son entourage. D'autres acteurs interviennent également : aides ménagères, sociétés de restauration, loueurs de matériel, par exemple.

La prise en charge

L'hospitalisation à domicile est prise en charge à 80 % par l'Assurance maladie, sauf si le patient est pris en charge à 100 % (affection de longue durée exonérante, etc.).

Il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais pour tous les soins liés à son hospitalisation à domicile (honoraires des médecins, médicaments, analyses, soins pratiqués par les auxiliaires médicaux, matériel médical...).

L'hospitalisation à domicile est prescrite par un médecin hospitalier ou par un médecin en exercice libéral.

L'hospitalisation à domicile s'inscrit dans une prise en charge dont le premier niveau est le SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile), le deuxième niveau l'hospitalisation à domicile et le troisième l'établissement de santé.

Sur chaque territoire des conventions doivent être mises en œuvre entre ces structures pour garantir la prise en charge graduée du patient, en fonction de l'évolution de son état de santé.

En application de l'article D. 6124-309, « l'établissement de santé devra comporter les disciplines de médecine et de chirurgie », et tout particulièrement sur les établissements relais de la permanence des soins en médecine ambulatoire.

2.3.3.7. Le forfait hospitalier

Le forfait hospitalier, créé en 1983, est supporté par les personnes admises dans les établissements hospitaliers publics ou privés et les établissements médico-sociaux. Il représente une fraction du coût de l'hébergement laissée à la charge des assurés sociaux.

Il est dû le jour de sortie de l'établissement, quelle qu'en soit l'heure, pour tout séjour en hospitalisation complète ou en hébergement supérieur à 24 heures.

Les personnes dont le séjour à l'hôpital est inférieur à 24 heures ne sont pas assujetties au paiement du forfait hospitalier, sauf si le séjour s'étale sur deux journées calendaires.

Quel que soit l'établissement, le forfait hospitalier s'élève, depuis le 1^{er} janvier 2018, à 20 € par jour en hôpital ou en clinique, sauf pour les hospitalisations en secteur psychiatrique où il est fixé à 15 €.

L'Assurance maladie ne rembourse pas ce forfait. Il peut être pris en charge par les complémentaires santé.

Il y a exonération du paiement du forfait hospitalier en raison de sa prise en charge par l'Assurance maladie dans les cas suivants :

- les enfants et adolescents de moins de 20 ans hébergés dans les établissements d'éducation spéciale ou professionnelle suivants : les établissements d'éducation spéciale et professionnelle pour déficients mentaux, les établissements pour infirmes moteurs, les établissements pour déficients sensoriels et les établissements de réinsertion et de rééducation professionnelles. De ce fait, les enfants et adolescents pris en charge en institut médico-pédagogique, en institut médico-professionnel et en institut médico-éducatif ne sont pas assujettis au forfait hospitalier ;
- les femmes enceintes pendant les 4 derniers mois de grossesse, pour l'accouchement et pendant 12 jours après l'accouchement ;
- les nouveau-nés dans les 30 jours qui suivent la naissance ;
- lors d'une hospitalisation à domicile ;
- les personnes hospitalisées pour une affection consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;
- les titulaires d'une pension militaire
- les victimes d'actes de terrorisme ;
- les assurés du régime local Alsace-Moselle ;
- les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'AME.

2.3.3.8. Présentation d'une facture

établissements de santé privés – bordereau de facturation

articles R. 116-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date d'élaboration

cerfu
n° 12278*01

identification de l'établissement dont n° FINES **références à rappeler**
N° LOT
N° FACTURE
N° D'ENTRÉE
N° FEUILLET

coefficient MCO :

le bénéficiaire des soins (nom et prénom(s)) **lieux** (1) (si n'est pas le bénéficiaire des soins)
nom et prénom(s)

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (divorcé/et s'il y a lieu)) (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (divorcé/et s'il y a lieu))

n° d'immatriculation et clé à défaut, date de naissance n° d'immatriculation et clé

code organisme de rattachement date début hospitalisation adresse

entrée le à heures. sortie le à heures.

maladie conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins soins en rapport avec l'article L. 212-1
code convention

maternité date du début de grossesse ou date d'accouchement ATMP n° ou date accident causé par un tiers num. cui date

frais de structure et de soins (1) **frais de structure et de soins (2)**

beneficiaire n° de case	DMT	prestation	n° GHS	période		quantité	montant facturé	coefficient	montant facturé	période	n° GHS	période		quantité	montant facturé	coefficient	montant facturé	codes cocon
				du	au							du	au					

sous-total 1 sous-total 2

actes de la 1^{re} partie facturables : actes pharmaceutiques et médicaments usuels (A.U.) (hors A.L. (casé) (plan))

beneficiaire n° de case	DMT	prestation	n° GHS	n° d'identification du prescripteur	date de prescription	date d'implantation	libellé	code	taux de référence ou prix unitaire	quantité	montant facturé	codes cocon

sous-total 3

relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire

beneficiaire n° de case	numero d'identification du prescripteur	spécialité	numero d'identification de l'exécutant	spécialité	date des actes	date de la prescription	n° GHS	actes effectués	quantité ou coefficient	honoraires facturés	signature des praticiens ou autres professionnels attestant la prévention des actes, l'existence du montant total des honoraires facturés et la dispense d'avance de frais

sous-total 4

transfert provisoire – n° FINES établissement 1 **n° FINES établissement 2**

MANDATAIRE(S)

5

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3+4) signature du directeur de l'établissement

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

Le règlement est effectué conformément au choix fait par le praticien.

Quotisque se rend compte de fraude ou de fausse déclaration est possible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 323 à 323-2, 432-10, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 116-17 du Code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

S 3404

Architecture générale du bordereau

Le formulaire est divisé en 5 zones distinctes :

- Zone ① : Pavé d'identification et de références** comportant les identifications relatives à l'organisme complémentaire, à l'établissement, à l'assuré(e) ou au bénéficiaire de soins, au compte risque sur lequel sont pris en charge les frais (maladie, maternité, etc.).
- Zone ② :** Réservée à la **facturation des frais de séjour et de soins** afférents au séjour du patient dans l'établissement, y compris les prestations servies lors d'un transfert provisoire du malade vers un établissement prestataire autre que l'établissement de séjour.
- Zone ③ :** La facturation des produits **LPP et spécialités pharmaceutiques** et des produits qui ne sont pas couverts par la facturation en zone 2. Exemple : lait maternel.
- Zone ④ :** **Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et des actes de laboratoire.**
- Zone ⑤ :** Partie comportant les mentions relatives aux **transferts** interétablissements, aux mandataires désignés et aux praticiens intervenus. Elle fait apparaître le **montant total de la facture** et les montants des honoraires relatifs à chaque praticien.

ZONE ① : PAVÉ IDENTIFICATION - RÉFÉRENCES

- Date de la facture AMC.
- Identification de l'organisme complémentaire destinataire du bordereau.
- Identification de l'établissement.
- Domiciliation bancaire de l'établissement.
- Références à rappeler (n° clé facture, n° de lot, n° de facture, n° entrée, n° de prise en charge AMC).
- Signature de l'assuré(e) et absence de signature (zone facultative).
- Identification du bénéficiaire des soins.
- Identification de l'assuré titulaire du contrat AMC.
- Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins (nature du risque) : Maladie, Maternité, Accident du Travail/Maladies Professionnelles (AT-MP), exonération du forfait journalier, Régime Alsace Moselle.

ZONE ② : FACTURATION DES FRAIS DE SÉJOUR ET DE SOINS

- Transfert.
- Mode de traitement (exemples : 03 Hospitalisation complète avec hébergement, 07 Soins Externes, 10 Accueil et Traitement des urgences dans les structures autorisées, etc.).
- DMT (code de la discipline médico-tarifaire) : ce code n'est pas indiqué pour la facturation en GHS ni en GHT.
- DCS : zone complétée lorsque le séjour fait l'objet d'une tarification en GHS ou en GHT pour l'AMO. Les indicateurs sont : « M » pour médecine, « C » pour chirurgie, « O » pour l'obstétrique et « D » pour l'hospitalisation à domicile.
- **Prestations** : nature des prestations, y compris le forfait hospitalier, et les codes spécifiques aux prestations complémentaires.

GHS	Code prestation en MCO
GHT	Code prestation en hospitalisation à domicile
EXH	Code prestation complémentaire lorsque le séjour du malade est supérieur au seuil haut du GHS
FFM	Forfaits frais de matériels
PJ	Prix de journée en hospitalisation complète dans les disciplines non encore soumises à la tarification de l'activité
PHJ	Forfait pharmacie en hospitalisation complète dans les disciplines non encore soumises à la tarification de l'activité
ENT	Forfait d'entrée dû en hospitalisation complète dans les disciplines non encore soumises à la tarification de l'activité
REA, SRA	Code prestation de la journée de réanimation avec/sans agrément facturable en sus du GHS
SRC, SSC	Code prestation de la journée de surveillance continue avec/sans agrément facturable en sus du GHS
STF	Code prestation de la journée de soins intensifs avec agrément facturable en sus du GHS
NN1, NN2, NN3	Forfaits de néonatalogie
SE1, SE2, SE3	Forfaits « sécurité et environnement hospitalier » avec présence obligatoire d'un Mode de Traitement, MT, égal à 04-Hospitalisation de jour

- **D'un code Discipline Médico-Tarifaire (DMT)**
- **Prestations spécifiques complémentaires :**

CPC	Chambre particulière
FAE	Frais d'accompagnement
LAE	Lit d'accompagnant
RAE	Repas d'accompagnant
XTR	Extras
FJ	Forfait journalier
PAS	Ticket modérateur forfaitaire de 24 €

- **Période**
- **Prix unitaire**
- **Quantité**
- **Coefficient**
- **Montant facturé**
- **Base de remboursement Régime Obligatoire**
- **Régime obligatoire : taux et montant**
- **Montant AMC en tiers payant**
- **Reste à charge pour l'assuré(e)**
- **Sous-total 1 et sous-total 2**

ZONE 3 : FACTURATION DES PRODUITS LPP ET DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

Les modalités de remplissage des colonnes suivantes prévues dans cette zone sont identiques aux colonnes équivalentes de la zone 2 :

- Transfert
- Mode de Traitement
- DMT
- DCS
- Prestations (exemples : PII, PME, PH1, PH7...)

Puis :

- Régime obligatoire : taux et montant
- Montant AMC en tiers payant
- Reste à charge pour l'assuré(e)

Cas des produits de la LPP :

- Numéro d'identification du prescripteur
- Date d'implantation
- Nature de prestation
- Tarif de référence ou prix unitaire
- Quantité
- Montant facturé

Les médicaments facturés hors et en sus des forfaits pour les établissements hors du champ de la T2A :

- Prix unitaire

Lait humain :

- Prix unitaire
- Quantité

Produits sanguins labiles :

- Prix unitaire

Médicaments dérivés du sang :

- Prix unitaire

- **Sous-total 3**
- **Sous-total 1 + 2 + 3**

ZONE 4 : RELEVÉ DES HONORAIRES D'ACTES MÉDICAUX, PARAMÉDICAUX ET DE LABORATOIRE

- **Transfert**
- **Numéro de case**
- **Numéro d'identification du prescripteur**
- **Spécialité**
- **Numéro identifiant de l'exécutant**
- **Spécialité**
- **Zone tarif**
- **Code convention**
- **Date des actes**
- **Date de prescription**
- **Code regroupement de l'acte ou lettre-clé**
 - Lettre-clé : concerne les actes inscrits à la NGAP ou à la NABM
 - Code regroupement de l'acte : concerne les actes inscrits à la CCAM
- **Localisation dentaire** (non renseignée en NGAP)
- **Prix unitaire** (pour les actes CCAM)
- **Éléments de tarification**
- **Quantité ou coefficient**
- **Coefficient association**
- **Honoraires facturés**
- **Dépassement d'honoraires** (motif du dépassement : DE, DP...)
- **Sous-total 4**

ZONE 5 : INFORMATIONS DIVERSES

- **Transfert** : numéro FINESS de l'établissement vers lequel le malade a été transféré provisoirement (durée < 48 heures), transferts provisoires 1 et 2, ou vers lequel le malade a été transféré pour une durée > à 48 heures
- **Identification des mandataires**
- **Identification des praticiens**
- **Montant total facturé**
- **Rappel du numéro de facture**

2.4 Les nomenclatures : NGAP, CCAM, LPP

2.4.1 LA NGAP (NOMENCLATURE GÉNÉRALE DES ACTES PROFESSIONNELS)

2.4.1.1. Lettre-clé/coefficient/tarif de responsabilité

Depuis le 30 mars 2005, la nomenclature générale des actes professionnels a partiellement été remplacée par la CCAM (classification commune des actes médicaux). Depuis le 1^{er} juin 2014, la CCAM a été étendue sur tout le domaine dentaire (à l'exception de l'orthopédie dento-faciale).

La NGAP établit la liste et la cotation des actes professionnels (médecins, sages-femmes, auxiliaires médicaux) pris en charge par l'Assurance maladie.

Cette nomenclature est également utilisée dans le cadre des consultations externes à l'hôpital et dans les dispensaires.

Elle contient :

- La **désignation et la codification des actes ou traitements** susceptibles d'être dispensés par les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux ;
- **les règles d'application** avec conditions éventuelles de prise en charge par les caisses d'assurance maladie ;

Tout acte médical est désigné par une lettre-clé et un coefficient :

- la **lettre-clé** est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins dispensés aux assurés sociaux ;
- le **coefficient** est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel ; il varie en fonction de l'importance de l'acte.

Le produit de ce coefficient par la valeur de la lettre-clé donne **le tarif de responsabilité**.

EXEMPLES	LETTRÉ-CLÉ	COEF.	CODIFICATION	VALEUR LETTRÉ-CLÉ	BASE DE REMB.
INJECTION SOUS-CUTANÉE PAR INFIRMIER	AMI	1	AMI 1	3,15	$3,15 \times 1 = 3,15$
RÉÉDUCATION D'UN MEMBRE ET DE SA RACINE	AMS	7,5	AMS 7,5	2,15	$2,15 \times 7,5 = 16,13$

2.4.1.2. Exemples d'actes avec majorations en métropole

	ÂGE PATIENT	FACTURATION EN VIGUEUR EN CAS DE RESPECT DES TARIFS OPPOSABLES
Les médecins généralistes		
Consultation du médecin traitant	de 0 à 6 ans	$G^* (23 \text{ €} + 2 \text{ €}) + \text{MEG} (5 \text{ €}) = 30 \text{ €}$
	6 ans et plus	$G^* (23 \text{ €} + 2 \text{ €}) = 25 \text{ €}$
Consultation du médecin généraliste correspondant ou médecin généraliste consulté éloigné de la résidence habituelle, avec retour médecin traitant dans tous les cas	de 0 à 6 ans	$G^* (23 \text{ €} + 2 \text{ €}) + \text{MEG} (5 \text{ €}) + \text{MCG} (5 \text{ €}) = 35 \text{ €}$
	6 ans et plus	$G^* (23 \text{ €} + 2 \text{ €}) + \text{MCG} (5 \text{ €}) = 30 \text{ €}$
Les pédiatres		
Consultation du pédiatre traitant	de 6 à 16 ans	$\text{CS} (23 \text{ €}) + \text{NFE} (5 \text{ €}) = 28 \text{ €}$
Consultation du pédiatre non traitant	de 6 à 16 ans	$\text{CS} (23 \text{ €}) + \text{MPC} (2 \text{ €}) + \text{MCS} (5 \text{ €}) = 30 \text{ €}$
Consultation du pédiatre pour les 0 à 6 ans	de 0 à 2 ans	$\text{CS} (23 \text{ €}) + \text{MEP} (4 \text{ €}) + \text{NFP} (5 \text{ €}) = 32 \text{ €}$
	de 2 à 6 ans	$\text{CS} (23 \text{ €}) + \text{MEP} (4 \text{ €}) + \text{NFE} (5 \text{ €}) = 32 \text{ €}$
Les psychiatres, neurologues et neuropsychiatres		
Consultation du médecin correspondant avec retour médecin traitant		$\text{CNP} (39 \text{ €}) + \text{MPC} (2,70 \text{ €}) + \text{MCS} (5 \text{ €}) = 46,70 \text{ €}$
Consultation du médecin traitant		$\text{CNP} (39 \text{ €}) + \text{MPC} (2,70 \text{ €}) = 41,70 \text{ €}$
Les cardiologues		
Consultation spécifique du cardiologue		$\text{CSC} (47,73 \text{ €}) + \text{MCC} (3,27 \text{ €}) = 51 \text{ €}$
Consultation coordonnée		$\text{CS} (23 \text{ €}) + \text{MPC} (2 \text{ €}) + \text{MCS} (5 \text{ €}) = 30 \text{ €}$

* $G = C (23 \text{ €}) + \text{MMG} (2 \text{ €}) = 25 \text{ €}$

** $\text{GS} = \text{CS} (23 \text{ €}) + \text{MMG} (2 \text{ €}) = 25 \text{ €}$

2.4.1.3. Indemnités kilométriques

Lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature doit être effectué au domicile du malade, **les frais de déplacement** du praticien sont **remboursés en sus** de la valeur propre de l'acte ; ce remboursement est, selon les cas, forfaitaire ou calculé en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le praticien.

Pour les médecins, l'acte est ID.

Il est applicable à tous les actes effectués par le médecin au domicile du malade.

Les valeurs de l'ID, variables selon l'importance des agglomérations (valeur spécifique pour Paris, Lyon et Marseille) sont fixées dans les mêmes conditions que les tarifs des lettres-clés.

LETTRE	LIBELLÉ ACTE	MÉTROPOLE
ID	Indemnité forfaitaire de déplacement hors astreinte régulée pour des actes effectués à domicile autre que la visite	3,50 €
IK	Indemnités kilométriques plaine (<i>au-delà de 2 km aller, 2 km retour</i>)	0,61 €
IKM	Indemnités kilométriques montagne (<i>au-delà de 1 km aller, 1 km retour</i>)	0,91 €
IKS	Indemnités kilométriques à pied ou à ski	4,57 €

2.4.1.4. Accord préalable

Certains actes comme l'orthodontie, le transport ou certaines séances de kinésithérapie ne sont pris en charge qu'après **avis du contrôle médical**.

Le professionnel de santé doit informer le patient de la nécessité d'effectuer une demande d'accord préalable. Le patient adresse le formulaire complété, avant l'exécution de l'acte, à sa caisse.

Lorsqu'il s'agit d'actes effectués par un auxiliaire médical (masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste) ou par un transporteur sanitaire, d'analyses ou d'examens de laboratoire, ou encore d'appareillages médicaux, la demande doit être accompagnée de la prescription médicale établie par le médecin.

La non-réponse de la CPAM dans un délai de 15 jours (10 jours pour les frais de transport) vaut accord. Le délai de réponse part à compter de la date de réception de la demande.

Seuls les refus de prise en charge font l'objet d'une notification par l'Assurance maladie, avec indication des voies de recours.

La mention « Acte d'urgence » portée sur la feuille de soins et sur la demande permet au praticien de dispenser l'acte sans devoir attendre l'accord écrit ou tacite de la caisse.

2.4.1.5. Le délai de prescription

L'action de l'assuré pour le paiement des prestations de l'Assurance maladie et maternité se **prescrit par deux ans à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations.**

Exemple : une consultation en date du 3 juillet 2019. Il ne pourra plus y avoir de remboursement au 1^{er} octobre 2021.

Cette date est identique pour une consultation en date du 27 septembre 2019.

2.4.1.6. Actes hors nomenclature

De nombreux actes ne figurent pas dans la NGAP.

Soit ces actes ont été retirés, comme certains actes de biologie, soit ils ne sont pas reconnus par l'Assurance maladie.

Parmi les actes hors nomenclature, on trouve certains vaccins, comme le vaccin contre la fièvre jaune ou la typhoïde, certaines analyses biologiques, la chirurgie correctrice de l'œil, les consultations des ostéopathes, des chiropracteurs...

2.4.2 LA CCAM (CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX)

2.4.2.1. Préambule

La **CCAM** (classification commune des actes médicaux) est le référentiel qui s'est imposé progressivement depuis la fin de l'année 2004.

Il s'agit d'une liste unique d'actes codés, commune aux secteurs publics et privés et utilisée par tous les acteurs du monde médical.

Elle remplace :

- la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) utilisée pour la tarification des actes en secteur libéral (honoraires) et pour la facturation des actes « externes » des établissements hospitaliers sous dotation globale ;
- le catalogue des actes médicaux (CdAM) utilisé dans les établissements de santé pour le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Avec la NGAP, les tarifs différaient en fonction des spécialités. Avec la CCAM, un même acte exécuté par des professionnels de spécialités différentes correspond à un seul et même code.

2.4.2.2. Historique

Un décret du 27 juillet 1994 et les arrêtés du 20 septembre 1974 et du 22 juillet 1996 rendent obligatoire le codage des actes et des pathologies dans tous les établissements de soins de courte durée médecine, chirurgie, obstétrique, dans le cadre de la PMSI.

Parallèlement, la loi du 4 janvier 1993, confirmée par l'ordonnance du 24 avril 1996, institue le codage des actes et prestations remboursables par l'Assurance maladie, ainsi que le codage des pathologies diagnostiquées. Le codage constitue la base d'un système d'information indispensable, tant en termes de santé publique qu'en termes de maîtrise médicalisée des dépenses.

Le 9 octobre 2003, le ministre de la Santé a installé le comité de pilotage de la CCAM. Il est composé de représentants des caisses de l'Assurance maladie, de l'État, de syndicats de médecins, de services du ministère de la Santé et de sociétés savantes.

Nouvelle étape depuis le 1^{er} juin 2014 avec l'ajout des activités bucco-dentaires : plus de 200 nouveaux actes.

2.4.2.3. Les principaux changements

Contrairement à la NGAP, un code CCAM comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte. Chaque code CCAM est associé à un tarif de base unique.

Conséquences :

- disparition des lettres-clés et des coefficients ;
- description détaillée des actes médicaux ;
- en 2014, 7 500 actes regroupés en 19 actes pour les organismes complémentaires ;
- négociation des tarifs de base avec notion de hiérarchisation suivant des critères de technicité, de durée et de moyens ;
- prise en charge de l'innovation médicale et de l'évolution de la pratique médicale.

À l'exception de la lettre-clé, du coefficient, des majorations nuit et férié, les informations saisies par les professionnels de santé subsistent :

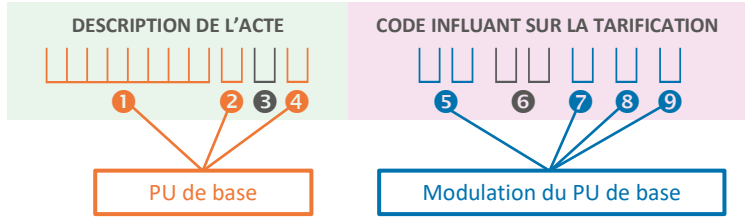
- identifiant du professionnel de santé ;
- date d'exécution ;
- quantité (toujours valorisée à 1) ;
- montant des honoraires ;
- code motif de dépassement ;
- frais de déplacement (ID ou IK) ;
- numéro de dent (étendu à la localisation dentaire en CCAM).

Concernant **la T2A (tarification à l'activité)**, elle supprime en partie la différence entre les systèmes de tarification public et privé et les lettres-clés et coefficients disparaissent. Les séjours sont tarifés selon des tarifs forfaitaires de séjours et de soins, appelés GHS.

2.4.2.4. Le codage des actes CCAM

Dans l'état actuel de la CCAM, il existe plus de 7 000 actes détaillés.

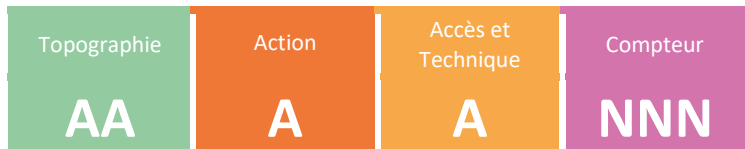
Chaque acte est composé de la manière suivante :



①	Code semi-structuré	7 caractères
②	Code activité	1 caractère
③	Code extension documentaire	1 caractère
④	Phase de traitement	1 caractère
⑤	Modificateurs tarifant	1 ou 2 caractères
⑥	Modificateurs non tarifant	1 ou 2 caractères
⑦	Code association non prévue	1 caractère
⑧	Code remboursement exceptionnel	1 caractère
⑨	Top suppléments de charge en cabinet	1 caractère

Code descriptif de l'acte (7 caractères alphanumériques)

C'est un code semi-structuré de 7 caractères calé sur la structuration des libellés :



Exemple :

GGJA002 = **Évacuation** de collection **de la cavité pleurale** par **thoracotomie** sans résection costale

Codage de la Topographie :

- **1^{re} lettre** : codage du système

SYSTÈME NERVEUX	A
CEIL	B
OREILLE	C
CŒUR ET GROS VAISSEAUX	D
VAISSEAUX PÉRIPHÉRIQUES	E
SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE ET RÉTICULO-ENDOTHÉLIAL	F
SYSTÈME RESPIRATOIRE	G
SYSTÈME DIGESTIF	H
APPAREIL URINAIRE ET GÉNITAL, PROCRÉATION	J
SYSTÈME ENDOCRININ	K
OS, ARTICULATIONS & TISSUS MOUS : TÊTE, COU ET TRONC	L
OS, ARTICULATIONS & TISSUS MOUS : MEMBRE SUPÉRIEUR	M
OS, ARTICULATIONS & TISSUS MOUS : MEMBRE INFÉRIEUR	N
OS, ARTICULATIONS & TISSUS MOUS : LOCALISAT. IMPRÉCISE	P
PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ	Q
RÉGIONS TOPOGRAPHIQUES	Z

GJA002 =
Évacuation de
collection de la
cavité pleurale par
thoracotomie sans
résection costale

- **2^e lettre** : codage de l'organe ou de la fonction

SYSTÈME RESPIRATOIRE	
Nez	GA
Sinus paranasaux	GB
Rhinopharynx et fosse infratemporale	GC
Larynx et épiglotte	GD
Trachée et arbre bronchique	GE
Poumons	GF
Plèvre	GG
Espace médiastinal	GH
Odorat	GJ
Langage, phonation	GK
Respiration	GL
Système respiratoire, sans précision	GZ

GGA002 =
Évacuation de
collection de la
cavité pleurale par
thoracotomie sans
résection costale

Codage de l'Action :

- **3^e lettre** : en fonction de l'action principale du libellé

RETIRER SANS REMPLACER			
DRAINER	Diriger l'évacuation d'un fluide hors de son lieu d'origine dans l'organisme, par l'intermédiaire d'un dispositif adapté (drain, mèche, lame...) laissé en place	J	DRAINAGE
ÉVACUER	Faire sortir un fluide de l'organisme sans laisser en place de dispositif particulier	J	ASPIRATION DÉCAILLOTAGE ÉVACUATION ÉPRESSION EXSUFLATION SAIGNÉE SOUSTRACTION THÉRAPEUTIQUE ASPIRATION
NETTOYER	Débarrasser une partie de l'organisme d'éléments indésirables ou nocifs	J	ASSAINISSEMENT DÉTARTRAGE DÉTERSION ÉPURATION IRRIGATION LAVAGE NETTOYAGE PANSEMENT PARAGE PELAGE SOIN INSTRUMENTAL TOILETTE

GGJA002 =
Évacuation de
collection de la
cavité pleurale par
thoracotomie sans
résection costale

Codage de la Technique et/ou de l'Accès :

- **4^e lettre** : en fonction du mode d'accès ou de la technique utilisée

MODALITÉ	DÉFINITION	LETTRE
ABORD OUVERT	Accès exposant le site opératoire, par incision des téguments (peau, muqueuses) et de tout autre tissu sous-jacent, sans introduction d'un instrument d'optique. Par extension, concerne tout accès à travers les téguments par une ouverture, que l'origine en soit traumatique ou chirurgicale	A
ACCÈS TRANSPARIÉTAL	Accès au site opératoire par ponction ou incision ponctuelle des téguments (peau, muqueuses) et de tout autre tissu sous-jacent, sans introduction d'un instrument d'optique	B
ACCÈS ENDOSCOPIQUE TRANSPARIÉTAL	Accès au site opératoire, avec introduction d'un instrument d'optique par ponction ou incision minime des téguments (peau, muqueuses) et de tout autre tissu sous-jacent	C

GGJA002 =
Évacuation de
collection de la
cavité pleurale par
thoracotomie sans
résection costale

Compteur :

- 3 chiffres :

Chaque code à 4 caractères est affecté d'un compteur à trois chiffres, pour différencier les actes ayant même code anatomique, même code d'action et même code d'abord ou de technique.

Évacuation de collection **de la cavité pleurale** par **thoracotomie sans** résection costale

GGJA002

Évacuation de collection **de la cavité pleurale** par **thoracotomie avec** résection costale

GGJA004

Code de l'activité

Ce code identifie les actions des différents intervenants pour un même acte. Il est constant et obligatoire.

Exemples :

HHFA011 1 : Appendicectomie par laparotomie

HHFA011 4 : Anesthésie pour appendicectomie par laparotomie

Code extension documentaire

Créé à la demande des sociétés savantes, il donne un niveau de détail supplémentaire, qui ne modifie pas significativement les moyens mis en œuvre.

Code phase de traitement

Il sert à repérer la phase de traitement pour les actes réalisés en plusieurs temps.

Il permet de déclencher un paiement par phase (partiel) pour la tarification.

Modificateurs tarifant et/ou non tarifant

Ils précisent les circonstances de l'acte qui sont valorisées.

Certains entraînent une majoration de l'acte, d'autres non.

Exemples :

U : Acte réalisé en urgence

H : Acte réalisé chez un enfant de moins de 5 ans

B : Acte bilatéral (ex. : 2 coudes)

Autres codes suivants

- Code association non prévue qui permet de rembourser des associations d'actes non répertoriées mais non exclues.
- Code remboursement exceptionnel : pour chaque acte, la nomenclature précise son admission au remboursement :
 - remboursable ;
 - non remboursable ;
 - remboursable suivant circonstances.
- Code supplément de charges en cabinet : pour chaque acte, la nomenclature précise si un supplément de charges en cabinet peut être appliqué ou non.

2.4.2.5. Principes généraux de tarification

Lettres-clés

Lors de la première phase de la CCAM, les lettres-clés D, DC, KA, KC, KCC, KE, KMO, PRE, SC, SCM, SPR, ORT, PRO, TO, Z, ZN et certains K ont disparu. Des K subsistent toutefois.

À noter : les frais de déplacement ne sont pas codés, ainsi les lettres-clés ID, IK subsistent.

Concernant la **T2A**, les lettres-clés liées au séjour (FDS) ont disparu.

Regroupements significants

La lettre-clé en tant que telle n'existe plus dans le codage CCAM. Un même code affiné peut correspondre à plusieurs lettres-clés.

Des regroupements significants sont déterminés à partir du code affiné de l'acte. Ces codes correspondent à des familles d'actes CCAM de même nature.

Les codes de regroupements sont transmis aux interlocuteurs qui ne sont pas destinataires des codes détaillés, en particulier les organismes complémentaires.

Que ce soit sur le décompte du régime obligatoire destiné à l'assuré, ou sur les bordereaux de tiers, seuls les codes de regroupements sont visibles.

Exemple : ADC (actes de chirurgie)

2.4.3 LA LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS REMBOURSABLES (LPP)

Prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale

Il s'agit d'une liste de fournitures et appareils agréés ayant des spécificités en termes d'utilisation et de durée de vie, et qui sont remboursés selon un prix déterminé par arrêté ministériel.

Les articles figurant dans cette liste sont classés en 5 groupes dénommés en titres :

Chaque titre est divisé en chapitres.

- TITRE 1 : DM POUR TRAITEMENTS, AIDES À LA VIE, ALIMENTS ET PANSEMENTS.
- TITRE 2 : ORTHÈSES ET PROTHÈSES EXTERNES.
- TITRE 3 : DMI, IMPLANTS ET GREFFONS TISSULAIRES D'ORIGINE HUMAINE.
- TITRE 4 : VÉHICULES POUR HANDICAPÉS PHYSIQUES.
- TITRE 5 : DISPOSITIFS MÉDICAUX INVASIFS NON ÉLIGIBLES AU TITRE III.

TITRE 1 : DISPOSITIFS MÉDICAUX POUR TRAITEMENTS, AIDES À LA VIE, ALIMENTS ET PANSEMENTS

Chapitre 1 : Dispositifs médicaux, matériels et produits pour le traitement de pathologies spécifiques

- Dispositifs médicaux pour traitement des maladies respiratoires et oto-rhino-laryngologiques
- Dispositifs médicaux et prestations associées de perfusion à domicile (hors insulinothérapie)
- Dispositifs médicaux pour autotraitement, autocontrôle et autome-sure
- Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence, des troubles colorectaux et pour l'appareil urogénital
- Produits pour nutrition ou réhydratation et matériels d'administration
- Dispositifs médicaux de prévention, de traitement et de maintien pour l'appareil locomoteur
- Dispositifs médicaux pour autres traitements et articles divers

Chapitre 2 : Dispositifs médicaux de maintien à domicile et d'aide à la vie pour malades et handicapés

- Lits et matériels pour lits
- Dispositifs médicaux et matériels d'aide à la vie

Chapitre 3 : Articles pour pansements, matériels de contention

- Articles pour pansements
- Matériels de contention et de compression vasculaires
- Articles pour pansements (ancienne nomenclature)

Chapitre 4 : Accessoires de produits inscrits au Titre III

- Stimulateur phrénique, intrathoracique... (8 variétés)
- Stimulateur phrénique, intra-diaphragme... (3 variétés)

TITRE 2 : ORTHÈSES ET PROTHÈSES EXTERNES

Chapitre 1 : Orthèses

- Orthèses plantaires
- Coques talonnières
- Colliers cervicaux
- Appareils divers de correction orthopédique
- Chaussures thérapeutiques de série
- Appareil de marche monté sur chaussures de série non thérapeutiques
- Vêtements compressifs sur mesure pour grands brûlés

Chapitre 2 : Optique médicale

- Lunettes
- Lentilles de contact
- Matériels pour amblyopie

Chapitre 3 : Audioprothèses et entretien, réparations et accessoires pour processeurs

Chapitre 4 : Prothèses externes non orthopédiques

- Prothèses mammaires externes
- Canules trachéales
- Aérateurs transtympaniques
- Prothèses vocales
- Prothèses respiratoires pour trachéostomie
- Orthèse d'avancée mandibulaire

Chapitre 5 : Prothèses oculaires et faciales

Chapitre 6 : Podo-orthèses

Chapitre 7 : Orthoprothèses

TITRE 3 : DISPOSITIFS MÉDICAUX IMPLANTABLES, IMPLANTS ET GREFFONS TISSULAIRES D'ORIGINE HUMAINE

Chapitre 1 : Dispositifs médicaux implantables d'origine synthétique

Chapitre 2 : Dispositifs médicaux implantables issus de dérivés d'origine animale non viables ou en comportant

Chapitre 3 : Implants issus de dérivés humains-greffons

Chapitre 4 : Dispositifs médicaux implantables actifs

TITRE 4 : VÉHICULES POUR HANDICAPÉS PHYSIQUES

Chapitre 1 : Fauteuils roulants

- Fauteuils roulants à propulsion manuelle
- Fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique
- Fauteuils roulants verticalisateurs
- Fauteuil roulant électrique monte-marches

Chapitre 2 : Véhicules divers

- Poussettes et fauteuils roulants à pousser
- Tricycles à propulsion manuelle ou podale
- Scooter électrique modulaire

Chapitre 3 : Adjonctions, options et réparations applicables aux fauteuils roulants

TITRE 5 : DISPOSITIFS MÉDICAUX INVASIFS NON ÉLIGIBLES AU TITRE 3

Chapitre 1 : Dispositifs médicaux utilisés en neurologie

Chapitre 2 : Dispositifs médicaux utilisés dans le système cardio-vasculaire

Chapitre 3 : Dispositifs médicaux utilisés dans le système gastro-intestinal

Ces articles sont pris en charge par l'Assurance maladie à 60 % ou à 100 % au régime général.

Le taux légal de prise en charge par le régime obligatoire peut être consulté dans la version informatisée de la LPP pour chaque référence d'article.

Certains produits ou prestations sont soumis à accord préalable.

2.5 La carte SESAM-Vitale

SESAM signifie **S**ystème **É**lectronique de **S**aisie de l'**A**ssurance **M**aladie.

Vitale est le nom donné à la carte à puce de l'assuré.

La carte Vitale est la preuve de l'affiliation à la Sécurité sociale. C'est une carte électronique nominative, sur laquelle sont mentionnés les renseignements administratifs concernant l'assuré et ses bénéficiaires.

2.5.1 DÉFINITION/CONTENU

2.5.1.1. Qu'est-ce que la carte Vitale ?

La carte Vitale est une carte à **microprocesseur** pouvant contenir environ 8 pages de texte.

Elle contient les données administratives relatives à l'**assuré ouvrant droit** et aux **bénéficiaires ayants droit** (enfants – 16 ans). La carte Vitale permet au professionnel de santé de connaître immédiatement les droits de l'assuré et de créer une **feuille de soins électronique** au moment de l'acte.

Une expérimentation de la carte Vitale dématérialisée est en cours dans certains départements.

2.5.1.2. Le contenu de la carte

Toutes les cartes Vitale contiennent les informations suivantes :

- nom et prénoms de l'assuré ;
- numéro de Sécurité sociale ;
- identité des bénéficiaires ;
- organisme d'affiliation ;
- caisse de rattachement ;
- durée des droits ;
- éventuel dossier médical partagé (DMP) ;
- éventuelles exonérations du ticket modérateur (ALD, maternité...);
- éventuelle couverture complémentaire.

2.5.2 CONTEXTE/FONCTION PRINCIPALE

La CNAM cherche depuis les années 70 à moderniser son système de liquidation, c'est-à-dire le système de remboursement des prestations médicales à ses assurés.

Dès 1978, la CNAM réfléchit à une organisation reposant sur la saisie informatisée à la source des informations nécessaires au remboursement de l'assuré, sécurisée par la présentation de cartes électroniques.

Il s'agissait de réduire la charge croissante de saisie des caisses liée à l'augmentation du nombre de feuilles de soins (1 milliard en l'an 2000).

Les ordonnances d'avril 1996, dites « ordonnances Juppé », relatives à la maîtrise des dépenses de santé, prennent en compte des informations plus sensibles (codage des actes, prestations et pathologies) et le support du carnet individuel de santé.

La fonction de base du système SESAM-Vitale I est de dématérialiser les feuilles de soins émises par les professionnels de santé à destination des régimes obligatoires.

Un flux électronique signé et sécurisé – **la feuille de soins électronique ou FSE** – se substitue à la feuille de soins papier, à la facture subrogatoire et au volet de facturation du pharmacien.

Les centres de gestion des régimes obligatoires n'ont plus à saisir l'information.

Ce flux dématérialisé permet de véhiculer le codage des actes, prestations et pathologies utiles au suivi des dépenses de santé.

Depuis 2007, la carte Vitale a été progressivement remplacée par une nouvelle version, ou « carte Vitale II », équipée de la photographie du titulaire et dotée d'une mémoire plus importante.

La carte doit être présentée aux professionnels de santé reliés au réseau SESAM-Vitale (médecin, pharmacien, hôpital ou centre de santé...) à chaque visite ou consultation.

2.5.3 LE CHAMP D'APPLICATION

Le système SESAM-Vitale est un système conçu et développé pour les régimes obligatoires.

Il concerne les échanges tiers payant et **hors** tiers payant.

Tout professionnel de santé est concerné par le dispositif.

Les droits à la Complémentaire santé solidaire sont pris en compte par le système.

2.5.4 PRINCIPE DE FONCTIONNEMENT

Le professionnel de santé introduit sa carte CPS dans le lecteur et saisit son code personnel. Sa carte CPS est utilisée pour contrôler l'accès aux informations privées de l'assuré, à un réseau ou à des bases de données médicales.

Après l'acte, le professionnel de santé lit la carte Vitale du patient au moyen de son lecteur. Il saisit les informations utiles à la constitution de la FSE au moyen de son logiciel agréé et des informations de la carte Vitale.

Le logiciel enregistré dans le lecteur de cartes s'occupe de chiffrer les données privées du patient. La FSE est signée électroniquement, conjointement en présence des cartes CPS et Vitale.

En cas de paiement en espèces de la consultation et à la demande du patient, le professionnel de santé lui édite un reçu attestant le paiement.

En fin de journée, le logiciel rassemble les FSE en lots et les transmet vers l'Assurance maladie.

Les lots de FSE sont constitués automatiquement par régime obligatoire destinataire.

À réception des FSE, le centre informatique du régime obligatoire émet un accusé de réception logique (ARL) pour signifier au professionnel de santé qu'il a bien reçu les données et qu'elles sont intègres.

En cas de tiers payant, le centre informatique du régime obligatoire télétransmet un compte rendu de traitement au professionnel de santé pour lui permettre de faire un rapprochement entre FSE émises payées et impayées.

L'assuré social n'a plus de feuilles de soins à envoyer à son centre d'Assurance maladie. Il est remboursé automatiquement après sa visite chez son professionnel de santé.

Au 1^{er} juin 2020, 736 000 cartes de professionnels de santé (CPS) sont en circulation.

2.5.5 LES RÉSEAUX DE TRANSMISSION DE FSE

Les réseaux de télétransmission permettent aux professionnels de santé d'acheminer leurs FSE vers l'Assurance maladie obligatoire. Ils proposent également à ces mêmes professionnels des services liés à leur activité : télé-médecine, échange de messages et d'analyses, consultations de base de données médicales et de statistiques épidémiologiques, etc.

Le réseau de santé social (RSS) est le réseau privilégié de transmission des FSE du système SESAM-Vitale. Le RSS répond à des exigences particulières de sécurité, de rapidité et de confidentialité.

Il s'agit d'un réseau de type intranet sécurisé.

2.5.6 LA DIFFUSION DE LA CARTE VITALE ET SA MISE À JOUR

La carte Vitale est envoyée par la CPAM à l'assuré, accompagnée d'une fiche reflet papier.

Tout changement de situation administrative d'un assuré (mariage, nouvel enfant, etc.) ou d'organisme d'assurance maladie n'entraîne pas l'envoi d'une nouvelle carte. En effet, grâce à sa mémoire réinscriptible, la carte Vitale peut être mise à jour. Des points de mise à jour permettent aux assurés de consulter les informations figurant dans leur carte et de déclencher la mise à jour.

La carte peut être renouvelée lorsque l'assuré perd sa carte.

Les mises à jour sont nécessaires en cas :

- de modification de la composition familiale « assuré/ayants droit » ;
- de modification des informations initiales (nom, date de naissance...) ;
- de modification des conditions de remboursement (exonération ou non du ticket modérateur) ;
- après réception de l'attestation de droits à la Complémentaire santé solidaire ou de son renouvellement ;
- en cas de déménagement : en effet, un changement d'adresse peut occasionner un changement de caisse d'affiliation. La plupart du temps, une mise à jour suffit pour changer la caisse d'affiliation dans la carte. Cependant, dans certains cas, la carte pourra être remplacée.

Tous les assurés sociaux et leurs bénéficiaires âgés de 16 ans et plus possèdent une carte Vitale.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la possibilité est ouverte, pour les parents, de demander que leur enfant dispose à partir de 12 ans de sa propre carte Vitale. Cette mesure facilite la prise en charge des soins de l'enfant en cas de séparation entre les parents.

2.6 NOÉMIE : Norme Ouverte d'Échanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs

2.6.1 GÉNÉRALITÉS

L'application NOÉMIE permet un retour des informations de paiement des prestations (actes professionnels, frais de séjour, fournitures sanitaires diverses, indemnités journalières) liquidées par les organismes de base des différents régimes obligatoires vers :

- les partenaires de santé : médecins, auxiliaires médicaux, cliniques, dispensaires...
- les organismes complémentaires de protection sociale.

Tout échange informatique de données entre un organisme d'assurance maladie et un organisme complémentaire s'intègre dans la norme d'échange NOÉMIE.

Cette norme permet de véhiculer vers :

- l'organisme d'assurance maladie :
 - les informations nécessaires à la constitution du fichier adhérents dont la gestion est exclusivement de la responsabilité de l'OC qui les fournit,
- l'organisme complémentaire (OC) :
 - les informations relatives au paiement des prestations effectué par l'organisme d'assurance maladie,
 - les rejets ou signalements issus du traitement des fichiers transmis par l'organisme complémentaire.

2.6.2 INTERVENANTS

Quatre partenaires interviennent dans les échanges NOÉMIE :

- **la caisse du régime obligatoire** qui signe une convention avec chaque organisme complémentaire ;
- le **Cetélic** (Centre de télétraitement électronique inter-caisse) qui effectue les traitements informatiques de masse de plusieurs CPAM ;

- **Le centre de gestion, subdivision de la CPAM**, qui gère les liquidations des assurés qui lui sont affectés. Les centres de gestion regroupant des catégories professionnelles (par exemple, la MGEN) ont souvent leur propre gestion ; ainsi leurs assurés restent inconnus du Cetélic et ne peuvent pas bénéficier des échanges NOÉMIE ;
- **l'organisme complémentaire.**

2.6.3 ENREGISTREMENTS/MOUVEMENTS

Les enregistrements doivent être générés par l'organisme complémentaire.

Tout individu est défini de manière unique par son **numéro de Sécurité sociale**, sa **date de naissance** et son **rang gémellaire**.

Les échanges d'informations entre les CPAM et l'organisme sont régis par une norme nationale.

L'épuration des enregistrements doit être effectuée par des mouvements d'annulation. Le mouvement d'annulation peut, exceptionnellement, être déclenché à l'initiative de l'organisme d'assurance maladie dans le seul cas où l'adhérent demande à celui-ci ne pas transmettre les informations de paiement le concernant au titre du respect de la loi Informatique et Libertés. Lorsqu'il y a changement, un mouvement de modification est effectué.

2.6.4 CONTRÔLES

Le traitement des enregistrements fournis par l'organisme complémentaire donne lieu à un contrôle de validité de la structure et du contenu de ces enregistrements.

La détection d'une anomalie provoque, selon le niveau et l'importance de l'erreur, soit le **rejet** de la totalité de l'envoi, soit un **signalement** vers l'émetteur.

Par ailleurs, lorsqu'un mouvement est accepté par le régime obligatoire, un signalement de certification est envoyé.

Exemples de rejets ou de signalements :

- R02 : Le numéro d'immatriculation est erroné
- R09 : La date de naissance du bénéficiaire est erronée
- S53 : Chevauchement de deux contrats OC
- R18 : Assuré inconnu au fichier
- R20 : Bénéficiaire inconnu au fichier
- R21 : Assuré géré par une autre caisse

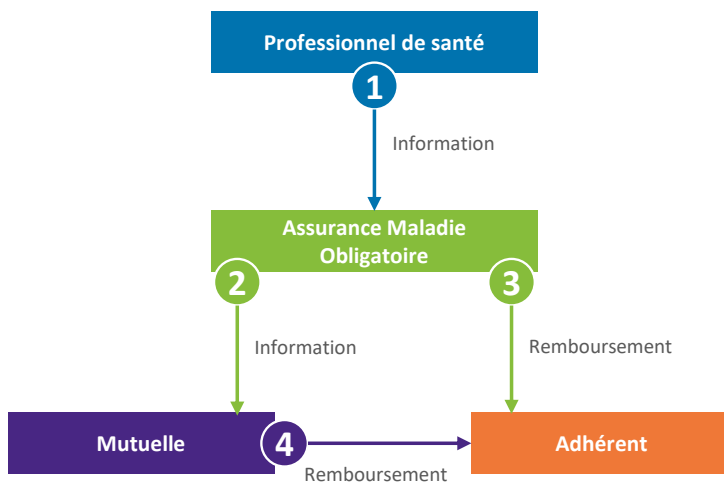
2.6.5 AVIS DE PAIEMENT AUX ASSURÉS

L'assuré est avisé de la transmission d'informations le concernant par un message porté sur l'avis de paiement (décompte) qui lui est destiné : **« Ce dossier a été transmis directement à votre organisme complémentaire. »**

Les informations transmises par la caisse de régime obligatoire sont le reflet de ce qu'elle-même saisit ou reçoit de la part des professionnels et qu'elle envoie à ses assurés. Ces informations s'appellent « images-décomptes ».

Les échanges NOÉMIE permettent aux organismes complémentaires de recevoir par télétransmission les décomptes Sécurité sociale de leurs adhérents afin d'en éviter la saisie.

2.6.6 NOÉMIE ET L'ORGANISME COMPLÉMENTAIRE



2.7 Les affections de longue durée

L'Assurance maladie prend en charge à 100 % plus de 10 millions d'assurés atteints d'une affection de longue durée (ALD). Ce sont le caractère chronique et la gravité de ces affections qui justifient leur prise en charge.

2.7.1 QU'EST-CE QU'UNE ALD ?

Plusieurs catégories de maladies peuvent donner lieu, pour le patient qui en est atteint, à une exonération du ticket modérateur.

Les affections de longue durée :

Il s'agit de maladies qui nécessitent un suivi et des soins prolongés (plus de six mois) et des traitements coûteux ouvrant droit à la prise en charge à 100 %.

Liste des 30 affections de longue durée (ALD 30) :

1	Accident vasculaire cérébral invalidant
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
4	Bilharziose compliquée
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2
9	Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
13	Maladie coronaire
14	Insuffisance respiratoire chronique grave
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences

16	Maladie de Parkinson
17	Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
18	Mucoviscidose
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
20	Paraplégie
21	Vascularites, lupus érythémateux, sclérodémie systémique
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive
23	Affections psychiatriques de longue durée
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
25	Sclérose en plaques
26	Scoliose idiopathique structurale évolutive
27	Spondylarthrite grave
28	Suites de transplantation d'organe
29	Tuberculose active, lèpre
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

La liste des affections de longue durée a été modifiée par le décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 publié au JO du 21 janvier 2011.

À noter la suppression d'une maladie – ALD12, hypertension artérielle – depuis le 26 juin 2011 pour les patients déclarés à compter de cette date. Avant, le droit perdure sous réserve d'accord en renouvellement.

Les affections de longue durée « hors liste » (31^e maladie) :

Il s'agit de maladies graves de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste des ALD 30, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique coûteuse (exemple : ulcères chroniques ou récidivants avec retentissement fonctionnel sévère).

Les polyopathologies (32^e maladie) :

Lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins d'une durée

supérieure à 6 mois (exemple : une personne atteinte de cécité et ayant des séquelles d'une fracture de hanche l'empêchant de se déplacer).

À noter : la plupart des maladies dites « orphelines » et les maladies rares font partie directement ou indirectement des 30 affections de longue durée.

Les affections de longue durée non exonérantes :

Les affections de longue durée (ALD) non exonérantes sont définies par l'article L. 324-1 du Code de la Sécurité sociale. Ce sont des affections qui nécessitent une interruption de travail ou des soins continus d'une durée prévisible égale ou supérieure à six mois, mais qui n'ouvrent pas droit à l'exonération du ticket modérateur.

La reconnaissance d'une ALD non exonérante permet la prise en charge de l'Assurance maladie à 65 % du tarif de la Sécurité sociale : des frais de déplacement en rapport avec l'ALD ; des frais de transport et frais de séjour liés aux cures thermales.

Si l'assuré est en affection de longue durée et que ses arrêts de travail sont en rapport avec cette maladie, le délai de carence n'est retenu que pour le premier arrêt de travail, pour une même période de trois ans.

2.7.2 L'ÉTABLISSEMENT DU PROTOCOLE DE SOINS

Établi par le médecin traitant, en concertation avec les autres médecins qui suivent l'affection de longue durée exonérante, le protocole de soins a une durée déterminée. Il permet à l'assuré d'être bien informé sur les actes et les prestations pris en charge à 100 % dans le cadre de son affection longue durée. Ce document facilite aussi la circulation de l'information et de la coordination entre le médecin traitant et les médecins spécialistes qui suivent l'assuré.

Le protocole de soins pour l'ALD

C'est un formulaire qui ouvre les droits à la prise en charge à 100 % (sur la base du tarif du régime obligatoire).

C'est le médecin traitant qui le rédige, définissant l'ensemble des éléments thérapeutiques et mentionnant les médecins et professionnels de santé paramédicaux qui suivront l'assuré dans le cadre de son affection : c'est le parcours de soins coordonnés.

Pour le rédiger, le médecin traitant s'appuie sur les recommandations relatives aux ALD de la Haute Autorité de santé (HAS)*. Quand elles n'existent pas pour la maladie concernée, le médecin s'appuie sur les recommandations médicales élaborées par la communauté scientifique.

À savoir : les recommandations de la HAS se présentent notamment sous forme de listes qui comportent, maladie par maladie, les soins et les traitements qui peuvent être nécessaires à son traitement et suivi. Elles indiquent également ce qui est ou non remboursé par l'Assurance maladie.

** La Haute Autorité de santé est un organisme d'expertise scientifique, consultatif, public et indépendant. Il est chargé notamment de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et du grand public. En matière d'ALD, la HAS élabore des recommandations pour le traitement de chaque affection.*

Le protocole indique :

- les soins et les traitements nécessaires à la prise en charge et au suivi de la maladie ;
- les soins et les traitements pris à 100 % et ceux qui sont remboursés aux taux habituels de la Sécurité sociale (certains soins et traitements peuvent ne pas être pris en charge, par exemple les spécialités pharmaceutiques non inscrites sur la liste des médicaments remboursables) ;
- les autres praticiens qui suivent l'assuré dans le cadre du traitement de sa maladie, ainsi que leur spécialité. L'assuré peut alors consulter directement les médecins mentionnés dans le protocole de soins sans passer par son médecin traitant.

Il se compose de 3 volets :

- un volet conservé par le médecin traitant ;
- un pour le médecin-conseil de l'Assurance maladie ;
- un destiné à l'assuré, qui doit être signé et présenté à chaque médecin consulté pour bénéficier de la prise en charge à 100 % pour les soins liés à la maladie.

Depuis juin 2016, le médecin peut faire directement la demande en ligne : l'accord est immédiat dans la plupart des cas ; l'assuré peut alors mettre à jour sa carte Vitale dans les 2 jours qui suivent.

Si besoin, le médecin-conseil peut demander les pièces justificatives.

Le médecin traitant rédige le protocole de soins parce que c'est lui qui, dans le cadre de ses nouvelles missions (conformément à la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie), suit l'assuré au quotidien pour l'ensemble de ses pathologies et qui assure la coordination de ses soins.

Néanmoins, dans certains cas et à titre dérogatoire, notamment lorsque le diagnostic est fait à l'hôpital ou dans un contexte d'urgence, un médecin autre que le médecin traitant peut établir ce protocole de soins. La prise en charge à 100 % pourra alors être couverte pour une durée de 6 mois, éventuellement renouvelable. Durant cette période, l'assuré devra se rapprocher du médecin traitant qu'il a déclaré afin qu'il établisse un nouveau protocole de soins, en concertation avec les équipes et les médecins qui le suivent.

Le protocole de soins est établi pour une durée déterminée, indiquée par le médecin-conseil de l'Assurance maladie.

C'est le médecin traitant qui assure l'actualisation du protocole en fonction de l'état de santé de l'assuré, des avancées thérapeutiques ou si l'assuré lui-même ou si l'un des spécialistes qui le suit en fait la demande.

À savoir : si des soins et des traitements liés à la maladie ont été prescrits entre la demande du médecin traitant et l'accord du médecin-conseil de l'Assurance maladie, ils seront pris en charge rétroactivement à 100 %, sur demande de l'assuré.

En cas de désaccord avec la décision envoyée par la caisse d'assurance maladie, des voies de recours sont ouvertes. Elles peuvent être soit « médicales » (expertises), soit « administratives » (les recours sont du ressort du pôle social des tribunaux dont la compétence a été fixée par décret).

Les voies de recours sont indiquées dans le courrier adressé par la caisse.

Le protocole de soins pour l'ALD non exonérante

Le médecin traitant établit le protocole de soins en utilisant le même formulaire que pour l'ALD exonérante.

Pour l'ALD non exonérante, en cas d'accord, le médecin-conseil indique sur le volet 3 destiné au patient la mention manuscrite « **ALD non exonérante** ».

2.7.3 REMBOURSEMENTS

L'ordonnance bizonne

En cas d'ALD, les médecins établissent une ordonnance spécifique, l'**ordonnance bizonne**, et remplissent la feuille de soins habituelle.

C'est une ordonnance particulière, utilisée par le médecin pour distinguer les médicaments et examens en rapport avec l'affection et remboursés à 100 % et ceux liés à d'autres maladies, remboursés aux taux habituels.

Elle se compose de 2 parties :

The image shows a standard French medical prescription form titled 'Ordonnance bizonne'. It is divided into two main sections, each marked with a large blue circle containing a white number. Section 1 is the top part, and section 2 is the bottom part. The form includes fields for patient information, medication details, and a section for the physician's signature and stamp. The text 'Prescriptions relatives à l'affection de longue durée' is visible at the top of section 1.

① une **partie haute**, exclusivement réservée aux **soins en rapport avec l'affection de longue durée**, pris en charge à 100 % (médicaments, examens biologiques et radiologiques, soins infirmiers et de kinésithérapie, dispositifs médicaux, etc.) ;

② une **partie basse**, réservée aux **soins sans rapport avec l'affection de longue durée**, remboursés aux taux habituels.

Le remboursement des soins est toujours établi sur la base du tarif de la Sécurité sociale, et non sur la base des frais médicaux réels.

Ce qui signifie que pour les soins en rapport avec une ALD, le remboursement est effectué à 100 % sur la base du tarif de la Sécurité sociale.

Pour les soins sans rapport avec l'ALD, ce sont les taux de remboursement habituels qui sont pratiqués (dans le cadre du parcours de soins) :

- **70 %** du tarif de la Sécurité sociale pour les consultations et examens radiologiques ;
- **65 %** pour les médicaments à service médical rendu majeur ou important ;
- **30 %** pour les médicaments à service médical rendu modéré et certaines préparations magistrales ;
- **15 %** pour les médicaments à service médical rendu faible ;
- **60 %** pour les soins infirmiers, actes de kinésithérapie et examens biologiques...

La feuille de soins

- Pour les soins en rapport avec l'ALD :

La feuille de soins comporte plusieurs éléments spécifiques aux ALD, que le médecin doit remplir :

- la case « acte conforme au protocole ALD », qu'il coche après avoir pris connaissance du protocole,
- la case « accès direct spécifique » si l'assuré consulte directement un médecin spécialiste mentionné dans le protocole de soins, sans passer par le médecin traitant,
- la ligne « nom et prénom du médecin traitant », si le médecin consulté n'est pas le médecin traitant et que sa spécialité figure sur le protocole de soins ;
- Pour les soins sans rapport avec l'ALD :
Dans la rubrique « prise en charge des soins », sur la ligne « exonération du ticket modérateur » le médecin coche « non ».

Non remboursé

La prise en charge à 100 % ne concerne pas :

- les dépassements d'honoraires facturés par les professionnels de santé ;
- les dispositifs médicaux : la différence entre le tarif remboursé par l'Assurance maladie et le prix pratiqué par le fournisseur (prix de vente) ;

- La participation de 1 euro, déduite automatiquement des remboursements et la franchise médicale de 0,50 € ;
- le forfait hospitalier, c'est-à-dire la participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien pour toute hospitalisation de plus d'une journée ;
- les actes et prestations non prévus au remboursement (médicament non inscrit sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, par exemple).

La part non remboursée par l'Assurance maladie est à la charge de l'assuré. Elle peut éventuellement être remboursée, partiellement ou totalement, par un contrat de complémentaire santé.

2.8 La protection universelle maladie

La protection universelle maladie (PUMA) a été mise en place le 1er janvier 2016 par l'article 59 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016. Elle vise notamment à **garantir un droit au remboursement des soins** de manière **continue**, sans que les changements familiaux, professionnels ou de résidence de l'assuré n'affectent ce droit. Elle a donc été créée dans un souci de simplification des conditions d'ouverture d'un droit à la prise en charge des frais de santé des ressortissants de régimes d'assurance maladie de base français.

La PUMA s'inscrit dans la continuité de la « CMU de base » qu'elle vient supprimer.

2.8.1 OUVERTURE DES DROITS POUR LES FRAIS DE SANTÉ

Affiliation

Toute personne qui travaille ou réside en France bénéficie d'un droit à la prise en charge des frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie.

- Critère d'activité professionnelle
- Critère de résidence stable et régulière en France :

- stabilité de résidence :

Résider en France métropolitaine, dans un département d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion) ou à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

- régularité de résidence :

Justifier, pour les personnes de nationalité étrangère (hors Union européenne/Espace économique européen), qu'elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France.

- Autre cas où l'affiliation à la PUMA s'applique : les assurés qui travaillent à l'étranger restent soumis à la loi de Sécurité sociale française en application des règlements européens ou des conventions internationales (c'est notamment le cas des détachés).

Il suffit de remplir un formulaire Cerfa « Demande d'ouverture de droits à l'assurance maladie » accompagné le cas échéant des pièces justificatives prévues dans la notice et demandées en fonction de la situation de la personne, puis d'adresser le tout à la caisse d'affiliation.

Cotisations et prise en charge des soins

Les conditions d'ouverture du droit à la prise en charge des frais de santé sont simplifiées. Les anciennes conditions d'ouverture de droit aux prestations en nature sont supprimées. Ainsi, une personne affiliée sur critère d'activité bénéficie de cette prise en charge dès la première heure travaillée sans avoir à justifier d'un nombre d'heures de travail effectuées sur une période déterminée.

Aujourd'hui la cotisation d'assurance maladie pour la couverture santé des personnes en activité est à la charge exclusive de l'employeur (depuis janvier 2018 suppression de la part salariale).

Si l'assuré est affilié à la PUMA sur critère de résidence, il peut aussi être redevable d'une cotisation subsidiaire d'assurance maladie sous réserve des conditions suivantes :

- Si ses revenus du capital sont supérieurs à 25 % du PASS, soit 10 284 € (valeur 2021) et
- S'il ne perçoit pas de revenus d'activité ou si ceux-ci sont inférieurs à 10 % du PASS, soit 4 113 € (valeur 2021).

Il s'agit d'une cotisation annuelle et individuelle. Au sein d'un même foyer composé de plusieurs personnes, chacune est donc susceptible d'être redevable de cette cotisation. Les informations servant à déterminer si une personne a ou non à payer cette cotisation sont issues des données transmises par l'administration fiscale sur la base des éléments de revenus pris en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu.

Le taux de la cotisation est de 8 %. Elle est assise sur l'ensemble des revenus fonciers, de capitaux mobiliers, des plus-values de cession à titre onéreux de biens ou de droits de toute nature, les bénéfices industriels et commerciaux non professionnels et les bénéfices des professions non commerciales non professionnels, retenus pour le calcul du revenu fiscal de référence. En outre, font également partie de cette assiette l'ensemble des moyens d'existence et des éléments de train de vie (avantages en nature et revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers, dont le bénéficiaire de la

Complémentaire santé solidaire a disposé, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit).

2.8.2 SUPPRESSION DU STATUT D'AYANT DROIT MAJEUR

La protection universelle maladie prévoit que toutes les personnes majeures sans activité professionnelle ont droit à la prise en charge de leurs frais de santé à titre personnel, dès lors qu'elles résident en France de manière stable et régulière. Elles n'ont plus besoin d'être rattachées à un assuré ouvrant droit. Ainsi, pour les personnes majeures, la notion d'ayant droit disparaît. La notion d'ayant droit est désormais réservée aux enfants mineurs qui n'exercent pas d'activité professionnelle.

En tant qu'assuré autonome, l'ex-ayant droit majeur pourra s'identifier avec son NIR personnel et plus avec le NIR de son ouvrant droit (il reçoit une carte Vitale avec son propre NIR) ; percevoir ses remboursements sur son propre compte bancaire (RIB personnel) ; consulter et recevoir ses décomptes de remboursements ; disposer de son propre compte ameli. L'objectif est de garantir une meilleure confidentialité des informations sur ses frais de santé.

Ainsi, les droits seront assurés en continu en cas de changement de situation personnelle (divorce, décès du conjoint...), sans rupture.

2.9 La protection sociale maladie à l'étranger

(Cf. Annexe : Pays de l'Espace économique européen)

En principe, lorsque les soins sont dispensés hors de France, ils ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie, sauf si des règlements communautaires ou des conventions bilatérales le prévoient.

Il faut donc distinguer plusieurs éléments : selon si les soins ont lieu dans un État membre de l'UE-EEE-Suisse ou dans un État hors UE-EEE-Suisse (et dans cette dernière hypothèse, si cet État est lié ou non à la France par une convention bilatérale de Sécurité sociale) ; selon la nature du séjour : séjour temporaire, séjour en vue de recevoir des soins, transfert de résidence ; selon la nature des soins : médicalement nécessaires, programmés... ; selon la situation de l'assuré : détaché, pensionné, étudiant...

Règles générales de prise en charge des soins reçus en UE-EEE-Suisse

Les règles de prise en charge sont régies par les règlements communautaires (règlement de base 883/2004 et son règlement d'application 987/2009) et la Directive 2011/24/UE transposée en droit interne aux articles R. 160- et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Les assurés du régime français se font rembourser par l'Assurance maladie les soins qu'ils ont reçus dans un autre État membre de l'UE-EEE-Suisse, dès lors que ces soins s'avèrent médicalement nécessaires.

Lorsqu'ils ont eu à faire l'avance des frais, à leur retour en France, ils présentent à leur caisse d'affiliation les factures acquittées et les justificatifs de paiement correspondant aux frais exposés. Le remboursement s'effectue au choix de l'assuré : soit selon les tarifs de l'État de séjour, soit selon les tarifs français, mais toujours dans la limite des dépenses engagées.

Lorsque les assurés souhaitent se déplacer dans le but de recevoir un certain type de soins, la prise en charge des soins est soumise à autorisation préalable de leur caisse d'affiliation. Lorsqu'ils ont eu à faire l'avance des frais, le remboursement s'effectue selon les mêmes modalités que pour la prise en charge des soins médicalement nécessaires. Ces soins dits « programmés » sont des soins qui requièrent au moins une nuit dans un établissement de soins (soins hospitaliers) et/ou nécessitent le recours aux infrastructures ou aux équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux, qui figurent sur la liste fixée par un arrêté du 27 mai 2014.

Enfin, lorsque les assurés souhaitent se déplacer dans le but de recevoir des soins qui n'entrent pas dans la catégorie des soins soumis à autorisation préalable de leur caisse d'affiliation, alors le remboursement s'effectuera uniquement sur la base des tarifs français (dans les mêmes conditions que si les soins avaient été reçus en France, sous réserve que leur prise en charge soit prévue par la réglementation française). Les assurés peuvent ainsi, par exemple, consulter un professionnel de santé en Belgique et acheter les médicaments prescrits en Allemagne et, à leur retour en France, présenter à leur caisse d'affiliation la facture correspondant aux frais exposés.

À noter pour ce type de soins que s'ils sont soumis à accord préalable en France, ils sont soumis à la même obligation lorsqu'ils sont réalisés à l'étranger.

Dans tous les cas précédemment visés, lorsque l'assuré n'a pas eu à faire l'avance des frais, la prise en charge des soins passe par un système de remboursement entre États membres (dettes et créances internationales).

Règles générales de prise en charge des soins reçus hors UE-EEE-Suisse

Les règles de prise en charge sont régies par les accords ou conventions bilatérales de Sécurité sociale lorsqu'elles existent.

En outre, les assurés peuvent se faire rembourser selon des forfaits de prise en charge s'ils sont tombés malades inopinément dans l'État en question, mais toujours dans la limite du tarif de remboursement français (il s'agit d'une possibilité et non d'une obligation).

À titre exceptionnel et après accord du service médical, les assurés peuvent aussi se faire rembourser selon ces mêmes forfaits s'ils ont établi qu'ils ne pouvaient recevoir en France les soins appropriés à leur état (soins programmés).

En règle générale, les assurés doivent faire l'avance des frais.

À noter : à la suite de la ratification, le 24 décembre 2020, de l'accord de commerce et de coopération entre le Royaume-Uni et l'UE, de nouvelles dispositions sont applicables.

À compter du 1^{er} janvier 2021, le Brexit entrant pleinement en vigueur, les citoyens de l'UE travaillant ou résidant au Royaume-Uni ainsi que les ressortissants britanniques installés en France antérieurement à cette date (donc jusqu'au 31 décembre 2020) bénéficieront d'un maintien des droits acquis, notamment en matière de situation transfrontalière temporaire, de prestations familiales...

En revanche, les citoyens français s'installant au Royaume-Uni ainsi que les ressortissants britanniques débutant une activité professionnelle ou s'installant en France à compter du 1^{er} janvier 2021, ne sont pas couverts par l'accord de retrait et seront soumis au régime applicable aux ressortissants d'États tiers.

Exemples de situations d'assurés

Travailleurs frontaliers :

Le travailleur frontalier est tout salarié ou non-salarié qui a sa résidence sur le territoire d'un État membre, où il retourne en principe chaque jour, ou au moins une fois par semaine, et qui travaille sur le territoire d'un autre État membre.

En principe, la loi applicable au travailleur frontalier est celle de son État d'activité (comme pour les autres travailleurs) : il cotise dans le pays d'emploi et ses prestations maladie sont à la charge de son pays d'emploi.

Cas particulier de la Suisse :

De manière générale, on parle de « frontalier suisse » pour désigner la personne qui travaille en Suisse (ou titulaire d'une pension/rente suisse) et réside en France.

Le travailleur frontalier suisse bénéficie d'un droit d'option : il a la possibilité d'être affilié au régime obligatoire français plutôt qu'au régime obligatoire suisse (LaMAL), il dispose d'un délai de 3 mois à compter de sa prise d'emploi en Suisse ou de sa domiciliation en France pour exercer son droit (sinon il est obligatoirement affilié au régime suisse) ; son choix est définitif.

Si le frontalier suisse opte pour LaMAL, alors ses soins seront pris en charge exclusivement par l'Assurance maladie suisse selon la réglementation en vigueur en Suisse.

S'il opte pour l'Assurance maladie française, alors ses soins seront pris en charge par la CPAM de son lieu de résidence moyennant le paiement d'une cotisation.

À noter que les prestations au titre des accidents du travail, maladies professionnelles, invalidité ou des indemnités journalières (maladie/maternité) relèvent obligatoirement du régime de Sécurité sociale suisse.

Détachés

Est détaché le travailleur maintenu au régime français de Sécurité sociale, qui va, durant un temps déterminé, exercer son activité professionnelle à l'étranger.

En matière de protection sociale, la durée maximale d'un détachement est limitée à 24 mois, s'il a lieu dans un État membre de l'UE-EEE-Suisse.

Les durées maximales de détachement sont prévues par les conventions bilatérales de Sécurité sociale si celles-ci le prévoient, ou alors si la situation ne relève pas des règlements européens ou des accords bilatéraux de Sécurité sociale, la durée maximale du détachement est de 3 ans renouvelable une fois.

Les conditions du détachement sont définies dans les règlements communautaires et les conventions bilatérales. De manière générale, il doit s'agir d'un salarié recruté par un employeur ayant son siège social en France, envoyé à l'étranger, dont le lien de subordination avec son employeur en France est maintenu et dont l'employeur a opté pour le détachement.

Le collaborateur détaché reste affilié au régime français. L'employeur continue de cotiser obligatoirement à tous les risques.

Lorsque le détachement a lieu dans un État hors UE-EEE-Suisse qui n'est pas lié à la France par une convention bilatérale de Sécurité sociale, l'employeur ne sera pas dispensé du paiement des cotisations locales qui peuvent exister dans le pays, si ce pays l'exige : il pourra donc y avoir une double cotisation.

Plusieurs cas sont possibles :

- **Une personne détachée dans un pays de l'UE-EEE-Suisse**

Il faut distinguer selon si la personne est en séjour temporaire ou a transféré sa résidence.

Si elle est en séjour temporaire, elle doit présenter une carte européenne d'assurance maladie (CEAM) – ou un certificat provisoire de remplacement – qui lui permet d'avoir accès aux prestataires de soins de l'autre État membre.

La prise en charge des prestations liées aux soins médicalement nécessaires reçus dans l'État de séjour s'effectue dans les mêmes conditions que les assurés dudit État. La personne peut donc faire l'avance des frais. Elle peut demander le remboursement à la caisse du lieu de séjour, qui s'effectuera selon sa propre législation. Si la personne a eu à faire l'avance des frais, elle peut demander le remboursement à son retour en France à sa caisse d'affiliation dans les conditions énoncées plus haut (« Règles générales de prise en charge des soins reçus en UE-EEE-Suisse »).

Si la personne a transféré sa résidence dans l'État de détachement, elle doit présenter le formulaire S1 « Inscription en vue de bénéficier de prestations de l'assurance maladie » qui lui aura été délivré par la caisse française pour pouvoir s'inscrire auprès de la caisse de résidence. La prise en charge des prestations s'effectue également par cette caisse selon sa propre législation.

- **Une personne détachée dans un pays ayant conclu une convention bilatérale avec la France**

La durée du détachement est propre à chaque convention. Il en va de même pour les modalités de prise en charge.

Les frais engagés seront remboursés par la caisse du pays de détachement sur présentation du formulaire conventionnel spécifique. À défaut de prise en charge, la caisse française remboursera après contrôles.

Les mécanismes de prise en charge sont proches de ceux existants pour les règlements communautaires (transfert de résidence ou pas, présentation d'un formulaire attestant de l'ouverture de droits, avance des frais ou pas, remboursements entre États).

- **Une personne détachée dans un pays n'entrant pas dans le champ des règlements communautaires ou d'un accord avec la France**

Le salarié reste soumis au régime français de Sécurité sociale. Cependant la durée maximale du détachement est de 3 ans renouvelable 1 fois.

L'assuré est remboursé par la caisse française à son retour sur présentation des factures acquittées et des justificatifs de paiement.

Étudiants

SITUATION	TYPE DE SÉJOUR	ÉTAT DE SOINS	NATURE DES SOINS	MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE
ÉTUDIANT	Séjour temporaire	UE-EEE-Suisse	Soins médicalement nécessaires (ou soins inopinés)	S'il a fait l'avance des frais : prise en charge dans la limite des dépenses engagées par l'assuré, sur la base des : - tarifs de l'État de soins - tarifs français = choix de l'assuré pour la base tarifaire de remboursement S'il n'a pas fait l'avance des frais : prise en charge dans les mêmes conditions que les assurés du régime étranger.
ÉTUDIANT	Transfert de résidence	UE-EEE-Suisse	Soins médicalement nécessaires (ou soins inopinés)	Pas de prise en charge RO Affiliation au régime d'assurance maladie de l'État d'études ou à défaut souscrire une assurance maladie privée/CFE.
ÉTUDIANT ET TRAVAILLANT DANS L'ÉTAT OÙ IL POURSUIT SES ÉTUDES	Séjour temporaire ou transfert de résidence	UE-EEE-Suisse	Soins médicalement nécessaires (ou soins inopinés)	Pas de prise en charge RO Affiliation au régime d'assurance maladie de l'État d'études en sa qualité de travailleur
ÉTUDIANT	Séjour temporaire (< 6 mois)	Hors UE-EEE-Suisse	Soins inopinés	Possible prise en charge RO sur une base forfaitaire à partir des nomenclatures françaises, dans la limite de ce qui aurait été alloué si les soins avaient été reçus en France. Il est toutefois conseillé à l'étudiant de souscrire une assurance privée afin d'éviter de faire face à des restes à charge trop importants.
ÉTUDIANT < 20 ANS = MAINTIEN DE LA QUALITÉ DE MEMBRE DE FAMILLE	Transfert de résidence (> 6 mois)	Hors UE-EEE-Suisse	Soins inopinés	Possible prise en charge RO sur une base forfaitaire à partir des nomenclatures françaises, dans la limite de ce qui aurait été alloué si les soins avaient été reçus en France. Il est toutefois conseillé à l'étudiant de souscrire une assurance privée afin d'éviter de faire face à des restes à charge trop importants.
ÉTUDIANT > 20 ANS	Transfert de résidence (> 6 mois)	Hors UE-EEE-Suisse	Soins inopinés	Pas de prise en charge RO Affiliation au régime d'assurance maladie de l'État d'études ou à défaut souscrire une assurance maladie privée/CFE.

N.B. : Étudiant dans un État hors UE-EEE-Suisse lié à la France par une convention bilatérale de Sécurité sociale (Québec, Andorre), il convient de se référer à la convention pour connaître des dispositions particulières de prise en charge.

Vacances à l'étranger :

- **Les vacances en Europe**

Comme il s'agit d'un séjour temporaire, les modalités de prise en charge sont les mêmes que celles énoncées précédemment pour les détachés (présentation de la CEAM, et si avance des frais, factures acquittées et justificatifs de paiement à présenter à sa caisse d'affiliation au retour).

- **Les vacances hors de l'Europe**

Si l'État est lié à la France par un accord bilatéral de Sécurité sociale, c'est la convention qui définit les personnes visées et les règles de couverture (risques couverts et conditions de prise en charge). Il est donc possible d'avoir une prise en charge sur place par la caisse de séjour sur présentation d'un formulaire conventionnel spécifique (comme pour la CEAM en UE). Si l'État n'est pas lié à la France par une convention bilatérale de Sécurité sociale, la prise en charge sur place n'est pas possible.

Dans tous les cas, les assurés pourront tout de même se faire rembourser selon des forfaits de prise en charge s'ils sont tombés malades inopinément dans l'État en question, mais toujours dans la limite du tarif de remboursement français (cf. « Règles générales de prise en charge des soins reçus hors UE-EEE-Suisse »).

La carte européenne d'assurance maladie (CEAM)

Il convient d'en faire la demande auprès de la caisse d'assurance maladie dont relève l'assuré soit sur place, soit par téléphone ou sur ameli.fr

Si la carte ne peut pas être délivrée avant le départ, un certificat provisoire de remplacement valable 3 mois peut être remis.

La CEAM est individuelle, nominative, gratuite et valable 2 ans.

Chaque membre de la famille doit donc avoir sa propre carte.

Les autres formulaires attestant des droits à l'assurance maladie

En UE-EEE-Suisse, la CEAM permet d'attester des droits à l'Assurance maladie, lorsque la personne est en séjour temporaire dans l'autre État.

Le document portable S1 permet d'attester des droits à l'Assurance maladie lorsque la personne a transféré sa résidence dans l'autre État.

Le formulaire S2 « Droit aux soins médicaux programmés » a remplacé l'ancien formulaire E 112. Enfin il existe le formulaire S3 « Droit aux soins médicaux destinés à un ancien travailleur frontalier dans l'État d'activité ».

En plus d'attester des droits à l'Assurance maladie, ces formulaires sont utilisés pour les échanges entre les institutions de Sécurité sociale des différents États membres. Néanmoins, la décision CE n° E1 du 12 juin 2009 qui prévoyait la modernisation de la coordination entre les institutions de Sécurité sociale des États membres va conduire à la mise en œuvre de véritables échanges dématérialisés avec EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information), ce qui mettra fin aux anciens (E...) et nouveaux formulaires (S.).

2.10 Complémentaire santé solidaire

2.10.1 HISTORIQUE

27 JUILLET 1998

Loi contre l'exclusion.

SEPTEMBRE 1998

Jean-Claude Boulard remet un rapport à Lionel Jospin sur l'instauration d'une couverture maladie universelle.

27 JUILLET 1999

Vote par le Parlement de la Loi de création de la CMU, à l'initiative de Martine Aubry.

DÉCEMBRE 1999

Publication progressive des textes réglementaires.

15 DÉCEMBRE 1999

Premières inscriptions.

Les bénéficiaires du RMI et de l'aide médicale départementale ainsi que les assurés personnels affiliés à la CMU de base voient leurs droits transférés automatiquement dans le dispositif CMU.

1^{ER} JANVIER 2000

Entrée en vigueur de la CMU.

31 MARS 2000

La liste des organismes complémentaires qui souhaitent participer à la CMU complémentaire est close : mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance.

JUILLET 2000

4,3 millions de personnes bénéficient de la CMU complémentaire.

OCTOBRE 2000

Le renouvellement des droits des anciens titulaires de l'aide médicale est reporté par décision ministérielle au 30 juin 2001.

1^{ER} JANVIER 2001

Premier anniversaire de la CMU. Environ 4,7 millions de personnes en bénéficient (régime général).

JUIN 2001

Renouvellement des droits des anciens titulaires de l'aide médicale.

Les personnes, dont les droits ont été transférés automatiquement en décembre 1999, renouvellent leurs droits et choisissent l'organisme de gestion de leur complémentaire (mutuelle, société d'assurance, institution de prévoyance ou caisse d'assurance maladie).

15 JANVIER 2002

Maintien du tiers payant sur la partie régime obligatoire pendant un an pour toutes les personnes sortant du dispositif CMU-C.

31 AOÛT 2003

Près de 4,1 millions de personnes bénéficient de la couverture complémentaire CMU. 23 % d'entre elles bénéficient également de l'affiliation à la CMU « de base » sur critère de résidence pour la partie régime obligatoire.

1^{ER} NOVEMBRE 2019

La Complémentaire santé solidaire (CSS) remplace les dispositifs de CMU-C et ACS.

2.10.2 LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE AVEC OU SANS PARTICIPATION FINANCIÈRE

La Complémentaire santé solidaire facilite l'accès aux soins des personnes aux faibles ressources et résidant en France (métropolitaine ou départements d'outre-mer sauf Mayotte) de façon stable et régulière. Les soins sont pris en charge à 100 % sans avance de frais, y compris pour la part non remboursée par la Sécurité sociale. En outre la participation forfaitaire d'un euro n'est pas à payer.

Qui peut en bénéficier ?

Tous les membres du foyer ont droit à la CSS : conjoint(e), concubin(e) ou partenaire dans le cadre d'un pacte civil de Solidarité (PACS) et les personnes à charge de moins de 25 ans.

Deux conditions à respecter :

- bénéficier de la prise en charge des frais de santé par la protection universelle maladie (voir chapitre PUMA) ;
- le revenu mensuel du foyer ne dépasse pas un montant maximum.

Quels sont les droits ?

La Complémentaire santé solidaire peut être avec ou sans participation financière. Elle est renouvelable à la demande chaque année, à condition de toujours remplir les critères de résidence et de ressources.

Avec la CSS, l'assuré ne paie plus les dépenses chez le médecin, à la pharmacie, dans un laboratoire, à l'hôpital, chez le dentiste, etc. Sous certaines conditions, il ne paie plus les prothèses (couronnes, etc.) et les appareils dentaires, les équipements optiques.

Pour la demande de prise en charge de certaines prothèses (auditives, couronnes dentaires) ou de lunettes, un devis est à transmettre à sa caisse d'assurance maladie.

La Complémentaire santé solidaire présente plusieurs avantages :

- **la prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier ;**
- **la prise en charge des dépassements de tarifs** (au-delà du ticket modérateur) pour les lunettes, prothèses auditives et appareils dentaires, dans la limite d'un certain montant ;

- **la dispense d'avance de frais** pour tous les soins sur présentation de la carte Vitale (ou de l'attestation de droit à la CSS) **et du paiement des franchises ainsi que de la participation forfaitaire de 1 euro ;**
- **la possibilité de bénéficier de certaines réductions ou de gratuité** (transports en commun, gaz, électricité).

Si les ressources mensuelles du foyer dépassent, dans la limite de 35 %, le plafond pour l'attribution de la CSS gratuite, il est possible de demander la Complémentaire santé solidaire avec contribution financière.

Le respect du parcours de soins

Comme tous les autres assurés, l'assuré en CSS doit respecter le parcours de soins coordonnés. Cependant, il est exonéré de la participation forfaitaire de 1 euro.

S'il ne respecte pas le parcours de soins (par exemple, s'il n'a pas déclaré de médecin traitant ou s'il consulte un médecin sans être orienté par son médecin traitant), une majoration du ticket modérateur peut lui être appliquée.

Plafond des ressources du foyer au 1^{er} avril 2020

Les ressources prises en compte pour le calcul de la Complémentaire santé solidaire sont celles des douze mois civils précédant la demande. Ainsi, pour une demande effectuée en juillet 2020, l'assuré doit mentionner ses ressources perçues du 1^{er} juillet 2019 au 30 juin 2020.

Un forfait logement peut être appliqué pour certaines situations ; il est alors ajouté aux ressources.

Plafond maximum de ressources pour l'attribution de la CSS sans participation financière

NOMBRE DE PERSONNES COMPOSANT LE FOYER	MONTANT DU PLAFOND ANNUEL EN FRANCE MÉTROPOLITAINE	MONTANT DU PLAFOND ANNUEL DANS LES DOM (HORS MAYOTTE)
1 PERSONNE	9 032 €	10 052 €
2 PERSONNES	13 547 €	15 078 €
3 PERSONNES	16 257 €	18 094 €
4 PERSONNES	18 966 €	21 109 €
5 PERSONNES	22 579 €	25 130 €
AU-DELÀ DE 5 PERSONNES, PAR PERSONNE SUPPLÉMENTAIRE	+ 3 612,62 €	+ 4 020,85 €

Plafond maximum de ressources pour l'attribution de la CSS avec participation financière

NOMBRE DE PERSONNES COMPOSANT LE FOYER	MONTANT DU PLAFOND ANNUEL EN FRANCE MÉTROPOLITAINE	MONTANT DU PLAFOND ANNUEL DANS LES DOM (HORS MAYOTTE)
1 PERSONNE	12 193 €	13 570 €
2 PERSONNES	18 289 €	20 356 €
3 PERSONNES	21 947 €	24 427 €
4 PERSONNES	25 604 €	28 498 €
5 PERSONNES	30 481 €	33 926 €
AU-DELÀ DE 5 PERSONNES, PAR PERSONNE SUPPLÉMENTAIRE	+ 4 877,04 €	+ 5 428,15 €

La demande

La demande peut être faite en ligne ou par courrier.

La déclaration doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives relatives à la condition de résidence, à la composition et aux revenus du foyer.

La demande de la CSS est faite pour l'ensemble du foyer : le demandeur, son conjoint, ou son concubin ou son partenaire lié par un PACS, les enfants et autres personnes à charge de moins de 25 ans.

Une demande individuelle est possible pour :

- les enfants mineurs de plus de 16 ans ayant rompu leurs liens familiaux ;
- les enfants majeurs (entre 18 et 25 ans) sous certaines conditions ;
- les mineurs de moins de 16 ans qui relèvent de l'Aide sociale à l'enfance ou de la Protection judiciaire de la jeunesse ;
- les conjoints séparés.

Choisir l'organisme complémentaire

La Complémentaire santé solidaire peut être gérée par la caisse d'assurance maladie ou un organisme complémentaire inscrit sur une liste nationale : mutuelle, entreprise régie par le Code des assurances ou institution de prévoyance. L'assuré est libre de choisir.

Caisse d'Assurance maladie ou organisme complémentaire ?

Les prestations accordées au titre de la CSS sont identiques, quel que soit l'organisme choisi.

L'assuré choisit sa caisse d'assurance maladie comme prestataire de sa Complémentaire santé solidaire : il y a une unité de gestion (guichet unique) entre sa protection sociale de base et sa protection complémentaire.

L'assuré choisit un organisme complémentaire si ses droits à la CSS ne sont pas renouvelés l'année suivante, en raison d'un dépassement du plafond des ressources. Il bénéficie alors avec son foyer d'une année de prolongation auprès du même organisme, avec les mêmes prestations et pour une cotisation à tarif privilégié.

Si l'assuré a déjà un contrat auprès d'un organisme complémentaire figurant sur la liste des organismes participant à la CSS, il doit le mentionner afin de conserver cet organisme et de transformer son contrat existant en contrat CSS avec ou sans participation financière.

Si l'assuré a un contrat auprès d'un organisme complémentaire ne figurant pas sur la liste des organismes gestionnaires, il doit choisir un autre organisme afin de ne plus payer de cotisations. Dès obtention de sa CSS, il peut procéder à la résiliation de son ancien contrat.

Ouverture de droits à la CSS

Après acceptation de la demande, la caisse d'assurance maladie adresse à l'assuré une attestation de droits à la Complémentaire santé solidaire. La carte Vitale doit être mise à jour.

Les droits à la CSS sans participation financière sont ouverts pour un an, à partir du premier jour du mois suivant la date de décision de la caisse d'assurance maladie, quelle que soit l'évolution de la situation. Par exemple, si la décision d'attribution de la CSS est datée du 7 novembre 2020, les droits à la CSS sont ouverts à compter du 1^{er} décembre 2020 et jusqu'au 30 novembre 2021. L'ouverture des droits pour la CSS avec participation financière est identique, sous réserve de paiement.

Dans certains cas (urgence, hospitalisation), l'admission peut prendre effet au jour de la demande ou, en cas d'hospitalisation, avec effet rétroactif de deux mois maximum.

Le renouvellement des droits

Le renouvellement des droits n'est pas automatique : l'assuré doit veiller à remplir une nouvelle demande dans les deux mois précédant la fin de ses droits.

2.10.3 L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

L'aide médicale de l'État (AME) permet l'accès aux soins aux étrangers en situation irrégulière ; elle s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions. Elle est attribuée sous conditions de résidence stable et de ressources.

Si l'intéressé ne peut bénéficier de l'AME parce qu'il ne remplit pas une ou plusieurs des conditions d'attribution décrites ci-dessous, il peut, sous certaines conditions, bénéficier d'une prise en charge au titre des soins urgents.

L'AME peut aussi être accordée, exceptionnellement, à titre humanitaire, pour ceux qui ne résident pas habituellement en France.

L'AME est attribuée sans condition aux mineurs dont les parents sont en situation irrégulière, même lorsque ces derniers n'en bénéficient pas encore.

Qui peut bénéficier de l'AME ?

Un étranger, résidant en France (métropolitaine ou dans un département d'outre-mer hors Mayotte) de manière irrégulière à la suite de l'expiration de son visa ou de son titre de séjour, de manière ininterrompue depuis plus

de 3 mois et disposant de ressources ne dépassant pas un certain plafond (le même que celui de la Complémentaire santé solidaire) peut bénéficier de l'AME.

Si le demandeur a des personnes à charge, elles peuvent aussi bénéficier de l'AME. Les personnes à sa charge peuvent être :

- son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- ses enfants (moins de 16 ans, au-delà et jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent des études).

Les membres de la famille résidant à l'étranger et en visite en France n'ont pas le droit à l'AME au titre de personnes à charge. Mais ils peuvent demander l'AME à titre humanitaire, en cas de nécessité, ou *via* un dispositif de soins internationaux, si un accord existe entre le pays d'origine et la France.

Si le demandeur étranger est retenu, maintenu ou en instance de reconduite à la frontière dans un centre de rétention administrative (CRA), il peut être admis à l'AME pour bénéficier de soins à l'hôpital si son état de santé le nécessite.

Articulation entre L'AME, la PUMA et la CSS

Si la personne est admise à l'AME et que, par la suite, sa situation de séjour en France se régularise, elle bénéficiera de l'assurance maladie :

- soit parce qu'elle travaille ;
- soit par la protection universelle maladie (PUMA).

Elle pourra aussi bénéficier, sous conditions de ressources, de la CSS.

À l'inverse, si la personne est bénéficiaire de la PUMA au titre de son activité ou de sa résidence, et qu'il est constaté qu'elle n'est plus en situation régulière au regard de la législation sur le séjour en France, elle peut bénéficier d'un maintien de droits d'un an pour la prise en charge de ses frais de santé. Il en va de même pour ses droits à la CSS si elle en bénéficiait, mais dans la limite du maintien des droits de base.

Les plafonds de ressources

Les ressources des 12 mois qui précèdent la demande ne doivent pas dépasser un plafond défini en fonction de la composition du foyer et du lieu de résidence (chiffres au 1^{er} avril 2020).

NOMBRE DE PERSONNES COMPOSANT LE FOYER	MONTANT DU PLAFOND ANNUEL EN FRANCE MÉTROPOLITAINE	MONTANT DU PLAFOND ANNUEL DANS LES DOM
1 PERSONNE	9 032 €	10 052 €
2 PERSONNES	13 547 €	15 078 €
3 PERSONNES	16 257 €	18 094 €
4 PERSONNES	18 966 €	21 109 €
5 PERSONNES	22 579 €	25 130 €
AU-DELÀ DE 5 PERSONNES, PAR PERSONNE SUPPLÉMENTAIRE	+ 3 612,62 €	+ 4 020,85 €

La demande d'AME

La demande d'aide se fait soit directement en ligne en téléchargeant le formulaire et les justificatifs, soit auprès de la caisse d'assurance maladie de son lieu de résidence.

Il est possible d'être assisté par l'un des organismes habilités : le centre communal d'action sociale, les services sanitaires et sociaux...

La demande d'AME est acceptée :

La personne est convoquée pour retirer, auprès de sa caisse d'assurance maladie, sa carte d'admission à l'AME, sur laquelle figure sa photo. La carte permet alors de bénéficier de la dispense d'avance de frais auprès des professionnels de santé et de faire valoir ses droits valables un an. Le renouvellement de la carte n'est pas automatique. Il convient de déposer une nouvelle demande d'AME dans les deux mois précédant l'expiration des droits (si les conditions restent identiques).

Les soins médicaux et hospitaliers (dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale) sont pris en charge à 100 %. Les dispositifs du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés ne s'appliquent pas.

La prise en charge des soins au titre de l'AME débute à compter du jour du dépôt du dossier et pendant un an à compter de cette date. Toutefois, en cas d'hospitalisation ou de soins non urgents avant la demande, la prise en charge peut être accordée rétroactivement à compter du jour d'entrée dans

l'établissement de santé ou à la date de début des soins, à condition que la demande soit déposée dans les 90 jours suivant la date d'entrée dans l'établissement de santé ou la date des soins.

La prise en charge de certains frais de santé pour les personnes majeures, hors soins urgents, est conditionnée au bénéfice de l'AME depuis 9 mois pour tout nouveau bénéficiaire ou pour ceux qui n'ont pas bénéficié de l'AME depuis plus d'un an.

Par dérogation, si ces soins non pris en charge pendant ce délai sont susceptibles d'avoir « des conséquences vitales ou graves et durables sur l'état de santé de la personne », il est alors possible de bénéficier de leur prise en charge sur accord préalable du service de contrôle médical (en cas d'absence de réponse dans les 15 jours suivant la demande, celle-ci est réputée acceptée).

La demande d'AME est refusée :

Si aucune réponse n'a été apportée par l'Assurance maladie dans un délai de deux mois suivant la demande, c'est qu'elle est refusée.

L'intéressé dispose alors de deux mois pour déposer un recours gracieux auprès de la caisse d'assurance maladie et/ou faire un recours contentieux devant la Commission départementale d'aide sociale.

Les soins urgents :

Si la personne en situation irrégulière n'est pas admise à l'AME, elle peut bénéficier d'une prise en charge de ses soins urgents à l'hôpital (hospitalisation ou consultation en établissement de santé).

L'Assurance maladie prend alors en charge l'intégralité des soins urgents pratiqués dans un établissement de santé, y compris les médicaments prescrits par le médecin de l'établissement, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale. La personne bénéficie également de la dispense totale d'avance des frais pour ces soins.

2.11 Les prestations supplémentaires et les aides financières

Les prestations supplémentaires et les aides financières n'existent que dans le régime général et le régime agricole.

Au régime agricole, pour les salariés, on parle de versement d'aides financières. Pour les non-salariés, le FAMEXA (fonds social de l'AMEXA géré par la MSA) attribue des prestations extra-légales qui ne sont autres que les prestations non prises en charge au titre des prestations légales.

Au régime général, au-delà des prestations légales, les CPAM peuvent attribuer :

- des prestations supplémentaires ;
- des aides financières.

Ceci entre dans le cadre de leur budget d'action sanitaire et sociale et est destiné aux bénéficiaires de l'assurance maladie, assurés et ayants droit.

Ces prestations, dont l'assuré peut bénéficier sous certaines conditions de ressources, sont attribuées par la Commission déléguée du Conseil de la Caisse d'assurance maladie. S'agissant de prestations extra-légales, aucun recours n'est possible.

L'octroi de cette aide doit être lié aux dépenses causées par une maladie, une maternité, un accident du travail et à leurs conséquences directes dans le foyer intéressé.

Les exemples ci-dessous ne concernent que le régime général.

- Frais hospitaliers
- Prothèses dentaires
- Frais d'optique
- Prothèses auditives
- Traitement orthodontique
- Supplément forfait hébergement cure thermique
- Frais de transport
- Séjours spécialisés
- Séances de psychomotricité
- Autres fournitures diverses (nutriments spécifiques, prothèses médicales...)
- Pertes de ressources en cas d'arrêt de travail à la suite d'une maladie
- Dette de loyer à la suite d'un arrêt maladie

L'arrêt maladie

Il s'agit de l'attribution de moyens d'existence à l'assuré privé de son salaire par suite de maladie.

Les prestations en espèces, ou « indemnités journalières » constituent un revenu de remplacement ne pouvant être versé qu'aux seuls salariés ou artisans, commerçants.

L'indemnisation de l'arrêt de travail n'est pas totale mais partielle.

Les indemnités journalières sont proportionnelles aux revenus et sont déterminées à partir des revenus échus ou dus avant l'arrêt de travail dans la limite d'un plafond.

3



3.1 Prestations en espèces pour les salariés du régime général et agricole

3.1.1 CONDITIONS D'ATTRIBUTION

Médicale

Lorsque l'état de santé le nécessite, il appartient au médecin traitant de délivrer une prescription médicale d'arrêt de travail. Il s'agit d'un acte médical engageant la responsabilité du praticien ne devant être prescrit que s'il est nécessaire à l'amélioration de l'état de santé du patient.

Sa durée est définie par le médecin, en fonction de l'état de santé du patient, de sa situation personnelle et professionnelle.

À cet effet, le médecin doit signer l'arrêt de travail ou de prolongation que l'assuré doit envoyer à sa caisse et à son employeur dans les 48 heures (dans la majorité des cas, le travailleur n'a que la partie employeur à transmettre, le médecin se chargeant généralement de l'envoi de l'exemplaire à destination de la caisse).

Remarque : depuis la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, l'article L.161-35 du Code de la Sécurité sociale dispose que les professionnels de santé et les centres de santé mentionnés sont tenus d'assurer, pour les bénéficiaires de l'Assurance maladie, la transmission électronique des documents servant à la prise en charge des soins, produits ou prestations remboursables par l'Assurance maladie, sous peine de sanction conventionnelle pour le praticien.

Administrative

Il importe que l'arrêt de travail soit effectivement constaté pour permettre le versement des indemnités journalières. Celles-ci étant destinées à compenser la perte de salaire résultant de l'interruption d'activité, l'employeur doit attester que le salarié a bien cessé de travailler.

Sur l'imprimé, le médecin doit notamment indiquer la date du dernier jour de travail, le motif de l'arrêt, la date de reprise de travail ou la prolongation de l'arrêt de travail.

Les obligations auxquelles doit se soumettre l'assuré pendant son arrêt sont fixées aux articles L. 323-6 et R. 323-11-1 du Code de la Sécurité sociale et par le règlement intérieur des CPAM : respect des heures de sorties autorisées et des prescriptions du médecin, respect de la cessation de toute activité non autorisée, se soumettre au contrôle médical de la caisse, autorisation préalable de la caisse lorsque l'assuré quitte la circonscription, informer sans délai la caisse de toute reprise d'activité intervenant avant l'écoulement du délai de l'arrêt de travail.

3.1.2 DROITS

- Si l'arrêt est **inférieur à 6 mois**, l'assuré doit justifier :
 - soit d'avoir travaillé au moins 150 heures au cours des trois mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt de travail ;
 - soit d'avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des six mois civils précédant l'arrêt de travail.
- **Au-delà de 6 mois :**

Pour percevoir les indemnités journalières lorsque l'arrêt de travail se prolonge sans interruption au-delà du sixième mois, l'assuré doit justifier de 12 mois d'affiliation à l'Assurance maladie à la date de l'arrêt de travail et :

- soit d'avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant l'arrêt de travail ;
 - soit d'avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail.
- **Montants du SMIC :**

SMIC BRUT JANVIER 2021	MONTANT BRUT	MONTANT NET
SMIC HORAIRE	10,25 €	8,11 €
SMIC MENSUEL	1 554,58 €	1 231 €
SMIC ANNUEL	18 654 €	14 773 €

3.1.3 INDEMNISATION

Délais de carence

L'indemnité journalière n'est accordée qu'à partir du 4^e jour qui suit le point de départ de l'arrêt de travail.

Les **3 premiers jours**, qui constituent le **délai de carence**, ne sont pas indemnisés. Il est toutefois possible qu'une convention collective ou un accord d'entreprise prévoient un maintien de salaire pendant ce délai de carence. Le point de départ du délai de carence est calculé à partir de la date où sont simultanément remplies les conditions médicales et administratives.

Le délai de carence s'applique à chaque arrêt de travail, sauf dans les cas suivants :

- reprise d'activité entre 2 arrêts de travail n'ayant pas dépassé 48 heures, à condition que le deuxième arrêt soit prescrit dans le cadre d'une prolongation ;
- arrêts de travail successifs dus à une affection de longue durée (sauf au premier arrêt de la période de 3 ans) ;
- nouvel arrêt à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ;
- grossesse pathologique.

Durée d'attribution

Le nombre maximal d'indemnités journalières que peut recevoir l'assuré, pour une période quelconque de trois ans, est fixé à 360.

La durée de la reprise du travail, au-delà de laquelle le délai de trois ans court à nouveau, est de 1 an.

Règles de cumul

Les indemnités journalières peuvent se cumuler avec :

- une pension d'invalidité, lorsqu'une reprise d'activité a été autorisée ;
- une pension de vieillesse, lorsque le retraité poursuit par ailleurs une activité salariale ;
- des indemnités de congés payés ;

- un salaire, si l'employeur le maintient, en tout ou partie, pendant l'arrêt de travail.

Le cumul est impossible avec :

- les prestations de l'assurance chômage ;
- les prestations de l'assurance maternité ;
- les indemnités journalières d'accident du travail et de maladies professionnelles.

Période de référence

L'indemnité est déterminée à partir des salaires perçus dans une période donnée dite de référence précédant immédiatement l'arrêt effectif de travail. Son étendue dépend du régime applicable au travailleur.

Détermination du salaire de base

Ce salaire de base est calculé sur la moyenne des salaires des 3 derniers mois travaillés précédant l'arrêt de travail ; des salaires des 12 mois si le salarié est saisonnier ou intérimaire, plafonné à 1,8 fois le SMIC mensuel brut en vigueur, soit **2 798,24 euros bruts au 1^{er} janvier 2021**. Même si le salaire du travailleur est supérieur à cette somme, l'indemnité qu'il percevra ne pourra être supérieure à ce montant.

Calcul de l'indemnité journalière

Le salaire journalier de base

Le **salaire journalier de base (SJB)** est déterminé sur la base du montant soumis à cotisation pour les salaires perçus ou dus au cours de la période de référence (ou d'après le salaire fictif), dans la limite du plafond de cotisation d'assurance vieillesse.

Suivant la périodicité de la paie, le salaire journalier de base sera égal, à :

- **1/91,25** du total des **3 dernières paies** pour les salariés **payés au mois** ou des 6 dernières pour ceux payés par quinzaine ;
- **1/91,25** du total des **paies des 3 derniers mois** pour les salariés **payés à la journée** ;
- **1/91,25** du total des salaires des 3 derniers mois pour les salariés qui ne sont pas payés au moins une fois par mois, mais au moins une fois par trimestre ;

- **1/84** du montant des 6 ou des 12 dernières paies afférentes aux 3 mois civils antérieurs à la date de l'arrêt de travail dans le cas où le salaire est réglé toutes les 2 semaines ou chaque semaine ;
- **1/365** (au lieu de 1/360) du total des **salaires** perçus pendant **les 12 mois** précédant l'arrêt de travail en cas de **travail discontinu** ou saisonnier.

Exemple : un salarié a un salaire brut de 2 200 euros par mois. Il est en arrêt de travail à compter du 6 janvier 2021.

Le montant de ses 3 dernières paies est de 6 600 euros.

Son SJB est de : $6\,600 / 91,25 = 72,33$ euros.

L'indemnité journalière

L'indemnité journalière (IJ) est égale à 50 % du SJB.

Exemple : pour ce salarié avec un SJB de 72,33 euros.

L'indemnité journalière qui lui est versée par la Sécurité sociale correspond à 50 % de son salaire journalier, soit 36,16 euros.

Majoration

En application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020, la majoration des indemnités journalières maladie à hauteur de 66,66 % en faveur des parents de trois enfants à charge et plus lorsqu'un arrêt de travail dépassait les 30 jours est supprimée pour les arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juillet 2020.

Désormais un taux unique à 50 % s'appliquera à tous, et l'indemnité journalière ne pourra dépasser 46,00 euros en 2021, même au sein des familles nombreuses.

En revanche, le travailleur salarié justifiant au moins d'un an d'ancienneté pourra percevoir, en plus de l'indemnisation de la Sécurité sociale, un complément versé par l'employeur à compter du 8^e jour d'absence.

Ce complément est calculé sur la base de 90 % du salaire brut pendant les 30 premiers jours d'arrêt, puis 66,66 % pendant les 30 jours suivants, indemnités journalières comprises.

La durée des tranches d'indemnisation s'étend de 10 jours tous les 5 ans au-delà de 5 ans d'ancienneté minimum. Par exemple, un salarié ayant entre 6

et 10 ans d'ancienneté perçoit 90 % de sa rémunération brute les 40 premiers jours d'arrêt et 66,66 % les 40 jours suivants.

Prélèvements sociaux, impôts et retraite

La caisse d'assurance maladie verse les indemnités journalières tous les 14 jours. Elle adresse en même temps un relevé.

Les indemnités journalières sont soumises aux prélèvements sociaux de :

- 0,5 % au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- 6,2 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG).

Les indemnités journalières sont soumises à l'impôt sur le revenu, sauf si elles sont relatives à une affection de longue durée.

Les décomptes d'IJ maladie valident les droits à la retraite. Ils sont ainsi à conserver sans limitation de durée, comme les bulletins de salaire.

3.1.4 CONTRÔLES ET SANCTIONS

Respect des délais d'envoi

Dès lors que l'assuré a reçu par son médecin les 3 volets, le délai réglementaire de 48 heures d'envoi de l'arrêt de travail à sa caisse d'assurance maladie doit être absolument respecté.

Si ce n'est pas le cas, la caisse informe l'assuré du retard constaté et de la sanction encourue en cas de nouvel envoi tardif.

En cas de nouvel envoi tardif, sauf en cas d'hospitalisation ou en cas d'impossibilité d'envoyer l'arrêt en temps utile, le montant des indemnités journalières relatives à la période écoulée entre la date de prescription de l'arrêt et la date d'envoi sera fortement réduit.

Respect des horaires

Selon l'indication du médecin sur l'avis d'arrêt de travail, l'assuré est autorisé ou non à s'absenter de son domicile pendant son arrêt de travail.

En cas de sorties autorisées, l'assuré devra cependant rester présent à son domicile de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'examen médicaux. À noter que le médecin peut, par dérogation à cette disposition, autoriser les sorties libres.

L'assuré doit également respecter d'autres obligations, notamment :

- se soumettre aux contrôles organisés par le service médical de sa caisse d'assurance maladie ;
- s'abstenir de toute activité non autorisée et suivre la prescription du praticien ;
- ne pas quitter son domicile et séjourner en dehors de son département de résidence sans l'accord préalable de sa caisse d'assurance maladie.

En cas de non-respect, le montant des indemnités journalières peut être réduit ou leur versement suspendu.

Contrôles accrus

Les médecins sont contrôlés ainsi que des malades afin de vérifier le bien-fondé des motifs des arrêts de travail prescrits.

En cas de fraude avérée, c'est-à-dire en cas d'arrêt prescrit non nécessaire, la responsabilité personnelle du médecin ou du patient pourra être engagée et des sanctions prises. Le versement des indemnités journalières pourra alors être supprimé et les versements précédents réclamés à l'assuré dans le cadre d'une procédure de contentieux. Le professionnel de santé, quant à lui, s'expose à une sanction disciplinaire.

3.2 Prestations en espèce pour le régime des travailleurs indépendants

Des indemnités journalières sont versées à l'artisan, au commerçant ou à l'industriel et à certains professionnels libéraux non réglementés (nouveaux auto-entrepreneurs depuis 2018) qui se trouvent dans l'incapacité physique temporaire constatée par le médecin traitant de travailler, en raison notamment d'une maladie ou d'un accident.

Les artisans, commerçants, chefs d'entreprise, micro-entrepreneurs ou conjoints collaborateurs peuvent bénéficier sous certaines conditions d'indemnités journalières à la suite d'un arrêt maladie. La procédure concernant la communication de l'arrêt de travail est identique au régime des travailleurs salariés.

3.2.1 L'INDEMNITÉ

Pour percevoir les indemnités journalières pendant un arrêt de travail, le travailleur indépendant doit réunir les conditions cumulatives suivantes :

- justifier d'au moins 12 mois d'affiliation continus dans son activité ;
- être dans l'incapacité temporaire de continuer ou de reprendre une activité professionnelle pour cause de maladie ;
- disposer d'un arrêt de travail prescrit par son médecin traitant constatant cette incapacité ;
- avoir cessé toute activité professionnelle.

Dans certains cas, si les conditions ne sont pas réunies, il est possible d'être indemnisable au titre du maintien de droits de son activité précédente.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, la condition d'être à jour dans le paiement des cotisations maladie et indemnités journalières a été supprimée par la loi de financement de la Sécurité sociale.

Principe de calcul

L'indemnité journalière garantit un revenu de remplacement qui correspond à 1/730 du revenu d'activité moyen des 3 dernières années civiles précédant l'arrêt de travail, dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale au jour de l'arrêt délivré par le praticien.

Le plafond annuel de la Sécurité sociale pour 2021 a été fixé à 41 136 euros (identique à 2020). Dès lors, même si le revenu d'activité annuel moyen du travailleur est supérieur à 41 136 €, son indemnité journalière ne pourra excéder le montant maximum de 56,36 € bruts.

Lorsque l'assuré a été immatriculé depuis moins de trois ans, il ne sera tenu compte, pour le calcul des indemnités journalières, que des revenus des seules années d'activité indépendante.

L'indemnité journalière n'est pas versée aux micro-entrepreneurs si leur revenu annuel est inférieur à 4 113,60 €.

Minimum et maximum

L'**indemnité journalière** garantit un revenu de remplacement partiel et forfaitaire du **revenu professionnel moyen des 3 dernières années**, dans la **limite du plafond annuel de la Sécurité sociale, soit au 1^{er} janvier 2021** :

	TRAVAILLEUR INDÉPENDANT CLASSIQUE	AUTO-ENTREPRENEUR
MINIMUM	22,54 €	Si revenu professionnel moyen des 3 dernières années < 4 113,60 € : 0,00 € Si revenu professionnel moyen des 3 dernières années ≥ 4 113,60 € : revenu professionnel annuel moyen des 3 dernières années/730 = 5,63 €
MAXIMUM	Plafond annuel de la Sécurité sociale de l'année en cours/730 = 56,35 €	
POUR LE CONJOINT COLLABORATEUR, L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE EST D'UN MONTANT FORFAITAIRE DE : 22,54 € AU 1^{ER} JANVIER 2021		

Exemple : pour un **revenu professionnel** annuel moyen des 3 dernières années égal à **42 000 €**, l'indemnité journalière sera limitée à **56,35 €** (car $42\,000/730 = 57,53$ €, ce qui est supérieur au plafond).

Prélèvements sociaux, impôts, retraite

Les indemnités journalières sont soumises aux mêmes conditions que les salariés de droit privé.

3.2.2 DÉBUT DE VERSEMENT

L'indemnité journalière est versée par la CPAM à compter du :

- 4^e jour en cas d'**hospitalisation** (les **3 premiers jours** qui constituent le délai de carence ne sont pas indemnisés) ;
- 4^e jour en cas de **maladie** ou d'accident de plus de 7 jours (délai de carence de 3 jours).

À noter : les arrêts de travail d'une durée inférieure ou égale à 7 jours ne sont pas indemnisés.

Le délai de carence est supprimé en cas :

- de prolongation de l'arrêt de travail après une reprise de 48 heures maximum entre la fin du premier arrêt et le début du nouveau ;
- d'affection longue durée (seul le premier arrêt sur une période de 3 ans est soumis au délai de carence) ;
- d'état pathologique lié à la grossesse ou à l'accouchement.

3.2.3 DURÉE DE VERSEMENT

La durée de l'indemnisation varie en fonction du type d'arrêt de travail prescrit :

- affection de longue durée ou soins de longue durée ;
- autres cas ;
- pension d'invalidité.

Affection de longue durée exonérante (ALD) ou non (SLD)

Pour les arrêts prescrits au titre d'une affection longue durée (ALD) prise en charge à 100 % ou au titre de soins de longue durée (SLD), il est possible de bénéficier de **3 années d'indemnisation** au maximum, sous réserve que l'arrêt de travail soit médicalement justifié.

Une convocation au service du contrôle médical est envisageable ; après examen, le médecin-conseil confirme ou non au malade si l'arrêt de travail est médicalement justifié.

Exemple : dans le cas d'un premier arrêt prescrit en rapport avec une affection de longue durée (exonérante ou non) le 8 février 2020, il est possible de percevoir des indemnités, pour cette même affection, jusqu'au 7 février 2023. Le délai de carence de 3 jours ne s'applique qu'au premier arrêt de travail de la période de 3 ans.

Autres cas

Pour les arrêts de travail non en rapport avec une affection de longue durée (maladie, accident, etc.), il est possible de bénéficier de **360 jours d'indemnisation** sur une période de 3 ans.

Exemple : dans le cas d'un premier arrêt de travail prescrit pour la période du 20 février 2020 au 31 mars 2020, vous avez 40 jours d'arrêt de travail. Le délai de carence étant de 3 jours en cas de maladie, il est donc perçu 37 journées d'indemnisation. Il est encore possible de bénéficier de 323 jours d'indemnisation dans un délai de 3 ans.

Pension d'invalidité

En fonction de l'évolution de l'état de santé du malade, l'assurance invalidité peut prendre le relais du versement des indemnités journalières. Dans ce cas, les CPAM du lieu de résidence peuvent verser, sous certaines conditions, une pension d'invalidité.

3.2.4 DÉMARCHES À ACCOMPLIR

L'avis d'arrêt de travail prescrit par le médecin doit être adressé au service médical de la CPAM d'affiliation dans les 48 heures, dès lors que l'assuré a reçu par son médecin les 3 volets.

Il doit être établi et envoyé même s'il ne donne pas lieu à indemnisation du fait du délai de carence.

Cela permet à l'assuré de préserver ses droits ultérieurs en cas de rechute, par exemple.

En cas de prolongation de l'arrêt, ce dernier doit être prescrit par le même médecin que l'arrêt initial ou par le médecin traitant.

Si l'assuré reprend le travail avant la fin de la durée d'arrêt de travail prescrit par son médecin traitant, il doit aviser de la date de reprise le service médical de la CPAM d'affiliation.

3.2.5 CONTRÔLES

Tout arrêt de travail peut faire l'objet :

- d'une visite de contrôle à domicile pour s'assurer qu'il y a bien interruption de l'activité ;
- d'une convocation au service de contrôle médical afin d'en apprécier la justification médicale.

Le service médical de la CPAM d'affiliation a pour mission d'apprécier le bien-fondé médical de l'arrêt de travail. À cet effet, le médecin doit en inscrire la cause sur l'imprimé d'arrêt de travail. À défaut, l'arrêt de travail pourrait être rejeté ou le malade pourrait faire l'objet d'une convocation pour contrôle par le service médical.

3.2.6 MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payées par les artisans et les commerçants en activité, cotisant au régime d'assurance maladie de base à titre obligatoire : **0,85 %** sur la totalité des revenus dans la limite de 5 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Les cotisations sont déductibles à 100 % du revenu imposable.

3.3 Prestations en espèces pour les exploitants agricoles

3.3.1 BÉNÉFICIAIRES

- Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre exclusif ou principal
- Les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole
- Les aidants familiaux (ou les associés d'exploitation) des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole affiliés à l'Amexa
- Être affilié à l'Amexa depuis au moins un an. Pour les nouveaux assurés qui commencent une activité agricole, la période d'affiliation à un autre régime d'assurance maladie peut être prise en compte
- Être à jour dans le paiement de la cotisation indemnité journalière Amexa au 1^{er} janvier de l'année civile au cours de laquelle le médecin a constaté l'incapacité de travail
- Présenter une prescription d'arrêt de travail à temps complet

3.3.2 MONTANT DE L'INDEMNITÉ

Il s'agit d'un dispositif d'indemnisation ayant pour objectif de garantir un revenu personnel de base en cas de maladie ou d'accident de la vie privée. En conséquence, ce dispositif ne peut viser à assurer la continuité économique de l'exploitation ou de l'entreprise agricole.

Cette couverture, très variable selon l'activité et pouvant relever de produits d'assurance complémentaire, est laissée à la libre appréciation de l'exploitant.

Montant de l'indemnité

INDEMNISATION	MONTANT (PAR JOUR) *
POUR LES 28 PREMIERS JOURS INDEMNISÉS	21,46 €
À PARTIR DU 29 ^e JOUR INDEMNISÉ	28,61 €

* Montants applicables au 1^{er} avril 2020

Durée d'attribution

- **Si l'arrêt de travail est supérieur à six mois ou en cas d'affection de longue durée (ALD) :**

L'indemnité journalière peut être versée pendant 3 ans (cette période peut être renouvelée en cas de reprise d'activité professionnelle pendant au moins 1 an).

- **Si l'arrêt de travail est inférieur à six mois :**

L'indemnité journalière est versée pendant 360 jours maximum sur une période de 3 ans.

Le point de départ du délai, dans ces deux cas, se situe au premier jour du premier arrêt de travail.

L'assuré peut prétendre à une pension d'invalidité Amexa sous certaines conditions.

3.3.3 DÉMARCHES À ACCOMPLIR

L'arrêt de travail doit être prescrit par le médecin traitant, justifié par l'état de santé de l'exploitant.

Voici les démarches à effectuer et les principales règles à respecter :

- **envoyer impérativement l'arrêt de travail**, remis par le médecin traitant, sous 48 heures au contrôle médical de la MSA **ou le bulletin de situation** en cas d'hospitalisation ;
- **pendant l'arrêt de travail** : interrompre totalement l'activité professionnelle et toutes autres activités non autorisées. Respecter les heures de présence à domicile de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures ;
- **reprise du travail** : à la date d'expiration de l'arrêt si l'état de santé de l'exploitant le permet. En cas de reprise avant la fin de l'arrêt, l'exploitant doit en informer par courrier le contrôle médical de la MSA sous 48 heures.

Le médecin traitant peut prescrire une prolongation d'arrêt si l'état de santé de l'exploitant ne lui permet pas de reprendre son activité.

3.3.4 CONTRÔLES

Une visite de contrôle peut avoir lieu pour tout arrêt de travail. L'exploitant peut aussi être convoqué à la MSA pour un examen médical. Le médecin-conseil confirmera dans ce cas si l'arrêt est médicalement justifié.

3.3.5 MONTANT DES COTISATIONS

L'indemnité journalière Amexa est un dispositif obligatoire. L'exploitant ou le chef d'entreprise agricole doivent s'acquitter d'une cotisation forfaitaire. Cette cotisation est valable également pour les autres membres de la famille travaillant sur l'exploitation.

Elle sert à financer la totalité des dépenses liées au dispositif indemnité journalière Amexa. Pour l'année 2020, le montant par chef d'exploitation ou d'entreprise agricole s'élevait à 180 euros.

L'assurance maternité-paternité

L'assurance maternité a pour but de permettre à la mère de préparer l'arrivée de son enfant, de se reposer, et ainsi de préserver sa santé et celle de son futur enfant.

La maternité, la paternité, l'adoption confèrent certains droits : congés, indemnités journalières, prise en charge des frais médicaux, accompagnement...



4

4.1 Maternité : les prestations en nature

Les prestations en nature de l'assurance maternité sont quasiment identiques dans tous les régimes hormis pour quelques régimes spéciaux.

L'assurée doit justifier des mêmes conditions d'ouverture de droits que pour les prestations en nature de l'Assurance maladie.

4.1.1 LA DÉCLARATION DE GROSSESSE

Dès que la grossesse est confirmée, un premier examen prénatal auprès d'un médecin généraliste, d'un gynécologue ou d'une sage-femme doit être effectué.

Attention : l'assurée doit déclarer sa grossesse avant la fin du 3^e mois de grossesse. Plus tôt la grossesse est déclarée, plus vite les soins sont pris en charge à 100 % dans le cadre de l'assurance maternité.

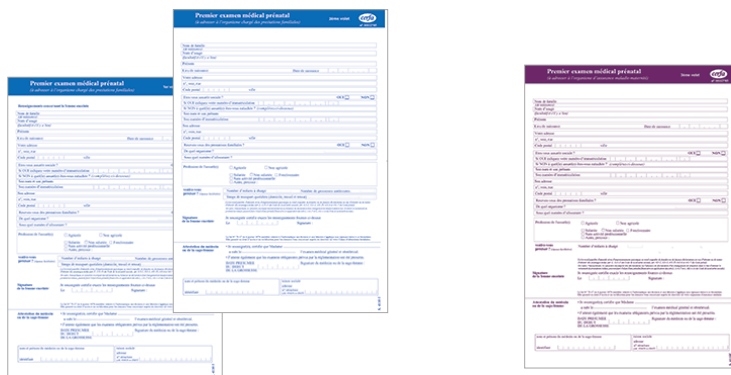
À la suite à cet examen, le médecin ou la sage-femme effectue la déclaration de grossesse en ligne ou sur un formulaire papier :

- pour la déclaration en ligne :
 - ne nécessite aucune action de l'assurée,
 - à l'aide de la carte Vitale le médecin ou la sage-femme remplit la déclaration de grossesse en ligne et la télétransmet directement à la caisse d'assurance maladie et à la caisse d'allocations familiales (CAF) de l'assurée ;
- pour la déclaration sur un formulaire papier :

Le médecin ou la sage-femme remet à l'assurée un formulaire de déclaration de grossesse complété par ses soins en trois volets intitulé « Premier examen prénatal ». L'assurée doit ensuite adresser :

 - le feuillet rose à sa caisse d'assurance maladie avec les feuilles de soins correspondant aux examens médicaux et de laboratoire passés, afin d'obtenir la prise en charge du suivi de la grossesse et de l'accouchement,

- les deux feuillets bleus à sa caisse d’allocations familiales (CAF).



À réception de la déclaration de grossesse, la caisse d’assurance maladie propose à l’assurée :

- un guide pratique intitulé « Ma maternité – Je prépare l’arrivée de mon enfant » pour répondre aux questions sur les droits, les démarches, le choix de la maternité, le suivi médical, etc.
- un calendrier personnalisé des examens médicaux et des droits : dates des principaux examens médicaux, période de prise en charge à 100 % des soins et date du congé maternité ;
- un aide-mémoire pour aider l’assurée à préparer la prochaine consultation avec le médecin ou la sage-femme qui suit sa grossesse ;
- un service personnalisé sur le compte ameli de l’assurée en activant le service « Vous attendez un enfant » disponible sur l’espace « Prévention » qui permet de recevoir tous les mois des informations sur le déroulement et le suivi de la grossesse ;
- des ateliers collectifs permettant à l’assurée d’obtenir des informations administratives et des conseils en santé de la part de professionnels.

4.1.2 LE SUIVI DE LA GROSSESSE MOIS PAR MOIS



Une grossesse peut être suivie, sur le plan médical, par un médecin ou une sage-femme (en libéral, à l'hôpital ou en protection maternelle et infantile – PMI).

Pour veiller au bon déroulement de la grossesse et préparer au mieux l'accouchement, l'assurée bénéficie d'un accompagnement et d'un suivi médicalisé tout au long de sa grossesse, avec 7 consultations prénatales avant l'accouchement (du 3^e mois de grossesse jusqu'à la date de l'accouchement) et des examens complémentaires systématiques.

Du 1^{er} au 5^e mois, les frais médicaux sont remboursés aux tarifs habituels. Seuls les examens médicaux obligatoires (consultations prénatales obligatoires de suivi, séances de préparation à la naissance, examens biologiques...) sont pris en charge à 100 % dans la limite des tarifs de base de l'Assurance maladie.

Pour ces examens, l'assurée est exonérée de la participation forfaitaire de 1 euro et de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, l'assurée bénéficie du tiers payant auprès des professionnels de santé exerçant en ville, pour tous les soins pris en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité. L'assurée n'a donc plus d'avance de frais à effectuer, car l'Assurance maladie verse directement le prix de la consultation ou de l'acte médical aux professionnels de santé. Les futurs pères sont également concernés pour les examens, accompagnés, le cas échéant, des analyses et examens complémentaires appropriés, ainsi que les enfants âgés de moins de six ans pour les examens obligatoires.

LE 1^{ER} TRIMESTRE

- **1^{re} consultation de suivi** avec le médecin ou la sage-femme prise en charge à 100 %.

Le professionnel de santé prescrit alors :

- **une 1^{re} échographie prise en charge à 70 %**. Une échographie par trimestre est prévue pour surveiller la croissance et la santé de l'enfant ;
- des premiers examens sanguins pris en charge à 100 % (groupe sanguin, dépistage de la rubéole, de la toxoplasmose, de l'hépatite B, etc.).

Il peut également proposer en fonction de la situation :

- un frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Ce frottis est pris en charge à 70 % ;
- un caryotype fœtal et une amniocentèse pour la recherche de certaines maladies génétiques, pris en charge à 100 %, sous réserve, pour le caryotype fœtal, de l'accord préalable du service médical de la caisse d'assurance maladie de la future maman.

4^E MOIS

- **2^e consultation de suivi** avec le médecin ou la sage-femme.
- **1^{re} séance de préparation** à la naissance et à la parentalité. Les 7 séances suivantes peuvent être individuelles, mais sont souvent collectives pour favoriser les échanges entre futures mères (maximum 6 personnes). Les **8 séances de préparation** à la naissance sont prises en charge à 100 % dans la limite des tarifs de base de l'Assurance maladie.

À compter du 4^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après l'accouchement, il est possible de bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire chez un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologue.

5^E MOIS

- **3^e consultation de suivi.**
- **2^e échographie prise en charge à 70 %.**

6^E MOIS

- **4^e consultation de suivi.**

À partir du premier jour du sixième mois de grossesse, tous les frais médicaux remboursables (consultations, frais pharmaceutiques, d'analyses, d'examens de laboratoire, d'hospitalisation) sont pris en charge à 100 %, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance maladie, qu'ils soient en rapport ou non avec la grossesse de l'assurée.

Cette prise en charge à 100 % se poursuit jusqu'au douzième jour après l'accouchement.

Il y a également exonération de la participation forfaitaire de 1 euro et de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

À noter : les dépassements d'honoraires ne sont jamais pris en charge par l'Assurance maladie. Ils peuvent éventuellement être pris en charge par la complémentaire santé, si le contrat souscrit le prévoit.

7^E MOIS

- 5^e consultation de suivi.

8^E MOIS

- 6^e consultation de suivi.
- 3^e échographie prise en charge à 100 %.
- Une consultation pré-anesthésique.

9^E MOIS

- 7^e consultation de suivi.

4.1.3 L'ACCOUCHEMENT

Les frais liés à l'accouchement sont en grande partie pris en charge par l'Assurance maladie.

Les actes suivants sont pris en charge à 100 % : honoraires d'accouchement, péridurale et frais de séjour à l'hôpital ou en clinique conventionnée, dans la limite de douze jours, sauf les frais pour confort personnel, comme une chambre particulière ou la télévision.

Les frais d'accouchement sont remboursés directement à l'établissement par la caisse d'assurance maladie de la nouvelle maman.

À noter que le forfait hospitalier est intégralement pris en charge du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse jusqu'au 12^e jour après l'accouchement. Par ailleurs, les frais de transport à l'hôpital ou à la clinique, en ambulance ou autre, peuvent être pris en charge sur prescription médicale. Dès 2021, il sera possible aux femmes enceintes, vivant à plus de 45 minutes d'une maternité, de bénéficier d'un forfait transport et hébergement.

La prise en charge dans les établissements non conventionnés

Les remboursements sont calculés sur la base des tarifs de l'Assurance maladie. Une clinique privée non conventionnée applique des tarifs plus élevés

que ceux en vigueur. Les frais restant à charge peuvent donc être très élevés et une avance de frais doit être effectuée.

Des soins adaptés à maman comme à bébé

Une fois son bébé venu au monde, l'assurée fait l'objet de soins réguliers durant quelques jours. Quant à son bébé, il peut bénéficier à la maternité d'un dépistage de certaines maladies graves, d'origine génétique pour la plupart : la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, l'hyperplasie congénitale des surrénales, la mucoviscidose et, dans certains cas, la drépanocytose.

4.1.4 LA PÉRIODE POSTNATALE

De sa naissance et jusqu'à ses 6 ans, l'enfant va bénéficier d'une surveillance médicale systématique (examens, vaccinations, dépistage de maladies rares, etc.).

Plusieurs examens sont également prévus pour l'assurée après son accouchement :

- **2 séances de suivi postnatal** que la sage-femme peut effectuer au domicile de l'assurée dans les 24 heures en cas de sortie dans les 72 heures suivant l'accouchement (ou dans les 96 heures en cas de césarienne), avec le service de retour à domicile « Prado » de l'Assurance maladie (voir les détails sur le site ameli.fr) ou dans son cabinet, entre le 8^e jour suivant la naissance de l'enfant jusqu'à la date de la consultation postnatale prévue entre la 6^e et la 8^e semaine après l'accouchement. Ces séances permettent notamment de s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant. L'assurée peut également exprimer ses éventuelles préoccupations et recevoir des conseils d'éducation sanitaire destinés à accompagner les soins aux nouveau-nés, à compléter ses connaissances et à améliorer son bien-être et celui de son enfant ;
- **la consultation postnatale obligatoire** : cet examen doit être effectué dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement. Il peut être réalisé par un médecin ou par une sage-femme si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique (c'est-à-dire normal, sans aide mécanique ou chirurgicale). Cette consultation est prise en charge à 100 %.
- **des séances de rééducation périnéale et abdominale** sont prescrites après l'accouchement pour mettre fin aux troubles qui peuvent apparaître à la suite de l'affaiblissement du périnée (fuites urinaires, sensation de gêne, etc.). Ces séances peuvent être réalisées par une sage-femme ou

un masseur-kinésithérapeute, en cabinet ou à l'hôpital. La rééducation périnéale ne doit pas débiter avant un délai de 2 mois après la naissance. Dix séances peuvent être prescrites et sont prises en charge à 100 %, sous réserve de l'accord préalable du service médical de la caisse d'assurance maladie de la nouvelle maman.

4.2 Maternité : les prestations en espèces

4.2.1 POUR LES SALARIÉES ET ASSIMILÉES Y COMPRIS SALARIÉES AGRICOLES

4.2.1.1. L'ouverture de droits

Une assurée salariée du régime général d'assurance maladie ou du régime agricole, à condition de s'arrêter de travailler au moins huit semaines pendant son congé maternité, peut prétendre aux indemnités journalières.

Pour avoir droit aux indemnités journalières pendant le congé maternité, l'assurée doit justifier :

- de 10 mois d'affiliation, en tant qu'assurée sociale, à la date prévue de l'accouchement ;
- avoir effectué au moins 150 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt de travail, à la date du début de la grossesse ou du congé prénatal ;
- ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois la valeur du SMIC horaire au cours des six mois civils précédant la date du début de la grossesse ou du congé prénatal ;
- ou, en cas d'activité saisonnière ou discontinue, avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date du début de la grossesse ou du congé prénatal ;
- ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire au cours des 12 mois civils précédant la date du début de la grossesse ou du congé prénatal.

L'assurée n'a aucune formalité à accomplir.

C'est son employeur qui doit faire parvenir à l'Assurance maladie une attestation de salaire dès le début du repos prénatal. L'assurée doit s'assurer auprès de lui qu'il a bien effectué cette démarche. C'est en fonction de ces informations que sont calculées les indemnités journalières.

4.2.1.2. Le congé maternité

Au minimum, le congé maternité a une durée totale de 16 semaines. Il peut être plus long, selon le nombre d'enfants que l'assurée a déjà et le nombre d'enfants qu'elle attend.

La durée légale du congé maternité est fixée par le Code du travail.

La durée totale du congé maternité est de :

- 16 semaines si l'assurée attend un enfant, 26 semaines si elle a déjà 3 enfants ou plus à charge ;
- 34 semaines si l'assurée attend des jumeaux ;
- 46 semaines si l'assurée attend des triplés.

Le congé prénatal

Le congé maternité avant l'accouchement est appelé congé prénatal.

Sa durée varie selon :

- le nombre d'enfants que l'assurée attend ;
- le nombre d'enfants déjà à charge ou que l'assurée a mis au monde.

DURÉE DU CONGÉ PRÉNATAL SELON LE NOMBRE D'ENFANTS ATTENDUS ET LE NOMBRE D'ENFANTS DÉJÀ À CHARGE		
Nombre d'enfants attendus	Nombre d'enfants déjà à charge ou nés viables	Durée du congé prénatal
Un enfant	0 ou 1	6 semaines
Un enfant	2 ou plus	8 semaines
Des jumeaux	-	12 semaines
Naissances multiples (3 enfants et plus)	-	24 semaines

Le report du congé prénatal

Pour offrir plus de liberté aux femmes dont la grossesse se déroule bien et leur permettre de passer davantage de temps avec leur bébé, les modalités du congé maternité ont été assouplies. Il est possible de demander à reporter une partie du congé prénatal (les 3 premières semaines maximum) sur le congé postnatal.

Ce report peut se faire :

- soit en une seule fois pour une durée maximale de 3 semaines ;
- soit sous la forme d'un report d'une durée fixée par le médecin et renouvelable (une ou plusieurs fois) dans la limite de 3 semaines.

Le congé postnatal

Comme le congé prénatal, le congé postnatal varie selon le nombre d'enfants que l'assurée attend et le nombre d'enfants déjà à charge ou mis au monde.

DURÉE DU CONGÉ POSTNATAL SELON LE NOMBRE D'ENFANTS ATTENDUS ET LE NOMBRE D'ENFANTS DÉJÀ À CHARGE		
Nombre d'enfants attendus	Nombre d'enfants déjà à charge ou nés viables	Durée du congé prénatal
Un enfant	0 ou 1	10 semaines
Un enfant	2 ou plus	18 semaines
Des jumeaux	-	22 semaines
Naissances multiples (3 enfants et plus)	-	22 semaines

Rappel : si l'assurée a demandé à anticiper le point de départ de son congé prénatal, la durée du congé postnatal est réduite de la période anticipée.

À noter : il n'est pas prévu de congé maternité spécifique à l'allaitement. Ainsi, si l'assurée allaite son bébé, son congé postnatal ne peut pas être prolongé. Ce sont les conventions collectives qui peuvent, éventuellement, prévoir ce type de disposition. Il convient de se renseigner auprès de son employeur.

Les situations particulières

Certaines situations particulières peuvent influencer sur la durée du congé maternité.

Le congé pathologique

Lorsqu'un état pathologique résulte de la grossesse, une période supplémentaire de congé peut être accordée, dans la limite de deux semaines avant la date présumée de l'accouchement et de quatre semaines après la date de

celui-ci. Le congé pathologique doit alors être prescrit par le médecin séparément ou simultanément.

En cas d'accouchement prématuré ou tardif

En cas d'accouchement prématuré, la durée totale du congé maternité n'est pas réduite : la durée du congé prénatal non prise est reportée à l'expiration du congé postnatal.

Cependant, **en cas d'accouchement prématuré** de plus de six semaines, il est possible de bénéficier d'un prolongement du congé maternité si l'état de l'enfant nécessite une hospitalisation obligatoire.

La durée du congé supplémentaire accordé est égale au nombre de jours compris entre la date réelle de l'accouchement et la date initialement prévue de début du congé maternité. Elle s'ajoute à la durée du congé maternité et ne peut pas être prise séparément.

Exemple : l'accouchement a lieu le 12 mai 2021 et la date prévue du début du congé maternité était fixée au 22 mai 2021. La durée de la période supplémentaire indemnisée dont l'assurée pourra bénéficier est égale à 10 jours.

En cas d'accouchement tardif, le congé prénatal est prolongé jusqu'à la date de l'accouchement et le congé postnatal reste identique.

Autres situations particulières

- **Si l'enfant reste hospitalisé** au-delà de la sixième semaine suivant sa naissance, l'assurée a la possibilité de reprendre son travail et de reporter le reliquat de son congé postnatal à la date de fin de cette hospitalisation.
- **En cas de grossesse interrompue** après que l'assurée l'a déclarée à l'Assurance maladie :
 - **l'assurée peut bénéficier d'un arrêt maladie** pour la durée prescrite par son médecin, lorsque l'enfant n'est pas né vivant ou s'il est décédé après moins de 22 semaines d'aménorrhée ou que son poids à la naissance était inférieur à 500 grammes ;
 - **l'assurée bénéficie du congé maternité** pour la durée du repos observé, si l'enfant n'est pas né vivant ou s'il est décédé alors qu'il était né à partir de la 22^e semaine d'aménorrhée ou que son poids à la naissance était inférieur à 500 grammes ;
- **en cas de décès de l'enfant**, l'assurée peut bénéficier de son congé postnatal. Si l'enfant décède durant son hospitalisation après une naissance prématurée de plus de six semaines, elle a droit à la totalité de la période

supplémentaire de congé, soit le nombre de jours séparant l'accouchement réel du début du congé prénatal légal ;

- **en cas de décès de la mère du fait de l'accouchement**, le père peut, sous réserve de suspendre son contrat de travail (arrêt de travail), bénéficier, dans les conditions habituelles, du congé postnatal de celle-ci et percevoir des indemnités journalières. Le congé postnatal débute à compter de la date d'accouchement ;
- le père doit avertir son employeur du motif de l'absence ainsi que de la date de reprise de son activité, afin de pouvoir bénéficier d'une protection contre le licenciement.

4.2.1.3. Les indemnités journalières

L'indemnité journalière maternité est égale au salaire journalier de base.

Celui-ci correspond à la moyenne du salaire perçu au cours des trois derniers mois qui précèdent le congé prénatal ou des 12 mois précédents en cas d'activité saisonnière ou non continue, divisé par 91,25, dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) de l'année en cours.

Depuis le 1^{er} juillet 2013, le calcul du montant des indemnités maternité est identique pour toutes les salariées (Alsace-Moselle compris). Le salaire pris en compte pour le calcul des IJ maternité est le salaire brut, dans la limite du plafond de la Sécurité sociale, diminué d'un taux unique représentatif des cotisations salariales (article R. 331-5 du Code de la Sécurité sociale modifié).

Ce taux est fixé à 21 % par l'arrêté du 28 mars 2013, correspondant aux cotisations et contributions salariales (CSG, CRDS, etc.). Le montant minimum de l'indemnité journalière de maternité est fixé à 9,66 € et le montant maximum à 89,03 € pour 2021.

Les indemnités journalières sont versées sans délai de carence, tous les 14 jours, directement par la caisse d'assurance maladie, qui accompagne les versements d'un relevé (valable pour la retraite). Elles sont soumises à l'impôt sur le revenu.

Elles sont également soumises aux prélèvements sociaux compris dans le taux forfaitaire de 21 % :

- 0,5 % au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- 6,2 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG).

Depuis le 1^{er} janvier 2014, tous les trimestres dans le cadre d'un congé maternité ou d'une adoption sont comptabilisés pour la retraite (décret

n° 2014-566 du 30 mai 2014). Si le congé maternité est inférieur à 90 jours, le trimestre au cours duquel l'assurée a été indemnisée est décompté comme une période d'assurance au titre de la retraite.

À noter : l'employeur peut maintenir le salaire. Les indemnités journalières lui sont alors directement versées. L'assurée doit au préalable avoir rempli conjointement la partie « subrogation » de l'attestation de salaire. Il convient de consulter la convention collective pour connaître les conditions de maintien de salaire durant le congé maternité.

4.2.1.4. Adoption : congé et indemnités, quels droits ?

Dans le cas d'une adoption d'un enfant en France ou à l'étranger, le congé d'adoption, sur le modèle du congé maternité, permet de passer du temps avec l'enfant.

Les conditions du congé

L'arrivée d'un enfant adopté dans la famille ouvre le droit à un congé d'adoption indemnisé. En apportant certaines pièces à sa caisse d'assurance maladie, l'assurée, son conjoint, ou tous les deux simultanément, peuvent bénéficier de ce congé limité dans le temps et d'une durée variable selon le nombre d'enfants à charge.

La durée du congé d'adoption

Le congé d'adoption débute soit :

- au jour de l'arrivée de l'enfant dans le foyer ;
- sept jours avant la date prévue de l'arrivée de l'enfant.

La durée de ce congé varie en fonction du nombre d'enfants adoptés et de ceux déjà à charge.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

NOMBRE D'ENFANTS ADOPTÉS	NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE APRÈS L'ADOPTION	DURÉE DU CONGÉ
Un enfant	1 ou 2 enfants	10 semaines*
Un enfant	Au moins 3 enfants	18 semaines
Plusieurs enfants	Quel que soit le nombre	22 semaines

* À compter du 1^{er} juillet 2021 : la durée passe à 16 semaines

Partager le congé d'adoption

L'assuré(e) peut faire le choix de partager le congé d'adoption avec son (sa) conjoint(e), à condition que le couple remplisse les conditions d'ouverture de droit pour en bénéficier.

En cas de partage, la durée du congé est alors modifiée :

- pour l'adoption **d'un seul enfant** : **11 jours supplémentaires (+ 14 jours au 1^{er} juillet 2021)** ;
- pour l'adoption **de plusieurs enfants** : **18 jours supplémentaires (+ 14 jours au 1^{er} juillet 2021)**.

Attention : le congé d'adoption partagé doit être réparti en deux périodes de temps dont la plus courte doit être d'au moins 11 jours (au moins 25 jours à partir du 1^{er} juillet 2021).

Si l'assuré(e) prend son congé en même temps que son (sa) conjoint(e), la somme des deux périodes de congés ne peut dépasser la durée légale du congé d'adoption.

Les pièces à fournir

Pour constituer le dossier, l'assuré(e) doit fournir à sa caisse d'assurance maladie plusieurs documents.

Ils vont être fonction de l'origine de l'enfant adopté :

- **adoption d'un enfant en France** : l'assuré(e) doit obtenir une attestation de mise en relation des services départementaux de l'adoption indiquant le début de la période d'adaptation ou une attestation de placement ;

- **adoption d'un enfant à l'étranger** : l'assuré(e) doit fournir une photocopie de l'agrément en vue d'adoption délivré par le président du Conseil départemental du lieu de résidence, et la copie de la décision étrangère (décision d'adoption ou de placement en vue d'adoption). En fonction du pays d'origine du ou des enfants adoptés, l'assuré(e) doit fournir les pièces suivantes :
 - **pays hors de l'espace Schengen** : une photocopie du passeport de l'enfant ou tout autre document officiel du pays d'origine sur lequel figure le visa accordé par la Mission de l'adoption internationale (MAI) permettant d'attester à la fois de la régularité du séjour de l'enfant en France et constituant le point de départ de l'arrivée de l'enfant dans le foyer,
 - **Pays membre de l'espace Schengen** : une photocopie de la carte d'identité ou du passeport du pays d'origine de l'enfant et l'accord à la poursuite de la procédure (APP) établi par la MAI ou les opérateurs ayant servi d'intermédiaires à l'adoption. L'assuré(e) doit également justifier par tout moyen de l'arrivée de l'enfant dans le foyer (attestation du Conseil départemental du lieu de résidence, carte d'embarquement au nom de l'enfant, présentation de l'enfant...). À défaut, pour être authentifiés, les documents établis par les autorités étrangères doivent être « légalisés » ou « apostillés ».

À noter : un(e) assuré(e) ne peut pas bénéficier du congé d'adoption s'il (elle) recueille un enfant dans le cadre d'une Kafala* en Algérie ou au Maroc.

* La Kafala, ou recueil légal, est différente de l'adoption, car elle ne donne pas droit à un lien de filiation. En droit français, elle s'assimile à une tutelle qui confère à son tuteur l'engagement de prendre en charge l'entretien, l'éducation et la protection d'un enfant mineur, au même titre que le ferait un père dans le cadre d'une adoption.

Il existe deux types de Kafala :

- **notariale** : le postulant à la Kafala a obtenu le consentement des parents de l'enfant et a constitué un dossier soumis à un officier ministériel, un notaire, chargé de rédiger l'acte. Le notaire doit, en outre, vérifier que la mesure est conforme à l'intérêt de l'enfant ;
- **judiciaire** : prononcée par le président du tribunal, elle concerne « les enfants nés de parents inconnus ou d'une mère connue les ayant abandonnés de son plein gré, orphelins ou ayant des parents incapables de subvenir à leurs besoins ou ayant des parents dissolus, dévoyés ou de mauvaise conduite, voire déchus de leur tutelle légale ne disposant pas de moyens légaux de subsistance ».

Les indemnités journalières

Destinées à compenser la perte de salaire durant le congé d'adoption, les indemnités journalières sont versées à l'assuré(e) régulièrement jusqu'à la reprise de son travail selon les mêmes modalités que pour un congé maternité. Pour en bénéficier, certaines conditions de travail ou de cotisations s'imposent.

Conditions d'ouverture de droits aux indemnités journalières

Pour percevoir les indemnités journalières pendant le congé d'adoption, l'assuré(e) doit remplir les conditions suivantes :

- avoir travaillé au moins 150 heures au cours des trois mois civils ou des 90 jours précédant l'arrivée de l'enfant adopté au foyer ;
- ou avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des six mois civils précédant l'arrivée de l'enfant ;
- justifier d'au moins dix mois d'immatriculation en tant qu'assuré(e) social à la date d'arrivée de l'enfant.

Montant des indemnités journalières

Comme lors d'un congé maternité, le calcul du montant des indemnités journalières est identique pour tous(tes) les salariés(ées) (Alsace-Moselle compris). Le salaire pris en compte pour le calcul des IJ maternité est le salaire brut, dans la limite du plafond de la Sécurité sociale, diminué d'un taux unique représentatif des cotisations salariales (article R. 331-5 du Code de la Sécurité sociale). Ce taux est fixé à 21 % par l'arrêté du 28 mars 2013.

Si l'assuré(e) est salarié(e) intérimaire ou saisonnier(ère), le montant de l'indemnité journalière est calculé sur la moyenne des salaires des douze mois précédant l'arrivée de l'enfant dans le foyer.

Le montant de l'indemnité journalière versée pendant le congé d'adoption est compris entre : **9,66 € et 89,03 € (au 1^{er} janvier 2021)**.

Pour connaître les conditions de maintien du salaire pendant le congé d'adoption, il convient de consulter la convention collective.

Versement régulier pendant le congé d'adoption

Comme pour le congé maternité, les indemnités journalières sont versées tous les 14 jours et sont également soumises aux prélèvements sociaux compris dans le taux forfaitaire de 21 % :

- 0,50 % au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- 6,20 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG).

Elles sont soumises à l'impôt sur le revenu.

Les décomptes de versement d'indemnités journalières valident les droits à la retraite : il convient de les conserver sans limitation de durée, comme les bulletins de salaires.

4.2.2 POUR LES NON-SALARIÉES AGRICOLES

L'assurée ne peut plus assurer les travaux de son exploitation ou entreprise en raison d'une maternité ou d'une adoption ? **L'allocation de remplacement pour maternité** lui permet d'employer une personne pour accomplir ces tâches (article L. 732-10 et R. 732-17 du Code de la Sécurité sociale).

4.2.2.1. Les conditions et la durée d'attribution

- L'assurée participe de manière constante, à temps plein ou à temps partiel, aux travaux de l'exploitation ou de l'entreprise agricole et doit être affiliée à l'AMEXA.
- L'assurée doit justifier d'au moins dix mois d'immatriculation en tant qu'assurée sociale à la date d'arrivée de l'enfant.
- L'assurée cesse son activité sur l'exploitation pendant au moins 2 semaines comprises dans une période commençant 6 semaines avant la date prévue pour l'accouchement et se terminant 10 semaines après celle-ci. Elle est effectivement remplacée, pendant au moins 2 semaines, par l'intermédiaire d'un service de remplacement, ou à défaut par un salarié recruté à cet effet.

Une fois les conditions réunies, l'assurée peut bénéficier de l'allocation de remplacement maternité. Le remplacement doit cependant porter sur des travaux ayant pour but la mise en valeur de l'exploitation ou l'entreprise. Il ne doit pas porter sur les travaux ménagers.

La durée d'attribution de l'allocation de remplacement est fonction du nombre d'enfants attendus, mis au monde ou à charge.

Les exploitants agricoles peuvent également reporter une partie du congé prénatal de maternité sur le congé postnatal, dans la limite de 3 semaines.

DURÉE D'ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION DE REMPLACEMENT			
Congé de maternité	Durée maximum d'attribution	Durée maximum d'attribution sans report	Durée maximum d'attribution avec report
Congé normal	16 semaines	6 semaines de congé prénatal 10 semaines de congé postnatal	3 semaines de congé prénatal 13 semaines de congé postnatal
Naissance simple portant à 3 le nombre d'enfants à charge	26 semaines	8 semaines de congé prénatal 18 semaines de congé postnatal	5 semaines de congé prénatal 21 semaines de congé postnatal
Naissance de jumeaux	34 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • 12 semaines de congé prénatal • 22 semaines de congé postnatal 	<ul style="list-style-type: none"> • 9 semaines de congé prénatal • 25 semaines de congé postnatal
Naissance de triplés ou plus	46 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • 24 semaines de congé prénatal • 22 semaines de congé postnatal 	<ul style="list-style-type: none"> • 21 semaines de congé prénatal • 25 semaines de congé postnatal

En cas de grossesse pathologique, un remplacement supplémentaire de 2 semaines est accordé.

En cas d'adoption, l'allocation de remplacement est accordée à compter de l'arrivée de l'enfant dans le foyer, ou dans les 7 jours qui précèdent pour :

- 10 semaines : adoption simple (+ 6 semaines supplémentaires au 1^{er} juillet 2021) ;
- 18 semaines : adoption simple portant à 3 le nombre d'enfants à charge ;
- 22 semaines : adoptions multiples.

4.2.2.2. Le montant de l'allocation

Depuis le 1^{er} janvier 2019, les assurées ne sont plus redevables de la CSG et de la CRDS. L'allocation est en général égale à la totalité des frais engagés :

- **Si le remplacement a été effectué par un service de remplacement :**

Le montant de l'allocation est égal au coût du remplacement. Le service de remplacement fixe le montant du prix journalier.

- **Si le remplacement a été effectué par un salarié qui a été recruté par l'assurée :**

Le montant de l'allocation est égal au montant des salaires et charges de la personne embauchée, dans la limite du salaire conventionnel correspondant à la qualification de l'emploi.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, l'assurée qui est cheffe d'exploitation ou d'entreprise qui ne peut être remplacée à la date du début du congé maternité peut bénéficier d'indemnités journalières forfaitaires au même titre que les salariées ou travailleuses (montant maximum : 56,35 € bruts par jour en 2021). L'indemnité journalière forfaitaire est strictement subsidiaire et accordée en l'absence de remplaçant.

Pour obtenir l'allocation, il convient d'aviser la MSA 30 jours avant la date du début du congé maternité. Si dans le département de résidence un service de remplacement existe, le remplacement doit en priorité se faire par l'intermédiaire de celui-ci. Si ce service ne peut pourvoir au remplacement, il est possible de recruter une personne de son choix.

- Si le remplacement a été effectué par un service de remplacement : la MSA versera directement à ce service le montant de l'allocation.
- Si le remplacement a été effectué par un salarié qui a été recruté par l'assurée : la MSA remboursera à l'assurée directement les frais, sur présentation de la copie du contrat de travail et du bulletin de salaire.

4.2.3 POUR LES ARTISANS, COMMERÇANTS, ENTREPRENEURS, INDUSTRIELS ET PROFESSIONS LIBÉRALES

Une femme cheffe d'entreprise exerçant une activité artisanale, commerciale ou libérale ou conjointe collaboratrice d'un indépendant, bénéficie de deux types d'allocations maternité cumulables lui permettant d'interrompre ses activités pendant sa grossesse ou à l'occasion d'une adoption.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, il y a une harmonisation de l'indemnisation du congé maternité pour toutes les travailleuses (salariées et non salariées). La durée maximum du congé maternité est portée à 112 jours (16 semaines), sauf en cas de grossesse pathologique ou multiple, dans les mêmes conditions que pour les travailleuses salariées.

4.2.3.1. Femmes cheffes d'entreprise

L'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité

Les femmes cheffes d'entreprise ont droit à une indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité si elles interrompent toute activité professionnelle pendant au moins 8 semaines (56 jours consécutifs), dont **14 jours doivent immédiatement précéder la date présumée d'accouchement**, pour les naissances intervenant à compter du 1^{er} juillet 2019 (article D. 613-4-2 du Code de la Sécurité sociale).

Montants :

Ces prestations sont sous condition de revenus depuis le 1^{er} janvier 2016.

Si la cheffe d'entreprise perçoit un **revenu d'activité annuel moyen** (calculé sur les 3 dernières années civiles d'activité) inférieur à 10 % de la moyenne des valeurs annuelles du plafond de la Sécurité sociale en vigueur au cours des trois années considérées, **soit 4 047 € par an pour 2021, les indemnités sont réduites à 10 % des montants habituels.**

Chiffres au 1er janvier 2021	REVENU > À 4 047 €	REVENU < À 4 047 €
MONTANT PAR JOUR	56,35 € par jour	5,63 € par jour

Cas particulier de l'adoption :

Les cheffes d'entreprises doivent interrompre toute activité professionnelle pendant au moins 8 semaines (dont 6 semaines après l'accouchement). La durée maximale de versement est de 84 jours.

Quel que soit le statut des parents adoptants, le congé d'adoption peut être réparti entre eux. Dans ce cas, la durée d'indemnisation est augmentée de :

- **11 jours** en cas d'adoption unique (+ **14 jours** au 1^{er} juillet 2021) ;
- **18 jours** en cas d'adoptions multiples (+ **14 jours** au 1^{er} juillet 2021).

En cas d'hospitalisation de l'enfant, si le nouveau-né doit être hospitalisé, il est possible de reporter la période d'indemnisation à la fin de l'hospitalisation.

L'allocation forfaitaire de repos maternel

Cette allocation est versée en deux fractions au cours du congé maternité :

- Le premier versement intervient au début du congé maternité obligatoire, au plus tard 2 semaines avant l'accouchement ;
- Le second versement intervient à la fin du congé maternité obligatoire, 6 semaines après l'accouchement.

<i>Chiffres au 1er janvier 2021</i>	REVENU > À 4 047 €	REVENU < À 4 047 €
EN CAS DE NAISSANCE	3 428,00 €	342,80 €
EN CAS D'ADOPTION	1 714,00 €	168,85 €

Cette allocation est identique pour la femme cheffe d'entreprise et pour la conjointe collaboratrice.

L'indemnité journalière d'interruption d'activité et l'allocation de repos maternel sont cumulables.

Il convient de justifier de 10 mois d'affiliation au titre d'une activité non salariée à la date présumée de l'accouchement ou à la date de l'adoption pour bénéficier de cette allocation.

4.2.3.2. Conjointes collaboratrices

Il s'agit de :

- conjointe d'artisan ou de commerçant, mentionnée en qualité de collaboratrice au répertoire des métiers ou au registre du commerce ;
- conjointe collaboratrice d'un membre d'une profession libérale ;
- conjointe collaboratrice d'un associé unique d'EURL, d'un gérant majoritaire de SARL ou de SELARL ;
- justifier de dix mois d'affiliation au titre d'une activité non salariée (ou autre activité ou chômage, sous condition de non-interruption) à la date présumée de l'accouchement ou à la date de l'adoption.

Ces personnes ont droit à des allocations de maternité en cas de naissance ou d'adoption.

L'indemnité de remplacement

Elle compense partiellement les frais engagés :

- en cas de cessation d'activité ;
- en cas de remplacement par une personne salariée, pendant au moins 8 semaines.

Pour rappel, les durées d'indemnisation sont les mêmes que pour les travailleuses salariées.

Les pièces à fournir

Pour percevoir cette indemnité de remplacement, la conjointe collaboratrice doit présenter une copie du bulletin de salaire établi pour la personne ayant assuré son remplacement ou de l'état de frais délivré par l'entreprise de travail temporaire qui est intervenue.

Montants

L'indemnité journalière est égale au coût réel du remplacement, son montant s'élève jusqu'à un plafond fixé à **56,35 € par jour** au 1^{er} janvier 2021.

Cas particulier de l'adoption

Les conjointes collaboratrices bénéficient du congé d'adoption dans les mêmes conditions que pour les cheffes d'entreprise.

L'allocation forfaitaire de repos maternel*

Elle compense partiellement la diminution de l'activité (elle est versée pour moitié à la fin du 7^e mois de grossesse, pour moitié après l'accouchement).

Les pièces à fournir

La conjointe collaboratrice doit adresser à sa caisse d'assurance maladie :

- la feuille d'examen prénatal du 7^e mois (pour le premier versement) ;
- le certificat d'accouchement (pour le second versement).

Pour rappel, le salarié remplaçant doit être embauché au minimum 6 semaines avant l'accouchement et 10 semaines après l'accouchement.

* Voir tableau précédent.

Dans le cadre d'une adoption, le versement s'effectue en une seule fois, à la date d'arrivée de l'enfant dans la famille.

Montants

Dans le cadre d'une grossesse, le montant de l'allocation pour 2021 est de 3 428 €.

Dans le cadre d'une adoption, le montant de l'allocation pour 2021 est de 1 714 €.

L'indemnité de remplacement et l'allocation de repos maternel sont cumulables.

En cas d'accouchement prématuré

Depuis le décret 2006/1008 du 10 août 2006, la période du congé maternité est allongée d'autant de jours qui séparent la date d'accouchement du début du congé maternité en cas de naissance prématurée de plus de 6 semaines.

4.3 Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Instauré en 2002, le congé de paternité peut être accordé, sous réserve de remplir les conditions requises. Il est possible de percevoir des indemnités journalières pendant toute la durée de ce congé.

Depuis le 1^{er} janvier 2013, un lien de filiation n'est plus justifié. Ce congé est étendu à la personne liée à la mère (pacsé, conjoint) et est devenu à cette occasion le congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

Le congé de paternité s'ajoute aux 3 jours d'absence autorisés prévus par le Code du travail.

4.3.1 POUR LES SALARIÉS

4.3.1.1. La durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Parmi les mesures prévues au sein de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021, figurent des modifications du régime du congé de paternité. Celles-ci entreront en vigueur au 1^{er} juillet 2021.

Ce qui ne change pas :

- le congé de paternité est ouvert à tout père salarié quelle que soit son ancienneté ou la nature de son contrat (CDI, CDD, temps partiel, intérimaire, saisonnier, demandeur d'emploi, stagiaire de la formation professionnelle continue ou étudiant accomplissant un stage en entreprise), quelle que soit sa situation familiale (mariage, PACS, union libre, divorce ou séparation), quel que soit le lieu de naissance ou de résidence de son enfant (en France ou à l'étranger), et que l'enfant soit ou non à sa charge (le père vivant ou non avec l'enfant ou avec la mère de l'enfant) ;
- le congé doit débuter dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant sous peine d'être perdu.

Ce qui change :

- **jusqu'au 30 juin 2021 :**
 - Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est d'une durée de 11 jours calendaires (donc week-end inclus) auxquels s'ajoutent les 3 jours ouvrables auxquels les pères ont droit au titre du congé de naissance, soit 14 jours au total,
 - en cas de naissances multiples, le congé de paternité est fixé à 18 jours, porté à 21 jours avec le congé de naissance,
 - Le congé de paternité peut être pris séparément ou immédiatement après les 3 jours d'absence accordés par l'employeur au titre du congé de naissance,
 - le solde du congé de paternité peut être pris plus tard, mais ne peut pas être fractionné ;
- **dès le 1^{er} juillet 2021 :**
 - La durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant est désormais de 25 jours calendaires, auxquels s'ajouteront les trois jours ouvrables auxquels les pères ont droit au titre du congé de naissance, soit 28 jours au total,
 - en cas de naissances multiples, le père disposera dès lors de 32 jours calendaires, portés à 35 jours avec le congé de naissance,
 - le congé de paternité comportera une part obligatoire de 4 jours consécutifs devant être adossés au congé de naissance, pour un total de 7 jours avec le congé de naissance, durant lesquels l'employeur ne peut demander à son salarié de venir travailler,
 - le solde restant du congé, déduction faite des 4 jours obligatoires, peut être pris par le salarié de manière immédiate ou ultérieure, en une fois ou de façon fractionnée,
 - cette modification concerne les naissances intervenant à partir de cette date ou celles prévues à cette date, mais intervenant plus tôt. En cas de non-respect de ces nouvelles mesures, l'employeur s'expose à une amende de 1 500 € (3 000 € en cas de récidive).

À noter : attention à ne pas confondre le congé de naissance de 3 jours ouvrables, rémunéré par l'employeur, et le congé de paternité, de 4 jours calendaires, pris en charge par la Sécurité sociale.

La durée légale du congé de paternité est fixée par le Code du travail (article L. 1225-35), mais des conventions collectives ou des accords de branches peuvent prévoir des dispositions plus favorables.

4.3.1.2. Cas particuliers

Hospitalisation de l'enfant

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 (art. 72) a créé un congé de paternité et d'accueil de l'enfant supplémentaire pour les pères en cas d'hospitalisation de l'enfant après sa naissance (art. L. 1225-35 du Code du travail). Les modalités d'application de ce congé sont précisées par le décret n° 2019-630 du 24 juin 2019 et l'arrêté du 24 juin 2019. L'Assurance maladie détaille les modalités d'application de ce congé dans une circulaire du 31 juillet 2019. **Le congé s'applique aux naissances intervenant à compter du 1^{er} juillet 2019.**

Bénéficiaires

Le congé s'applique aux assurés du régime général de Sécurité sociale, du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, du régime de Sécurité sociale des travailleurs indépendants, du régime agricole et du régime d'assurance des marins :

- père de l'enfant ;
- conjoint de la mère ;
- partenaire de pacte civil de solidarité ;
- personne vivant maritalement avec la mère.

Il est possible d'en bénéficier, peu importe l'ancienneté ou la nature du contrat (CDI, CDD, temps partiel, intérimaire, saisonnier...).

Hospitalisation immédiate

Seule **l'hospitalisation immédiate, dès la naissance de l'enfant**, ouvre droit au bénéfice de congé. La CNAM précise que cette hospitalisation « *est caractérisée par l'absence de sortie de l'enfant vers son domicile avant son*

hospitalisation dans l'une des structures désignées par l'arrêté fixant les unités de soins spécialisées ».

Durée du congé

La CNAM précise que le congé :

- a une **durée maximale de 30 jours consécutifs** (sans possibilité de fractionnement) ;
- doit être pris dans les **4 mois** qui suivent la naissance de l'enfant. L'assuré peut prendre ce congé un, deux ou trois mois après le début de l'hospitalisation et pour la période d'hospitalisation restant à courir, dans la limite de 30 jours.

Pièces à fournir

Étant donné qu'il s'agit d'un **congé de droit, aucune demande anticipée auprès de l'employeur ne doit être effectuée**. Néanmoins, une information de ce dernier doit avoir lieu « sans délai » lors de la prise de ce congé.

L'assuré doit fournir une attestation de cessation d'activité professionnelle (maximum 30 jours) à son organisme de Sécurité sociale de rattachement, accompagnée d'un bulletin d'hospitalisation au nom de l'enfant auprès d'une unité de soins spécialisée visée par l'arrêté du 24 juin 2019 :

- unité de néonatalogie d'un établissement ou service de santé public ou privé ;
- unité de réanimation néonatale d'un établissement ou service de santé public ou privé ;
- unité de pédiatrie de nouveau-nés et de nourrissons d'un établissement ou service de santé public ou privé ;
- unité indifférenciée de réanimation pédiatrique et néonatale d'un établissement ou service de santé public ou privé.

La CNAM précise que le bulletin d'hospitalisation de l'enfant indique les informations suivantes (note d'information interministérielle en date du 27 juin 2019) :

- Le prénom et le nom de l'enfant ;
- la date de naissance de l'enfant ;
- la date de début et, le cas échéant, la date prévisionnelle de fin d'hospitalisation de l'enfant ;
- l'unité de soins dans laquelle l'enfant est hospitalisé.

Si l'hospitalisation se poursuit au-delà de 15 jours, le bulletin doit être renouvelé tous les 15 jours pour permettre le versement des indemnités journalières, sans attendre la période de fin du congé. Un bulletin doit être produit à la fin de l'hospitalisation de l'enfant afin de préciser la date de fin de droit au congé.

Cumul avec le congé « classique »

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 modifiant le régime du congé de paternité au 1^{er} juillet 2021, il est nécessaire de distinguer l'avant de l'après entrée en vigueur.

Jusqu'au 30 juin 2021 :

La CNAM précise que le congé de paternité et d'accueil de l'enfant de 11 jours (18 jours en cas de naissances multiples) peut être cumulé avec le congé pour hospitalisation de l'enfant. Ainsi, le congé de 11 jours peut être positionné avant ou après, dans la période de 4 mois suivant la naissance de l'enfant.

Si l'assuré souhaite positionner le congé de paternité pour hospitalisation de l'enfant avant le congé de paternité, « *les pièces justifiant du lien juridique avec l'enfant ou avec la mère de ce dernier, doivent être demandées dès réception de l'attestation de cessation d'activité professionnelle et du bulletin d'hospitalisation de l'enfant* ». Ces pièces n'ont alors plus besoin d'être redemandées à l'assuré, lors de l'étude de ses droits au congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

À partir du 1^{er} juillet 2021 :

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant sera rallongé de 14 jours supplémentaires, mais pourra toujours être cumulé avec le congé pour hospitalisation de l'enfant. Dès lors, le solde du congé de paternité restant après déduction des 4 jours obligatoires peut être positionné avant ou après, dans la période de 4 mois suivant la naissance de l'enfant.

Décès de la mère

En cas de décès de la mère du fait de l'accouchement, le père de l'enfant peut bénéficier du congé postnatal de la mère. Ce congé débute à compter de la date de l'accouchement.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

NAISSANCE	NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE DU PÈRE À LA SUITE DE CETTE NAISSANCE	DURÉE DU CONGÉ
UN ENFANT	1 ou 2 enfants	10 semaines
UN ENFANT	Au moins 3 enfants	18 semaines
PLUSIEURS ENFANTS	Quel qu'en soit le nombre	22 semaines

À noter que le père peut demander le report de son congé de paternité et d'accueil de l'enfant qui doit alors être pris dans les 4 mois suivant la fin de ce congé postnatal. Par ailleurs, si l'enfant reste hospitalisé au-delà de la 6^e semaine après sa naissance, le père a la possibilité de reprendre son travail et de reporter le reliquat de son congé postnatal à la fin de cette hospitalisation.

Enfant mort-né

Si l'enfant est mort-né, le père peut désormais bénéficier du congé de paternité et d'accueil de l'enfant sous réserve de la délivrance d'un acte d'enfant sans vie et d'un certificat médical d'accouchement d'un enfant né mort et viable.

4.3.1.3. Les formalités à effectuer

Par le salarié

Le salarié doit informer son employeur de la date et de la durée de son congé de paternité et d'accueil de l'enfant, par **lettre recommandée avec demande d'avis de réception, un mois minimum** avant le début du congé.

À noter : il n'y a pas d'obligation légale à informer l'employeur par courrier recommandé. Toutefois, l'Assurance maladie le recommande par souci de bonne gestion.

L'employeur ne peut pas refuser d'accorder le congé de paternité et d'accueil de l'enfant à un salarié, mais il doit en être informé au moins un mois à l'avance. Le congé ne peut être décalé qu'avec l'accord de l'employeur.

Le salarié doit adresser à sa caisse d'assurance maladie :

- soit la copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant ;
- soit une copie du livret de famille mis à jour ;
- soit, le cas échéant, la copie de l'acte de reconnaissance de l'enfant (pour l'enfant mort-né) ;
- soit, le cas échéant, la copie de l'acte d'enfant sans vie et un certificat médical d'accouchement d'un enfant né mort et viable (pour l'enfant mort-né).

Pour les autres personnes vivant en couple avec la mère (ils doivent également attester de leur lien avec la mère) :

- soit la copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant ;
- soit la copie de l'acte d'enfant sans vie et un certificat médical d'accouchement d'un enfant né mort et viable (pour l'enfant mort-né) ;
- soit un extrait d'acte de mariage ;
- soit la copie du PACS ;
- soit un certificat de vie commune ou de concubinage datant de moins d'un an ou, à défaut, une attestation sur l'honneur de vie maritale cosignée par la mère de l'enfant.

Par l'employeur

Au début du congé de paternité et d'accueil de l'enfant

L'employeur doit établir une attestation de salaire dès le début du congé de paternité et d'accueil de l'enfant. L'Assurance maladie se base sur les éléments portés sur cette attestation pour déterminer si le salarié remplit les conditions requises pour avoir droit aux indemnités journalières pendant son congé et, si tel est le cas, en calcule le montant. Les indemnités journalières lui sont ensuite versées, ou à l'employeur en cas de subrogation.

L'employeur peut établir cette attestation :

- **par le biais du logiciel de paie** : transmettre le signalement d'arrêt de travail *via* le logiciel de paie compatible avec la déclaration sociale nominative (DSN) ;
- **par courrier** : remplir le formulaire « Attestation de salaire pour le paiement des indemnités journalières » et l'adresser à la caisse d'assurance maladie du salarié ;
- **par Internet** : pour les entreprises disposant d'un numéro de Siret, se connecter sur le site net-entreprises.fr et s'inscrire au service *Attestations de*

salaire. L'attestation remplie est alors envoyée automatiquement à la caisse d'assurance maladie du salarié.

Au moment de la reprise du travail

Lorsque le salarié reprend son travail, l'employeur doit en principe en informer sa caisse d'assurance maladie. La démarche dépend du choix de l'employeur selon qu'il a opté ou non pour le signalement *via* la DSN :

- dans le cadre de la DSN, la reprise qui a lieu à la date prévue de fin du congé de paternité et d'accueil de l'enfant est transmise dans la DSN mensuelle. Seules les reprises anticipées du travail doivent faire l'objet d'un signalement d'arrêt de travail dès la connaissance de la date de reprise anticipée, qu'il y ait ou non subrogation de l'employeur ;
- hors DSN, ce sont uniquement les reprises anticipées du travail qui doivent être signalées à la caisse primaire d'assurance maladie du salarié, dès la connaissance de la date de reprise anticipée (quel que soit le mode de transmission de l'attestation de salaire). Pour les reprises qui ont lieu à la date prévue, les informations peuvent être demandées ultérieurement par l'Assurance maladie dans le cadre d'un contrôle.

4.3.1.4. Les indemnités journalières

Sous réserve que le salarié remplisse les conditions requises, la CPAM lui verse (ou à l'employeur en cas de subrogation) des indemnités journalières pendant toute la durée de son congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

Conditions d'ouverture de droits

Pour avoir droit aux indemnités journalières pendant son congé de paternité, le salarié doit justifier de **10 mois d'immatriculation, en tant qu'assuré social**, à la date de début de son congé de paternité.

Il doit également justifier :

- Avoir travaillé au moins **150 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant le début** de son congé de paternité et d'accueil de l'enfant ;
- Ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à **1 015 fois le montant du SMIC horaire** au cours des 6 mois civils précédant le début de son congé de paternité et d'accueil de l'enfant ;

- ou, à défaut, **en cas d'activité à caractère saisonnier ou discontinu**, avoir travaillé au moins **600 heures** au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant le début de son congé de paternité et d'accueil de l'enfant ;
- Ou **avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire**, au cours des 12 mois civils précédant le début de son congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

Calcul et montant de l'indemnité journalière

L'indemnité journalière versée pendant le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est calculée de la même façon que l'indemnité journalière versée pendant le congé maternité.

Le calcul du montant des indemnités paternité est identique pour tous les salariés (Alsace-Moselle compris). Le salaire pris en compte pour le calcul des IJ maternité est le salaire journalier de base (qui correspond à la moyenne du salaire perçu au cours des trois derniers mois qui précèdent le congé prénatal ou des 12 mois précédents en cas d'activité saisonnière ou non continue, divisé par 91,25), dans la limite du plafond de la Sécurité sociale, diminué d'un taux unique représentatif des cotisations salariales (article R. 331-5 du Code de la Sécurité sociale). Ce taux est fixé à 21 % (comprend CSG et CRDS) par l'arrêté du 28 mars 2013.

Le montant de l'indemnité journalière versée pendant le congé d'adoption est compris entre : **9,66 € et 89,03 € (au 1^{er} janvier 2021)**.

À noter : des conventions collectives ou des accords de branches peuvent prévoir le maintien du salaire par l'employeur pendant le congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

Cas particulier : les praticiens ou auxiliaires médicaux perçoivent une indemnité journalière forfaitaire (même montante que les chefs d'entreprise) : voir le tableau des montants des prestations paternité.

Les différents prélèvements

Le montant de l'indemnité journalière est réduit de 0,5 % au titre de la CRDS et de 6,20 % au titre de la CSG, ces taux étant compris dans le taux forfaitaire de 21 %.

Les indemnités journalières versées pendant le congé de paternité et d'accueil de l'enfant sont soumises à l'impôt sur le revenu.

4.3.2 POUR LES ACTIFS AGRICOLES

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est ouvert à tous les actifs agricoles (salariés, exploitants...) à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant.

Il permet de cesser son activité pour se consacrer à l'accueil de son enfant, tout en conservant un niveau de revenu identique.

Salarié ou exploitant : les dispositions communes

Depuis le 1^{er} janvier 2013, ce congé est accordé aussi bien aux pères qu'aux personnes vivant maritalement avec la mère.

On entend, par la personne vivant maritalement avec la mère, le conjoint, la personne liée par un pacte civil de solidarité, ou le concubin.

La durée du congé de paternité est de 11 jours (+ 14 jours au 1^{er} juillet 2021) – samedis et dimanches compris – portée à 18 jours (+ 14 jours au 1^{er} juillet 2021) en cas de naissances ou d'adoptions multiples.

L'assuré(e) doit l'utiliser en une seule fois, dans les 4 mois suivant la naissance ou l'adoption.

Pour les salariés

Le droit au congé de paternité et d'accueil de l'enfant est ouvert si le salarié peut percevoir des indemnités journalières.

L'assuré(e) doit formuler une demande de congé auprès de son employeur, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Cette formalité doit être accomplie au moins un mois avant la date choisie pour le début du congé.

L'employeur doit transmettre à la MSA l'imprimé « Attestation de salaire pour le paiement des indemnités journalières » dès le premier jour de congé. Des indemnités journalières sont alors versées, dans les mêmes conditions que celles accordées aux salariées en maternité.

Pour les exploitants

Si le père ou la personne vivant maritalement avec la mère est non-salarié agricole (exploitant, entrepreneur), les conditions sont les mêmes que pour l'allocation de remplacement des agricultrices : il faut faire appel au service de remplacement ou, à défaut, à un salarié embauché pour l'occasion.

L'assuré(e) doit demander à la MSA (ou à son assureur AMEXA) un imprimé de demande d'allocation de remplacement. Ce document est à retourner, complété, dans les 30 jours précédant la date d'interruption d'activité.

Montants

Pour rappel, depuis le 1^{er} janvier 2019, les assurés(e)s ne sont plus redevables de la CSG et de la CRDS. L'allocation est en général égale à la totalité des frais engagés.

Pour le remplacement effectué par un service de remplacement, le montant de l'allocation est égal au coût du remplacement. Le service de remplacement fixe le montant du prix journalier.

Pour le remplacement effectué par un salarié qui a été recruté par l'assuré(e), le montant de l'allocation est égal au montant des salaires et charges de la personne embauchée, dans la limite du salaire conventionnel correspondant à la qualification de l'emploi.

4.3.3 POUR LES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS OU LES CONJOINTS COLLABORATEURS

Les pères chefs d'entreprise, ou pour les praticiens ou auxiliaires médicaux, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle ou les conjoints collaborateurs peuvent bénéficier d'une indemnité à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant.

À noter : les modifications qui entreront en vigueur le 1^{er} juillet 2021 concernent également les travailleurs indépendants et les conjoints collaborateurs.

4.3.3.1. Les travailleurs indépendants

Le père, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle peuvent bénéficier, en cas de naissance ou d'adoption, d'une indemnité journalière forfaitaire.

Conditions d'octroi de la prestation

L'assuré(e) doit :

- justifier de 10 mois d'affiliation au titre de son activité non salariée (ou une autre activité ou chômage) à la date présumée de la naissance de l'enfant ou de son adoption ;
- interrompre son activité professionnelle ;
- prendre son congé de paternité et d'accueil de l'enfant dans les 4 mois suivant la naissance.

Durée de versement et montant de la prestation

L'indemnité journalière est susceptible d'être versée pendant :

- 11 jours consécutifs au maximum en cas de naissance ou d'adoption simple (+ 14 jours au 1^{er} juillet 2021) ;
- 18 jours consécutifs au maximum en cas de naissances ou d'adoptions multiples (+ 14 jours au 1^{er} juillet 2021).

En 2021, le montant maximum est de 56,35 € par jour.

Justificatifs à produire

Justificatif d'interruption d'activité

Pour être indemnisé, l'assuré(e) doit établir une déclaration sur l'honneur attestant son interruption d'activité, étant précisé que toute fausse déclaration est sanctionnée.

Justificatif de naissance

Les documents suivants doivent être adressés :

- la copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant ;
- ou la copie du livret de famille mis à jour ;
- ou la copie de l'acte de reconnaissance de l'enfant par le père ;
- ou la copie de l'acte d'enfant sans vie et un certificat médical d'accouchement d'un enfant né mort et viable ;
- ou l'extrait d'acte de mariage ;
- ou la copie du pacte civil de solidarité ;
- ou un certificat de vie commune.

En cas d'adoption, le justificatif est une copie du document remis aux parents par les services départementaux de l'adoption indiquant le début de la période d'adaptation ou une attestation de placement (pour les adoptions en France).

4.3.3.2. Les conjoints collaborateurs

Les conjoints collaborateurs peuvent prétendre à une indemnité de remplacement à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant.

Conditions d'octroi de la prestation

- Avoir le statut de conjoint collaborateur
- Prendre le congé dans les 4 mois suivant la naissance
- Se faire remplacer dans les travaux effectués habituellement
- Justifier de dix mois d'affiliation au titre d'une activité non salariée (ou autre activité ou chômage, sous condition de non-interruption) à la date présumée de l'accouchement ou à la date de l'adoption

Durée de versement et montant de la prestation

L'indemnité de remplacement des conjoints collaborateurs est susceptible d'être versée pendant la même durée que l'indemnité journalière des travailleurs indépendants.

En 2021, le montant maximum est de 55,52 € par jour.

Période durant laquelle doit se situer le congé

Le congé doit débuter dans les 4 mois suivant la naissance ou l'arrivée de l'enfant au foyer.

Justificatifs à produire

Justificatif du remplacement

Le conjoint collaborateur doit présenter un double :

- soit du bulletin de salaire établi pour la personne qui a assuré le remplacement ;
- soit de l'état de frais délivré par l'entreprise de travail temporaire qui est intervenue.

Justificatif relatif à la collaboration

L'assuré(e) doit transmettre une déclaration sur l'honneur attestant que son conjoint ou conjointe lui apporte effectivement et habituellement, sans être rémunéré(e), son concours pour l'exercice de sa propre activité professionnelle et ne relève pas d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité.

Les accidents du travail et les maladies professionnelles

Cette réglementation concerne les salariés.
D'autres catégories d'assurés peuvent prétendre à une assurance de ce type.



5

5.1 Historique et principes

La réparation des accidents du travail a subi une large évolution depuis un siècle.

AVANT 1898 : RESPONSABILITÉ PERSONNELLE DE L'EMPLOYEUR

Tout travailleur victime d'un accident du travail ne pouvait obtenir réparation que s'il démontrait que la cause en était imputable à l'employeur et que celui-ci avait commis une faute.

La réparation était aléatoire.

LOI DU 9 AVRIL 1898 : NOTION DE RISQUE PROFESSIONNEL

L'employeur devient responsable du seul fait qu'il a confié à un ouvrier un travail comportant un risque d'accident.

LOI DU 25 OCTOBRE 1919 : RÉPARATION DES DOMMAGES

Elle pose le principe d'une réparation des dommages causés par les maladies professionnelles.

Deux tableaux à l'origine : maladies causées par le plomb et maladies causées par le mercure. Aujourd'hui, 99 tableaux pour le régime général.

LOI DU 1^{ER} JUILLET 1938 : NOTION DE RISQUE D'AUTORITÉ

Les salariés sont garants, non plus en raison des travaux qui leur sont confiés, mais du fait de leur statut de salariés titulaires d'un contrat de louage de service.

LOI DU 30 OCTOBRE 1946 : NOTION DE RISQUE SOCIAL

Les accidents du travail, accidents de trajet et maladies professionnelles sont considérés comme des risques sociaux, au même titre que la maladie ; leur réparation se fonde sur le principe de l'assurance obligatoire, et non plus sur la notion de responsabilité.

La responsabilité de l'employeur subsiste dans le cas d'une faute intentionnelle ou inexcusable de sa part.

La priorité est alors donnée à la prévention et à la réinsertion.

AU 1^{ER} JANVIER 1947

Création de la fonction prévention des risques professionnels, qui s'est ajoutée à la fonction réparation (soins, indemnités journalières, rentes d'invalidité).

LOI DU 23 JANVIER 1993

Instauration d'un système complémentaire de réparation des maladies professionnelles. Ce système, en complément des tableaux de maladies professionnelles, prévoit une nouvelle procédure de reconnaissance des maladies qui comporte deux volets.

Peuvent désormais être reconnues d'origine professionnelle :

- la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau, lorsque l'une ou plusieurs des conditions énumérées audit tableau ne sont pas remplies (conditions concernant le délai de prise en charge, la durée d'exposition au risque, les travaux limitativement énumérés), lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime ;
- une maladie caractérisée, non désignée dans un tableau, lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès ou un taux d'incapacité partielle permanente (IPP) d'une certaine gravité.

DEPUIS LE 16 OCTOBRE 1995

Décret fixant les règles de tarification propres au régime des accidents du travail.

La réglementation instaurée présente l'originalité d'associer étroitement réparation, prévention et tarification.

CONSTAT FAIT PAR LA COUR DES COMPTES EN 2002

Le système de tarification, assez compliqué, est source d'incompréhensions pour les entreprises, et donc de contestations.

DÉCRET N° 2010-753 DU 5 JUILLET 2010

Réforme de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Le but de cette réforme est de rendre la tarification plus simple et plus lisible, et par conséquent plus incitative à la prévention en diminuant les délais entre la survenance du sinistre et sa traduction financière dans les taux

notifiés ; cette réforme permet notamment de ne plus prendre en compte, dans le calcul des taux, les arrêts de travail consécutifs à une rechute.

Le but de cette réforme est de rendre la tarification plus simple et plus lisible et par conséquent plus incitative à la prévention en diminuant les délais entre la survenance du sinistre et sa traduction financière dans les taux notifiés ; cette réforme permet notamment de ne plus prendre en compte, dans le calcul des taux, les arrêts de travail consécutifs à une rechute.

Ce décret est paru au journal officiel du 7 juillet 2010. Ces nouvelles règles ont concerné, pour la première fois, les taux applicables en 2012.

Attention : cette nouvelle tarification ne concerne pas le régime agricole.

ARRÊTÉ DU 15 FÉVRIER 2017 ET DÉCRET N° 2017-337 DU 14 MARS 2017

Nouvelle réforme de la tarification AT-MP venant supprimer le taux bureau des entreprises en taux réel, et individualiser de manière plus marquée la tarification des entreprises en taux mixte. Cette réforme se poursuit jusqu'en 2022.

Désormais, le taux de cotisation des AT/MP tient compte du mode de tarification retenu selon l'effectif de l'entreprise et du risque engendré par l'activité de l'établissement. Trois modes de tarification existent selon l'effectif de l'entreprise. Les seuils d'effectifs déterminent si une entreprise est en tarification individuelle, mixte ou collective. Pour déterminer le mode de tarification applicable à une entreprise, il convient de connaître son effectif global (somme des effectifs y compris dans les établissements et y compris les salariés à temps partiel) :

- Collectif : inférieur à 20
- Mixte : au moins égal à 20 et inférieur à 150
- Individuel : au moins égal à 150

DÉCRET N° 2018-598 DU 11 JUILLET 2018

Modification des conditions de détermination de la date assimilée à la date de l'accident pour l'indemnisation des maladies professionnelles des non-salariés agricoles, en cohérence avec les dispositions applicables au régime général et au régime agricole, depuis le 1^{er} juillet 2018. Il prévoit qu'est

assimilée à la date de l'accident : la date de la première constatation médicale de la maladie ou, lorsqu'elle est postérieure, la date qui précède de deux années la déclaration de la maladie professionnelle.

L'assurance risques professionnels est obligatoire pour les entreprises du régime général et est à leur entière charge.

Les risques couverts sont au nombre de trois :

- les accidents du travail (AT) ;
- les accidents de trajet ;
- les maladies professionnelles (MP).

DÉCRET N° 2018-928 DU 29 OCTOBRE 2018

Regroupe les anciens tribunaux des affaires de Sécurité sociale (TASS) et tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) au profit des tribunaux de grande instance (TGI) spécialement désignés qui géreront désormais les réclamations concernant les incapacités permanentes partielles (IPP).

DÉCRET N° 2019-356 DU 23 AVRIL 2019

Refonte de la procédure de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles pour les AT-MP déclarés à compter du 1^{er} décembre 2019 :

- renforcement de l'information du salarié et de l'employeur sur les différentes étapes de l'instruction et aménagement d'une phase de consultation et d'enrichissement du dossier ;
- instauration d'un délai de 10 jours à compter de la déclaration d'accident pour que l'employeur émette des réserves motivées auprès de la caisse primaire (CPAM) pour les accidents du travail ;
- création de différents délais encadrant la procédure d'instruction effectuée par les CPAM pour les AT-MP.

CIRCULAIRE CNAM CIR-22/2019 DU 19 JUILLET 2019

Détaille le processus de gestion des maladies professionnelles, réalisé conjointement par les CPAM et les échelons locaux du service médical. Elle anticipe la réforme portée par le décret n° 2019-356 du 23 avril 2019 relatif à la procédure d'instruction des déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles du régime général.

CIRCULAIRE CNAM CIR-28/2019 DU 9 AOÛT 2019

Précise les modalités d'application du décret n° 2019-356 du 23 avril 2019 relatif à la procédure d'instruction des AT-MP.

LOI N° 2019-222 DE PROGRAMMATION 2018-2022 ET LOI N° 2019-221 DU 23 MARS 2019

Loi n° 2019-222 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice et **loi organique n° 2019-221** relative au renforcement de l'organisation des juridictions du 23 mars 2019, qui ont opéré une transformation du système juridictionnel, notamment en matière de recours visant à contester le taux d'IPP.

LOI N° 2019-1446 DU 24 DÉCEMBRE 2019 DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2020 (ARTICLE 83) ET DÉCRET N° 2020-1232 DU 8 OCTOBRE 2020

A rendu obligatoire la notification par voie électronique à l'employeur des décisions relatives au taux de la cotisation AT/MP et au classement des risques dans les différentes catégories par la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) compétente. Cette mesure s'applique de manière progressive depuis le 1^{er} janvier 2020 aux entreprises dont l'effectif est supérieur ou égal à 150 salariés, puis au 1^{er} janvier 2021 aux entreprises dont l'effectif est au moins égal à 10 salariés et enfin, à compter du 1^{er} janvier 2022, à l'ensemble des entreprises.

DÉCRET N° 2020-1131 DU 14 SEPTEMBRE 2020 RELATIF À LA RECONNAISSANCE EN MALADIES PROFESSIONNELLES DES PATHOLOGIES LIÉES À UNE INFECTION AU SARS-COV-2

Il crée deux nouveaux tableaux de maladies professionnelles relatifs aux « *AFFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS LIÉES À UNE INFECTION AU SARS-CoV-2* » (tableau n° 100 et n° 60). Il déroge aux règles de composition du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) en allégeant sa composition pour créer un CRRMP unique dédié à la reconnaissance de maladies professionnelles liées à une contamination au SARS-CoV-2.

5.2 Bénéficiaires/ouverture des droits/tarification

5.2.1 LES BÉNÉFICIAIRES

Les salariés bénéficient de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) dès leur embauche.

Pour les principaux régimes d'assurance maladie autres que le régime général, les modalités sont les suivantes :

- **Régime des exploitants agricoles** : depuis le 1^{er} avril 2002, il existe une assurance AT-MP obligatoire pour les exploitants agricoles (les salariés agricoles bénéficient du risque AT-MP).
- **Régime des indépendants (ex RSI)** : le risque AT-MP n'est pas couvert ; les assurés doivent souscrire une assurance privée ;
- **SNCF, RATP** : le risque AT-MP est couvert par ces régimes ;
- **Fonctionnaires** : le risque AT-MP est géré par l'employeur ;
- **Personnel de la Banque de France** : le risque AT-MP est géré par l'employeur ;
- **Caisse autonome de Sécurité sociale dans les mines** (gestion des prestations en nature confiée aux CNAMTS) : gestion du risque AT-MP par l'employeur pour les agents des houillères ou par les sociétés de secours minières (potasse, fer, ardoisières) ;
- **Caisse d'assurance maladie des cultes (CAMIVAC)** : les risques AT-MP ne sont pas couverts.

Les cas particuliers

D'autres catégories de personnes peuvent également bénéficier de l'assurance « accidents du travail-maladies professionnelles », notamment :

- les stagiaires et les stagiaires de la formation professionnelle continue ;
- les élèves ou étudiants d'établissements d'enseignement technique, secondaire et spécialisé ;
- les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) qui participent à des actions favorisant leur insertion ;

- les personnes qui participent à un stage de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle ;
- les personnes qui participent bénévolement au fonctionnement d'organismes à objet social ;
- les détenus exécutant un travail pénal ;
- les demandeurs d'emploi qui participent à des actions d'aide à la création d'entreprise ou d'orientation, d'évaluation ou d'accompagnement de la recherche d'emploi dispensées ou prescrites par le Pôle emploi ainsi que les chômeurs indemnisés se rendant à un entretien d'embauche.

Les personnes qui n'en bénéficient pas peuvent souscrire une assurance volontaire auprès de la caisse primaire du lieu de résidence.

5.2.2 L'OUVERTURE DES DROITS

La législation AT-MP ne prévoit ni durée de salariat, ni durée d'immatriculation.

Le droit existe dès l'instant où l'accident du travail ou la maladie professionnelle répond à la définition qu'en donnent la loi et la jurisprudence.

5.2.3 LA TARIFICATION

Les accidents du travail et les maladies professionnelles sont assurés collectivement en France.

Les entreprises cotisent en fonction de différents paramètres tels que leur taille, leur secteur d'activité, ainsi que la fréquence et la gravité des sinistres dont peuvent être victimes leurs salariés.

C'est l'Assurance maladie-Risques professionnels qui est l'assureur social de ces risques. Chaque année, elle fixe le taux de cotisation pour les établissements. Le taux net moyen national de cotisation pour 2021 est de 2,24 % et s'applique sur la masse salariale des entreprises.

Il existe trois modes de tarification en fonction de la taille des entreprises :

- le taux collectif ne tient pas compte des paramètres propres à l'entreprise et s'applique aux plus petites d'entre elles (moins de 20 salariés) ;
- le taux individuel est calculé en fonction des éléments statistiques des trois dernières années connues pour les grandes entreprises (au moins 150 salariés) ;

- le taux mixte, qui est à la fois individuel et collectif, détermine le taux en fonction des éléments statistiques et des résultats collectifs du risque professionnel dont relèvent les entreprises de taille intermédiaire (de 20 à 149 salariés).

Pour faire baisser leur taux de cotisation, les entreprises doivent évaluer leurs risques et mettre en œuvre des mesures de prévention adaptées. L'Assurance maladie-Risques professionnels a pour mission de les aider à mettre en place leurs politiques de prévention.

L'ensemble des dépenses d'une année (prestations versées, prévention, frais de gestion...) est financé par les recettes de l'année, qui sont constituées à plus de 97 % par les cotisations.

L'Assurance maladie-Risques professionnels reverse l'essentiel du montant des cotisations qu'elle perçoit sous forme de prestations.

Il convient donc de répartir annuellement entre les entreprises la masse de cotisations nécessaires pour garantir l'équilibre financier, le but étant la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail (prévention) et la mutualisation des risques.

Le taux brut de cotisation est la « valeur de risque » de l'établissement rapportée à sa masse salariale, sur une période donnée.

Pour fixer le taux brut de cotisation de l'établissement, il faut donc connaître plusieurs éléments : le type de taux qui s'applique à l'établissement (taux collectif, taux individuel, taux mixte), le secteur d'activité et les coûts moyens de chaque catégorie de sinistres dans ce secteur d'activité.

Pour connaître la valeur du risque d'un établissement en taux individuel, il faut d'abord connaître le coût moyen, calculé au niveau national, de chaque catégorie de sinistres d'un secteur d'activité donné.

Pour cela, l'Assurance maladie-Risques professionnels, grâce aux données financières dont elle dispose, fait l'opération suivante :

- elle prend toutes les dépenses causées par les sinistres d'une certaine catégorie (par exemple, les sinistres ayant justifié un arrêt de travail de 4 à 15 jours) qui ont été versées pendant les trois dernières années au titre d'un même secteur d'activité ;
- et elle les divise par le nombre d'accidents survenus pendant cette même période de trois ans dans cette même catégorie de sinistres.

Pour fixer, au niveau de l'établissement, le taux brut de cotisation, on rapporte la valeur du risque de l'établissement ainsi déterminée à sa masse salariale des trois dernières années. On pourrait schématiser le calcul de la manière suivante :

(Coût moyen par catégorie X Nombre de sinistres de l'établissement
par catégorie sur 3 ans)

+

(Masse salariale sur 3 ans)

=

Taux brut de cotisation

Le type de taux qui s'applique à l'entreprise dépend de l'effectif de l'entreprise. Ces seuils sont fixés par arrêté ministériel. La notification du taux de cotisation, déterminé par la CARSAT, est adressée annuellement à tous les employeurs pour chacun de leurs établissements. Ce taux est consultable en ligne *via* le compte AT-MP.

Le récapitulatif des dépenses versées aux victimes pour chaque accident du travail et maladie professionnelle – appelé compte employeur courant – est uniquement consultable sur le compte AT-MP. Cette rubrique est mise à jour quotidiennement.

Depuis le mois de juillet 2020, les tiers déclarants peuvent accéder aux comptes AT-MP de leurs clients. Ainsi, ils peuvent visualiser les informations nécessaires à la gestion de leur portefeuille client à travers un point d'entrée unique. Pour y accéder, ils doivent avoir réalisé au moins une déclaration sociale nominative (DSN) en 2019 pour leurs clients concernés. Néanmoins, cet accès est déconnecté de celui des entreprises pour certains services.

5.3 L'accident du travail

5.3.1 DÉFINITION

Le Code de la Sécurité sociale, article L. 411-1, définit comme suit l'accident du travail : « Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise. »

La Cour de cassation est venue préciser dans un arrêt en date du 2 avril 2003 (n°00-21.768) :

« Constitue un accident du travail tout fait précis survenu soudainement au cours ou à l'occasion du travail et qui est à l'origine d'une lésion corporelle. »

5.3.2 QUALIFICATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Plusieurs critères cumulatifs doivent ainsi être réunis pour autoriser la qualification d'accident du travail :

- le caractère soudain de l'événement (coupure, chute...) ou l'apparition soudaine d'une lésion (douleur lombaire à l'occasion d'une manutention) ou psychologique, critères qui distinguent l'accident de la maladie, laquelle apparaît de façon lente et progressive ;
- le caractère professionnel, c'est-à-dire la survenance de l'accident par le fait ou à l'occasion du travail. La victime doit être placée sous la subordination juridique d'un employeur et l'accident survient soit au cours de la réalisation de son travail, soit à l'occasion de celui-ci (accident ou blessures lors d'un déplacement ou d'une mission effectuée pour le compte de l'employeur).

L'accident d'un représentant du personnel dans l'exercice de son mandat constitue un accident du travail. En revanche, ne sont pas considérés comme tels les accidents qui se produisent pendant la suspension du contrat de travail (grève, congés, mise à pied) ou lorsque le salarié s'est soustrait à l'autorité de l'employeur (pour accomplir un travail personnel, par exemple).

5.4 L'accident de trajet

5.4.1 DÉFINITION

Considéré comme accident du travail, l'accident de trajet est, d'après l'article L.411-2 du Code de la Sécurité sociale, celui qui survient au salarié pendant le trajet d'aller et retour et ayant entraîné une lésion :

- **entre sa résidence habituelle et son lieu de travail**
Le trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ;
- **entre son lieu de travail et l'endroit où il prend habituellement ses repas**
Le trajet ne devant être perturbé pour des raisons extérieures à l'emploi ou aux nécessités essentielles de la vie courante.

5.4.2 PRÉCISIONS SUR LES NOTIONS

Résidence

La notion de résidence prise en compte pour les accidents de trajet s'entend comme suit :

- il peut s'agir de la résidence principale, c'est-à-dire du lieu où le travailleur a son principal établissement ;
- ou de la résidence secondaire, si elle présente un caractère de stabilité, autrement dit si elle fait l'objet de séjours fréquents et réguliers ;
- ou tout autre lieu où le travailleur doit se rendre de façon habituelle pour des motifs familiaux.

Lieu des repas

La notion de « lieu habituel des repas » n'impose pas une fréquentation strictement quotidienne et peut concerner d'autres parcours que ceux menant à la cantine ou au restaurant d'entreprise.

Dans le cas d'un café-restaurant, d'un lieu de restauration rapide, etc., le rythme de fréquentation est cependant déterminant.

La prise du repas doit être effectuée entre les temps de travail (pause déjeuner). De plus, la preuve que l'accident est lié à un accident de trajet doit être apportée par le salarié.

Appréciation des tribunaux

Le fait de considérer ou non tel type d'accident comme accident de trajet résulte de la jurisprudence (décisions de justice dans le cadre de litiges), et de l'appréciation qui y est faite par les juges des éléments de preuve qui leur sont présentés.

Ainsi, la Cour de cassation admet l'accident de trajet si l'interruption du trajet normal est strictement motivée par des nécessités essentielles de la vie courante ou liée à un motif professionnel.

Par ailleurs, elle considère que le trajet pour rejoindre un lieu de mission fait partie intégrante de la mission et qualifie par conséquent l'accident survenu pendant le trajet comme accident de travail. Il en va de même en général pour les personnes exerçant une profession itinérante (VRP – voyageur représentant placier – chauffeur livreur...).

5.5 La maladie professionnelle

5.5.1 DÉFINITION

Une maladie est dite « professionnelle » lorsqu'elle est contractée par le salarié en lien avec son activité professionnelle.

Elle est la conséquence de l'exposition à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de la profession, tel que l'absorption quotidienne de doses de vapeurs ou de poussières toxiques ou l'exposition répétée au bruit et aux vibrations (risque physique, chimique, psychique ou biologique).

Le point de départ de la maladie est difficile à dater, car souvent les premiers symptômes, liés à cette maladie, peuvent se présenter plusieurs années après l'exposition au risque.

L'origine de la maladie étant difficile à prouver, seuls les critères médicaux, les techniques de probabilité et les critères administratifs de présomption peuvent permettre d'accéder au droit à la réparation.

Certaines maladies professionnelles peuvent survenir après un accident du travail (par exemple, apparition d'un tétanos à la suite d'une blessure accidentelle). Dans ce cas, la prise en charge est rattachée au titre des complications d'un accident du travail, à condition de l'avoir déclaré.

5.5.2 NOTION D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

Conformément au système prévu par la loi du 25 octobre 1919 (art. L461-1 CSS), une maladie peut être reconnue comme maladie professionnelle si elle figure sur l'un des tableaux de maladies professionnelles annexés au Code de la Sécurité sociale.

Ces tableaux sont créés et modifiés par décret au fur et à mesure de l'évolution des techniques et des progrès des connaissances médicales. Il existe actuellement 112 tableaux pour le régime général.

Chaque tableau comporte :

- les affections concernées par le tableau et, pour certaines pathologies, les critères de diagnostic exigés pour caractériser la maladie (examens médicaux prescrits) ;
- le délai de prise en charge, c'est-à-dire le délai maximal entre la constatation de l'affection et la date à laquelle le travailleur a cessé d'être exposé au risque ;

- la liste des travaux indicative ou limitative. Elle est indicative lorsqu'il est possible de s'inscrire dans le tableau même si l'activité ne figure pas dans la liste. Elle est limitative, lorsqu'il faut constater la réalisation des activités mentionnées pour entrer dans le cadre du tableau.

Toute affection qui répond aux conditions médicales, professionnelles et administratives mentionnées dans les tableaux est systématiquement « présumée » d'origine professionnelle, sans qu'il soit nécessaire d'en établir la preuve.

Exemples :

- Affections provoquées par les vibrations et les chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets et par les chocs itératifs du talon de la main sur des éléments fixes ;
- cancer bronchopulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante ;
- affections cutanées cancéreuses provoquées par les dérivés suivants du pétrole : huiles minérales peu ou non raffinées et huiles minérales régénérées utilisées dans les opérations d'usinage et de traitement des métaux, extraits aromatiques, résidus de craquage, huiles moteur usagées ainsi que suies de combustion des produits pétroliers.

Toutefois, certaines maladies peuvent être reconnues d'origine professionnelle même si elles ne figurent pas dans l'un des tableaux :

- si elle est essentiellement et directement causée par le travail ;
- si elle entraîne une incapacité d'au moins 25 % ou le décès.

5.6 Les formalités

La décision de prise en charge des AT-MP incombe aux Caisses primaires d'assurance maladie, avec si besoin avis motivé du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

5.6.1 OBLIGATIONS DE LA VICTIME

Pour un accident de travail ou de trajet

La victime/l'accidenté doit :

- Informer ou faire informer son employeur, au plus tard dans les 24 heures de l'accident, sauf le cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes ;
- relever l'identité des témoins éventuels (en prévision d'une enquête de la caisse) et des tiers responsables éventuels ;
- transmettre à son employeur le volet 4 du certificat médical AT-MP initial, et conserver le volet 3.

Le formulaire est intitulé "certificat médical" et concerne un "accident de travail" ou une "maladie professionnelle". Il est destiné à être rempli par un médecin et transmis à la CPAM. Le formulaire est divisé en plusieurs sections :

- Section 1 :** Informations générales (nom, adresse, date, lieu de l'accident).
- Section 2 :** Description de l'accident et des circonstances.
- Section 3 :** Description des lésions et du diagnostic.
- Section 4 :** Description des soins et du traitement.
- Section 5 :** Description des conséquences (arrêt de travail, incapacité, etc.).
- Section 6 :** Informations complémentaires (témoin, responsable, etc.).

En cas de défaillance de l'employeur, la victime peut faire la déclaration d'accident du travail (DAT) à sa caisse dans les deux ans suivant l'accident.

Pour les maladies professionnelles

Les travailleurs victimes doivent demander directement à leur caisse primaire (CPAM), la reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie. La victime doit effectuer les démarches suivantes :

- effectuer la déclaration dans un délai de 15 jours suivant la cessation du travail, sauf en cas de prolongation* ;
- transmettre les 4 premiers volets du formulaire à la caisse primaire, et conserver le 5^e ;
- joindre à ce formulaire les **2 premiers volets du certificat médical** initial établi par le médecin, **conserver le 3^e volet et envoyer le 4^e à l'employeur** ainsi que **l'attestation de salaire** établie par l'employeur (sauf si ce dernier l'adresse directement à la caisse primaire).

The image shows a digital form titled 'DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE'. It is divided into several sections: 'PERSONNEL', 'MÉDECIN', 'ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE PROFESSIONNELLE DE LA MALADIE', and 'EMPLOYEUR'. Each section contains fields for entering specific data, such as name, address, medical details, and employer information. The form is presented in a clean, structured layout with green and blue accents.

La caisse primaire accuse réception de la déclaration de maladie professionnelle et se charge ensuite d'instruire le dossier et de se prononcer sur le caractère professionnel ou non de la maladie. La caisse adresse directement à l'employeur une copie de la déclaration de maladie professionnelle.

**3 mois suivant l'inscription de la maladie au tableau des maladies professionnelles si la maladie a été constatée avant son inscription au tableau.*

2 ans si les délais précités n'ont pas été respectés et dans les conditions suivantes :

- à la date de l'arrêt du travail lié à la maladie ou, si elle est postérieure, la date de l'information par certificat médical du lien possible entre la maladie et l'activité professionnelle ;
- ou à la date de cessation du paiement des indemnités pour maladie ;
- ou à la date de l'inscription de la maladie aux tableaux des maladies professionnelles.

À noter : les personnes infectées par la Covid-19 dans le cadre de leur activité professionnelle doivent réaliser une déclaration sur le site Internet declare-maladiepro.ameli.fr.

Cette procédure de reconnaissance de l'affection Covid-19 en maladie professionnelle concerne les personnes et les situations suivantes :

- pour les personnes qui ne travaillent pas dans le secteur de la santé : à condition qu'elles aient contracté la Covid-19 dans le cadre de leur travail et si la maladie a entraîné une affection grave. La demande sera examinée par un comité d'experts médicaux ;
- pour les professionnels exerçant dans le secteur de la santé selon deux conditions :
 - la contamination a eu lieu dans le cadre de leur travail,
 - la contamination a entraîné une affection respiratoire grave avec recours à l'oxygénothérapie ou toute autre forme d'assistance respiratoire.

Lorsque ces professionnels de santé ont été atteints d'une affection grave autre que respiratoire, la demande de reconnaissance sera préalablement examinée par un comité d'experts médicaux.

5.6.2 OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR

Pour un accident de travail ou de trajet

L'employeur doit :

- déclarer tout accident du travail dont il a eu connaissance, dans les 48 heures (jours fériés et dimanches non compris) sur un imprimé spécial, directement en ligne ou par courrier à la caisse primaire dont dépend la victime (de façon à faire reconnaître le caractère professionnel de l'accident) ;
- délivrer à l'accidenté la feuille d'accident du travail, ce qui lui permettra de bénéficier de la gratuité des soins par le biais du tiers payant.

En cas d'arrêt de travail, l'employeur fournit à la caisse primaire le montant du salaire, le nombre des heures de travail et la date de début de l'emploi, par le biais de l'attestation de salaire à transmettre en ligne ou par courrier.

L'employeur peut émettre des réserves à la caisse primaire sur le caractère professionnel de l'accident du travail dès la DAT, ou dans un délai maximum de 10 jours francs à compter de la date de déclaration. La circulaire CNAM 2/2019 du 9 août 2019 précise qu'il s'agit de la date de rédaction de la DAT (mentionnée sur le formulaire de déclaration) et non sa date d'envoi.

Si la déclaration émane de la victime ou de ses représentants, le délai de 10 jours francs court à partir de la date à laquelle l'employeur a reçu le double de la déclaration transmis par la caisse primaire.

Pour les maladies professionnelles

Contrairement à ce qui est prévu pour les accidents du travail, **l'employeur n'a pas à faire cette déclaration lui-même**. En effet, il n'est généralement pas informé de la nature de la maladie qui a pu motiver un arrêt de travail chez l'un de ses salariés.

C'est la caisse primaire qui décide du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie.

Comme pour l'accident du travail, l'employeur a la possibilité d'émettre des réserves pendant la phase contradictoire et des observations à la suite du recours au comité d'experts médicaux.

5.6.3 OBLIGATIONS DU PRATICIEN TRAITANT

Pour un accident de travail

Le praticien traitant, **choisi librement** par la victime, examine celle-ci, puis :

- rédige, s'il y a lieu, une ordonnance prescrivant des soins ;
- établit un certificat médical (dématérialisé ou formulaire papier) qui doit comporter :
 - l'identification du médecin et de la victime,
 - les dates de l'accident et du certificat,
 - la description précise de l'état de la victime et de toutes les lésions, ainsi que toutes les constatations pouvant présenter une importance pour la détermination de l'origine traumatique des lésions, sans mentionner les affections médicales sans rapport avec l'accident du travail,

- l'appréciation des suites éventuelles et la durée probable de l'incapacité temporaire,
- la prescription éventuelle d'un arrêt de travail.

La rédaction de ce certificat initial est une obligation légale sans que le médecin ait à juger de la réalité du fait accidentel allégué, dès lors que le patient se présente à lui avec les volets d'accident du travail.

À l'inverse, si un blessé allègue un accident du travail mais n'est pas en possession des trois volets de la feuille de soins, les honoraires doivent être réglés par le patient. Le médecin établit alors une feuille de maladie. Il peut néanmoins établir un certificat médical.

Si le certificat médical est dématérialisé, aucune démarche ne doit être effectuée par l'assuré. Le certificat réalisé sur le formulaire papier doit être rédigé sur un imprimé composé de 4 volets (qui servira également au certificat de prolongation, de rechute, ou au certificat final descriptif). Dans ce cas, le médecin :

- adresse directement, dans un délai de 24 heures, **les volets 1 et 2 du certificat médical** à la caisse primaire dont dépend l'assuré et remet immédiatement le volet 3 et le volet 4 (qui vise à informer l'employeur de l'arrêt de travail) à la victime (c'est donc la victime elle-même qui transmet ce volet 4 à l'employeur) ;
- reporte sur les **pages 1 et 2 de la feuille de soins d'accident du travail et maladie professionnelle** les indications correspondant aux actes qu'il a pratiqués ; remet la page 1 à la victime qui doit la présenter à chaque intervention d'un praticien ou d'un fournisseur afin de pouvoir bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

Pour les maladies professionnelles

Tout médecin, quel que soit son statut et quel que soit son mode d'exercice, est donc concerné par la procédure de déclaration et d'indemnisation des maladies professionnelles : il lui appartient de demander à son patient quel est son métier, son poste de travail, et quels produits il manipule.

Comme pour les accidents du travail, le médecin établit un certificat médical initial qui précise la maladie et la date de sa 1^{re} constatation médicale. La procédure de transmission du document est identique à celle d'un arrêt de travail.

Dans cette démarche, le médecin du travail occupe bien entendu une place privilégiée, puisqu'il est souvent le premier et quelquefois le seul observateur des dommages causés à l'homme par les nuisances professionnelles, qu'elles soient de nature physique, chimique, biologique ou qu'elles soient liées à l'organisation du travail.

5.6.4 OBLIGATIONS DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE

Le certificat médical et la déclaration de l'employeur sont réceptionnés par le service « Accidents du travail » de la CPAM. Le décret n° 2019-356 du 23 avril 2019 supprime la notion de délai complémentaire qui était auparavant laissée à la main de la caisse, au profit de deux délais distincts :

- dans un délai de **30 jours francs** à compter de la **date** de la **réception** de la **DAT** et du **certificat médical initial**, la **caisse doit statuer** sur le **caractère professionnel** de l'**accident** :
 - soit, elle statue immédiatement après ce délai,
 - soit elle engage des investigations lorsqu'elle l'estime nécessaire ou lorsqu'elle a reçu des réserves motivées émises par l'employeur :
 - la caisse adresse à l'**employeur** ainsi qu'à la **victime** ou **ses représentants**, un courrier A/R les informant qu'un **questionnaire** est mis à leur disposition en ligne ou en format papier. Ce questionnaire porte sur les circonstances ou la cause de l'accident et doit être **retourné** dans un **délai de 20 jours francs** à compter de sa **date de réception**,
 - **simultanément**, elle doit **informer** les **parties des dates-clés de la procédure** : consultation du dossier contradictoire formulation de leurs observations et notification de la décision de la caisse,
 - Au **plus tard 70 jours francs** après réception de la DAT et du certificat médical initial, le dossier est mis à la **disposition** des **parties**

pour **consultation**. Les **parties disposent** alors de **10 jours francs** pour **formuler des observations** sur les éléments présents au dossier ;

- à l'issue de la période d'investigation, dans un délai de **90 jours francs** à compter de la date de la réception de la DAT et du certificat médical initial (soit 30 jours supplémentaire par rapport à la période initiale), la caisse devra statuer sur le caractère professionnel de l'accident.

En cas de rejet, les voies de recours sont indiquées :

- en cas de rejet administratif, contestation de la matérialité de l'accident et de son caractère professionnel, la voie est celle du contentieux général : Commission de recours amiable dans un délai de 2 mois suivant la décision. Le tribunal de grande instance peut également être saisi ;
- en cas de rejet médical, contestation de l'imputabilité des lésions décrites à l'accident du travail, la voie de recours est l'expertise médicale (article L141-1 du Code de Sécurité sociale).

Pour les maladies professionnelles

La nouvelle procédure introduite par le décret n° 2019-356 du 23 avril 2019 fixe la distinction suivante :

- la demande est instruite par la caisse dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles :
 - la caisse dispose d'un délai de **120 jours francs** (soit 4 mois) à compter de la **réception** de la **demande de maladie professionnelle**, du **certificat médical initial** et le cas échéant, des examens médicaux prévus au tableau correspondant, pour **statuer** sur le **caractère professionnel** de la **maladie** ou **saisir** le **Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)**,
 - dans le cadre de ses investigations comme pour les AT, elle adresse à l'**employeur** ainsi qu'à la **victime** ou **ses représentants**, un courrier A/R les informant qu'un **questionnaire** est mis à leur disposition en ligne ou en format papier. Ce questionnaire doit être **retourné** dans un **délai de 30 jours francs à compter de sa date de réception**,
 - **simultanément**, elle adresse un **double** de la **déclaration de maladie professionnelle** intégrant le **certificat médical initial** à l'**employeur** par tout moyen conférant date certaine à sa réception

ainsi qu'au médecin du travail compétent. Elle **informe** également les parties de la **date d'expiration du délai de 120 jours francs**,

- la caisse peut également interroger tout employeur ainsi que tout médecin du travail de la victime lors de ses investigations qui ne peuvent excéder **100 jours francs**,
 - Au **plus tard 100 jours francs** après réception de la DAT et du certificat médical initial, le dossier est mis à la **disposition des parties** pour **consultation**. Les **parties disposent** alors de **10 jours francs** pour **formuler des observations** sur les éléments présents au dossier,
 - à **l'issue** du délai de **120 jours francs** la caisse doit statuer et notifier sa décision relative à la prise en charge ou au rejet de la maladie professionnelle,
 - à défaut, elle saisit le CRRMP avant l'expiration du délai de **120 jours francs** lorsqu'elle ne peut se prononcer en raison de l'absence d'une condition administrative du tableau au regard des investigations menées ou que la pathologie déclarée ne peut être rattachée à aucun tableau et que le taux d'incapacité de la victime est supérieur à 25 % ;
- le CRRMP est saisi par la CPAM pour établir l'existence d'un lien direct entre la maladie et l'activité professionnelle de l'assuré :
 - La caisse primaire dispose d'un délai de **120 jours francs à compter** de cette **saisine** pour **statuer** sur le **caractère professionnel de la maladie** ;
 - **Au moment de la saisine**, la caisse primaire doit en informer la victime ou ses représentants ainsi que l'employeur par tout moyen conférant date certaine à la réception de cette information et précise à cette occasion les différentes échéances de cette nouvelle phase,
 - pendant **40 jours francs** la caisse met le dossier à la disposition des parties. Les **30 premiers jours**, la caisse, le service du contrôle médical et les parties peuvent le compléter ou y apporter des observations. Les **10 jours francs suivants**, seules la consultation et la formulation d'observations sont possibles pour la victime ou ses représentants et l'employeur (sans ajout de nouvelles pièces),
 - une fois le dossier complété et transmis au CRRMP, ce dernier dispose d'un délai de **110 jours francs à compter de la saisine** pour rendre un avis motivé à la caisse,
 - la caisse **notifie immédiatement** à la victime ou à ses représentants ainsi qu'à l'employeur la **décision de reconnaissance** ou de **refus**

de reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie conforme à cet avis.

Ce comité comprend :

- le médecin-conseil régional ou son représentant ;
- le médecin inspecteur régional du travail et de l'emploi ou son représentant ;
- un professeur des universités (praticien hospitalier, ou un praticien hospitalier particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle).

À noter : dans le cadre de la reconnaissance de l'affection Covid-19 en maladie professionnelle, un CRRMP dédié a été créé, composé d'un médecin-conseil et d'un professeur des universités-praticien hospitalier ou d'un praticien hospitalier.

5.7 Les prestations

5.7.1 FRAIS DE SANTÉ

Une fois que la CPAM a reconnu le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, l'assuré bénéficie d'une prise en charge à 100 % de tous les soins liés à l'accident ou à la maladie, sur la base et dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, à l'exception des prothèses dentaires et de certains dispositifs médicaux qui sont pris en charge à 150 % de la base des tarifs de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels.

Grâce au formulaire d'accident du travail remis par l'employeur, la caisse règle directement les praticiens, auxiliaires médicaux, fournisseurs, établissements de soins et transporteurs.

La prise en charge en accident du travail des soins se termine le plus souvent avec la guérison de l'accident du travail ou sa consolidation. Le médecin-conseil peut accorder, pour des cas précis et pour des durées déterminées, des soins en accident du travail si les séquelles nécessitent un traitement.

5.7.2 EN ESPÈCES

5.7.2.1. Les indemnités journalières

En cas d'arrêt de travail, la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut percevoir des indemnités journalières, versées selon les modalités suivantes :

- les indemnités journalières versées au titre d'un accident du travail sont versées sans délai de carence, à partir du lendemain du jour de l'accident (le salaire du jour de l'accident étant entièrement à la charge de l'employeur) et pendant toute la durée de l'arrêt de travail jusqu'à la date de guérison ou de consolidation ;
- les indemnités journalières versées au titre d'une maladie professionnelle sont versées sans délai de carence, à partir du 1^{er} jour qui suit l'arrêt de travail, et pendant toute la durée de l'arrêt de travail jusqu'à la date de guérison ou de consolidation.

À noter : avant la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie ou de l'accident, les indemnités journalières sont versées au titre de l'Assurance maladie.

L'indemnisation au titre de l'assurance AT-MP n'interviendra qu'à partir de la reconnaissance du caractère professionnel, avec une régularisation éventuelle.

Le salaire à prendre en considération s'entend sur l'ensemble des salaires et éléments annexes, compte tenu s'il y a lieu des avantages en nature et des pourboires, mais sous déduction des frais professionnels et frais d'atelier, des prestations familiales légales, des cotisations patronales de Sécurité sociale ou à des régimes de retraite complémentaire.

L'employeur peut être tenu au versement d'indemnités complémentaires basées sur l'ancienneté du travailleur dans l'entreprise.

Base de calcul de l'indemnité journalière

L'indemnité journalière est calculée à partir du salaire brut du mois précédant l'arrêt de travail. Pour le salarié mensualisé, **ce salaire est divisé par 30,42** pour déterminer le salaire journalier de base. L'indemnité va être égale à un pourcentage de ce salaire de référence, variant en fonction de la durée de l'arrêt maladie, dans la limite du gain journalier net (salaire journalier moins 21 %).

Dans certains cas (saisonniers, intérimaires, VRP, etc.), l'indemnité journalière est calculée sur la base des salaires des douze mois antérieurs à l'arrêt de travail.

Montant de l'indemnité journalière

Pendant les 28 premiers jours d'arrêt de travail, l'indemnité journalière est égale à 60 % du salaire journalier de base, avec un montant maximum **de 205,84 € par jour au 1^{er} janvier 2021**.

À compter du 29^e jour d'arrêt de travail, l'indemnité journalière est majorée : elle est portée à 80 % du salaire journalier de base, avec un montant maximum **de 274,46 € par jour au 1^{er} janvier 2021**.

L'indemnité journalière ne peut être supérieure au salaire journalier net perçu par la victime.

Prélèvements sociaux, impôts, retraite

Les indemnités journalières AT-MP sont soumises aux prélèvements sociaux (0,5 % de CRDS et 6,2 % de CSG).

De plus, un taux forfaitaire de 21 % est déduit du montant de l'indemnité journalière.

Elles sont également soumises à l'impôt sur le revenu à concurrence de 50 % de leur montant.

Les décomptes d'indemnités journalières valident les droits à la retraite et doivent être conservés sans limitation de durée.

Rechute de l'état de santé

Une rechute après guérison et consolidation est possible. Celle-ci entraîne à nouveau les mêmes droits que lors de l'arrêt initial (prise en charge des soins et versement d'indemnités journalières).

La rechute ne peut être liée qu'à une aggravation de la lésion initiale ou à l'apparition d'une nouvelle lésion relative à l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

Dès réception du certificat médical de rechute établi par le médecin traitant, la CPAM, après avis du médecin-conseil, décidera de prendre en charge ou non la rechute au titre d'accident du travail.

5.7.2.2. L'incapacité permanente

Après la consolidation, si la victime reste atteinte d'une incapacité permanente consécutive à son accident de travail ou à sa maladie professionnelle, elle peut percevoir une indemnité calculée en fonction de son taux d'incapacité.

Évaluation du taux d'incapacité

C'est la CPAM qui, après avis du médecin-conseil, détermine le taux d'incapacité permanente de la victime et le montant à verser (sous forme de capital ou de rente).

Ce taux est déterminé en fonction de critères médicaux et professionnels (nature de l'infirmité, état général, âge, facultés physiques et mentales, aptitudes et qualifications professionnelles) et à partir de deux barèmes indicatifs d'invalidité, l'un sur les accidents du travail, l'autre sur les maladies professionnelles figurant en annexe du Code de la Sécurité sociale.

La victime a deux mois pour contester la décision de la caisse auprès de la commission médicale de recours amiable (CMRA), puis de 2 mois après réception de l'avis de la commission (ou de son absence de réponse pendant 4 mois, valant rejet) pour en contester celui-ci devant le tribunal judiciaire de son lieu de domicile.

À noter : pour un taux compris entre 1 % et 99 %, on parle d'incapacité permanente partielle (IPP), alors que pour un taux de 100 %, on parle d'incapacité permanente totale (IPT).

Ce taux peut être modifié en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'assuré.

Indemnisation des victimes

La victime atteinte d'une incapacité permanente consécutive à son accident de travail ou à sa maladie professionnelle pourra percevoir soit une indemnité en capital si son taux d'incapacité est inférieur à 10 %, soit une rente viagère si son taux est supérieur ou égal à 10 %.

Indemnité en capital forfaitaire

Elle est attribuée à la **victime atteinte d'une incapacité permanente inférieure à 10 %**.

MONTANT DE L'INDEMNITÉ EN CAPITAL VERSÉE SELON LE TAUX D'INCAPACITÉ*	
Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnité en capital
1 %	418,96 €
2 %	680,96 €
3 %	995,08 €
4 %	1 570,57 €
5 %	1 989,64 €
6 %	2 460,85 €
7 %	2 984,21 €
8 %	3 560,36 €
9 %	4 188,63 €

(* Chiffres au 1^{er} avril 2020)

L'indemnité en capital est versée en une seule fois après expiration du délai de recours de 2 mois.

Elle est exonérée de CSG et de CRDS, et n'est pas imposable.

Son montant peut être révisé lorsque le taux d'incapacité permanente augmente, tant que celui-ci reste inférieur à 10 %.

Rente viagère

Elle est attribuée à la victime atteinte d'une incapacité permanente supérieure ou égale à 10 %.

La rente est calculée sur la base du salaire annuel (12 derniers mois) multiplié par le taux d'incapacité. Le taux est calculé après réduction de moitié jusqu'à 50 % et augmenté de moitié sur la partie excédant 50 %.

Exemples :

En cas d'incapacité de 20 %, la victime a droit à une rente ainsi calculée :

- taux de la rente = $20/2 = 10 \%$
- montant de la rente = salaire annuel x 10 %

En cas d'incapacité de 75 % :

- taux de la rente = $(50 : 2) + (25 \times 1,5) = 25 + 37,5 = 62,5 \%$
- montant de la rente = salaire annuel x 62,5 %

- Dans le cas où l'incapacité permanente est supérieure ou égale à 66,66 %, la victime bénéficie pour lui-même et ses ayants droit éventuels d'une exonération du ticket modérateur sur ses frais de santé, sauf les médicaments à « service médical rendu modéré », les médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales et les médicaments à « service médical rendu faible ».
- Dans le cas où l'incapacité temporaire est supérieure ou égale à 80 %, la victime peut bénéficier de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP). Cette prestation est modulée sur la base de forfaits fixés en fonction des besoins d'assistance.

Les rentes d'incapacité permanente sont versées chaque trimestre (pour les taux entre 10 et 50 %), ou chaque mois (lorsque le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 50 %).

Elles sont exonérées de CSG et de CRDS, non imposables et sont versées jusqu'au décès de la victime.

Lorsque le salaire annuel est supérieur au salaire minimum des rentes, communément appelé « salaire utile », soit 18 631,28 € au 1^{er} avril 2020, il sera retenu de la façon suivante :

- jusqu'à deux fois le salaire minimum des rentes : il est compté intégralement ;
- de deux à huit fois le salaire minimum des rentes : la fraction excédant deux fois le salaire minimum est comptée pour un tiers ;
- au-delà de huit fois le salaire minimum des rentes : la fraction est abandonnée.

Rachat de la rente

Sous certaines conditions, la rente pouvait être transformée en capital, ou en rente viagère, versée pour moitié au conjoint survivant. La demande devait être faite auprès de la CPAM.

À compter du 1^{er} janvier 2020, ce rachat n'est plus possible.

Modification ultérieure du taux de rente

Le montant de la rente peut varier lors d'une revalorisation économique ou si l'état d'incapacité de la victime est modifié.

Sous certaines conditions, il est possible de faire bénéficier le conjoint du travailleur décédé d'une partie de la rente que celui-ci percevait de son vivant, en formulant une demande auprès de la CPAM.

5.7.2.3. Rente d'ayant droit

En cas de décès de l'assuré, lié à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle, ses ayants droit peuvent percevoir une rente. Le total de cette rente ne peut pas dépasser 85 % du salaire annuel de l'assuré décédé. Si ce montant est dépassé, chaque rente est réduite proportionnellement.

Les rentes sont versées chaque trimestre et revalorisées une fois par an. Elles sont exonérées de CSG et de CRDS, et ne sont pas imposables.

Le conjoint, le concubin, le partenaire lié par un pacs

Le conjoint non divorcé ni séparé, ou le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, a droit à une rente viagère égale à 40 % du salaire annuel de l'assuré décédé, à condition que le mariage ait été contracté, ou que la situation de concubinage ait été établie ou que le PACS ait été conclu

avant la date de l'accident du travail et depuis au moins 2 ans à la date du décès de l'assuré.

Ces conditions ne sont pas exigées si l'assuré et son conjoint (ou son concubin, ou son partenaire PACS) ont eu un ou plusieurs enfants.

Majoration de la rente

Lorsque le conjoint a 55 ans, ou avant cet âge s'il est atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50 %, le montant de sa rente viagère est de 60 % du salaire annuel de l'assuré décédé.

Remariage du conjoint

Lorsque le conjoint se remarie, il cesse d'avoir droit à sa rente viagère. Il perçoit, à la place, un capital dont le montant est égal à 3 fois le montant annuel de la rente qu'il percevait. Si le conjoint a des enfants bénéficiaires eux aussi d'une rente d'ayant droit, il conserve son droit à sa rente viagère aussi longtemps que l'un d'entre eux bénéficie lui-même d'une rente d'ayant droit.

En cas de divorce, séparation ou veuvage consécutif à ce remariage, le conjoint aura droit, de nouveau, à sa rente viagère, éventuellement diminuée du montant du capital versé.

L'ex-conjoint séparé ou divorcé

L'ex-conjoint séparé ou divorcé peut également bénéficier de la rente viagère s'il avait, avant le décès de l'assuré, obtenu une pension alimentaire. Le montant de la rente viagère est alors égal au montant de la pension alimentaire, mais ne peut pas dépasser 20 % du salaire annuel de base de l'assuré décédé.

L'ex-partenaire

L'ex-partenaire de l'assuré décédé peut également prétendre à la rente s'il bénéficiait d'une aide financière de ce dernier à la date du décès.

Si l'assuré décédé avait un nouveau conjoint, partenaire ou concubin, la rente à laquelle celui-ci peut prétendre ne peut pas être inférieure à la moitié de la rente de 40 %.

Les enfants

Les enfants dont la filiation est légalement établie, ont droit à une rente d'ayant droit jusqu'à l'âge de 20 ans.

La rente pour chaque orphelin est égale à :

- 25 % du salaire annuel pour les 2 premiers ;
- 20 % au-delà de deux enfants ;
- 30 % si l'enfant est orphelin de père et de mère ou le devient, soit au moment du décès, soit avant 20 ans.

Les ascendants

Les ascendants peuvent bénéficier de la rente viagère égale à 10 % du salaire annuel de l'assuré décédé, s'ils étaient à la charge de l'assuré (si celui-ci avait conjoint ou enfant(s)) ou de prouver qu'ils auraient pu obtenir une pension alimentaire de l'assuré (si celui-ci n'avait ni conjoint ni enfant).

Le total des rentes versées aux ascendants ne peut pas excéder 30 % du salaire annuel de la victime. Au-delà, chaque rente est réduite proportionnellement.

5.8 L'assurance AT-MP des exploitants agricoles

5.8.1 LES PRINCIPES

Les exploitants agricoles, leurs conjoints ainsi que les enfants de plus de 14 ans qui participent occasionnellement aux travaux sont assurés contre les risques accidents du travail et maladies professionnelles.

Deux organismes peuvent gérer ce risque :

- la MSA par le biais de l'assurance accidents du travail des exploitants agricoles (ATEXA) ;
- le GAMEX par le biais de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles des exploitants agricoles (AAEXA).

5.8.2 POUR QUI ?

- Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole
- Les membres non salariés de société
- Les mandataires de sociétés ou de caisses locales d'assurances mutuelles agricoles
- Les cotisants de solidarité, sous certaines conditions
- Les aides familiaux et associés d'exploitation
- Les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise (conjoints, concubins ou passés du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole)
- Les enfants âgés de 14 à 20 ans s'ils participent occasionnellement aux travaux d'exploitation

5.8.3 QUELLES COTISATIONS ?

Il s'agit d'une assurance à caractère obligatoire. Elle est financée par les cotisations dues par l'ensemble des personnes concernées.

Les cotisations sont forfaitaires et fixées annuellement. Elles sont identiques quel que soit l'assureur retenu.

Le montant des cotisations est calculé en fonction du statut de la personne assurée, du secteur d'activité selon le niveau de risques (sauf pour les

cotisants solidaires) et proportionnellement à la durée d'affiliation pendant l'année considérée.

5.8.4 LES PRESTATIONS

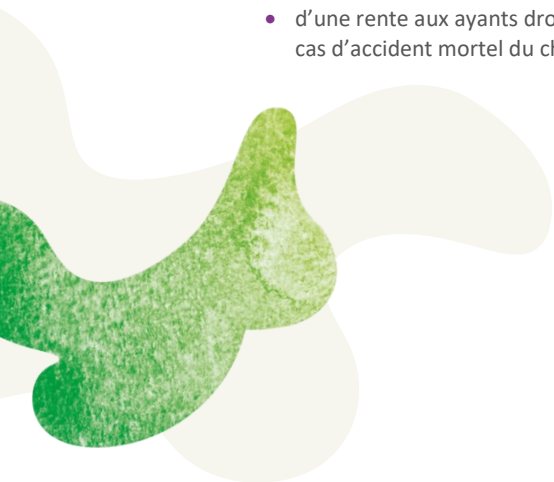
L'assurance des accidents du travail des exploitants agricoles (ATEXA) et l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles des exploitants agricoles (AAEXA) couvrent les victimes d'un accident survenant durant leur travail sur le lieu de l'exploitation, pendant le trajet aller-retour entre le domicile et le lieu de travail ou tout lieu où l'assuré doit se rendre pour ses activités professionnelles.

La couverture concerne également les pathologies inscrites sur la liste des maladies professionnelles ou reconnues par le comité régional de reconnaissance de ces maladies (CRRMP) au niveau du régime agricole.

L'assuré bénéficie du tiers payant sur tous ses frais de santé lié à l'accident ou à la maladie professionnelle, dans la limite du tarif de responsabilité.

Il bénéficie également :

- d'indemnités journalières à partir du 8^e jour en cas d'incapacité temporaire de travail (y compris en cas de rechute) ;
- d'une rente accident du travail si le taux est ≥ 30 % pour le chef d'exploitation, 100 % pour le collaborateur d'exploitation (conjoint, concubin ou pacsé) ou le conjoint participant aux travaux, l'aide familial, l'associé d'exploitation et l'enfant âgé de 14 à 20 ans participant occasionnellement aux travaux ;
- d'une rente aux ayants droit (conjoints, concubins, pacsés ou enfants) en cas d'accident mortel du chef d'exploitation.



L'assurance invalidité

Pour les professions libérales, des prestations forfaitaires sont mises en place.

Ce chapitre traite de l'assurance invalidité du régime général.



6

6.1 La demande d'une pension d'invalidité

La pension d'invalidité est octroyée aux personnes victimes d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle.

Elle permet de compenser la perte de revenus lorsque l'assuré est dans l'incapacité de reprendre son activité professionnelle.

La pension d'invalidité est soumise à des conditions médicales, d'âge et d'ouverture des droits :

- ne pas avoir atteint l'âge légal de la retraite (62 ans) ;
- la capacité de travail ou de revenus est réduite d'au moins 2/3 ;
- être immatriculé depuis au moins 12 mois au moment de l'arrêt de travail suite à l'invalidité ou au moment de la constatation de l'invalidité par le médecin-conseil de la CPAM ;
- justifier, au cours des 12 mois qui précèdent l'arrêt de travail pour invalidité ou la constatation médicale de l'invalidité, d'au moins 600 heures de travail salarié ou d'avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le SMIC horaire.

L'assuré ou son médecin (après accord de l'assuré) adresse un certificat médical au médecin-conseil du service médical de sa caisse d'assurance maladie.

La caisse d'assurance maladie de l'assuré peut proposer une pension d'invalidité après échanges entre le médecin-conseil du service médical et l'assuré.

L'étude du dossier peut couvrir deux mois. La caisse d'assurance maladie informe ensuite l'assuré de son accord ou de son refus.

Note : si le dossier est accepté, un titre de pension d'invalidité et une notification d'attribution précisant la catégorie et le montant sont adressés à l'assuré. En cas de refus, celui-ci peut être communiqué ou non lors de ce délai des deux mois. Des voies de recours sont alors possibles.

6.2 Montant et versement de la pension d'invalidité

La pension d'invalidité est calculée par l'Assurance maladie en tenant compte du salaire annuel moyen de l'assuré à partir des dix meilleures années d'activité (salaires soumis à cotisations dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale, soit 41 136 euros pour 2021) ainsi que de la catégorie d'invalidité attribuée par le médecin-conseil.

Il existe trois catégories de pension d'invalidité :

SALARIÉS	TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS	SITUATION
1 ^{re} catégorie	PIPM	Être capable d'exercer une activité professionnelle rémunérée
2 ^e catégorie	PITD	Ne plus pouvoir exercer d'activité professionnelle
3 ^e catégorie	PITD + MTP	Ne plus pouvoir exercer d'activité professionnelle et avoir besoin de l'aide d'une personne pour la réalisation des gestes essentiels de la vie courante

La pension est versée tous les mois à terme échu par la caisse d'assurance maladie de l'assuré.

Les justificatifs de paiement de pension d'invalidité doivent être conservés sans limite de durée. Ils valident les droits à la retraite.

Montants des pensions d'invalidité pour les salariés au 1^{er} janvier 2021 par catégorie (revalorisés chaque année)

	CALCUL DE LA PENSION EN % SUR LA BASE DU SALAIRE ANNUEL MOYEN (10 MEILLEURES ANNÉES D'ACTIVITÉ)	MONTANT MENSUEL MINIMUM	MONTANT MENSUEL MAXIMUM
1 ^{re} catégorie	30 %	293,96 €	1 028,40 €
2 ^e catégorie	50 %	293,96 €	1 714,00 €
3 ^e catégorie	50 % + majoration pour tierce personne	1 419,25 €	2 839,29 €

Montants des pensions d'invalidité pour les indépendants au 1^{er} avril 2020 par catégorie (revalorisés chaque année)

	CALCUL DE LA PENSION EN % SUR LA BASE DU SALAIRE ANNUEL MOYEN (10 MEILLEURES ANNÉES D'ACTIVITÉ)	MONTANT MENSUEL MINIMUM	MONTANT MENSUEL MAXIMUM
PIPM	30 %	459,51 €	1 028,40 €
PITD	50 %	647,39 €	1 714,00 €
PITD + MTP	50 % + majoration pour tierce personne	1 772,68 €	2 839,29 €

La pension d'invalidité est soumise à l'impôt sur le revenu, par le biais du prélèvement à la source, sauf pour la « majoration tierce personne ».

Le montant de la pension est également soumis aux prélèvements sociaux :

- 0,5 % au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- 8,3 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG) ;
- 0,3 % au titre de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) ;
- Taux réduit (CSG à 3,8 %) ou minoré (CSG à 6,6 %) en fonction des ressources.

Une exonération complète peut être effectuée sur les prélèvements sociaux dans les situations suivantes :

- en fonction du revenu fiscal de référence ;
- si l'assuré perçoit l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ;
- si l'assuré ne réside pas fiscalement en France.

6.3 Durée et prestations

Le montant de la pension d'invalidité peut être modifié en fonction de la situation de l'assuré. Un document à remplir et à renvoyer est transmis régulièrement par la CPAM. Tout changement (ressources, activités...) est à signaler à la caisse.

Cas de révision, suspension ou suppression :

- raisons médicales (aggravation ou amélioration) ;
- reprise d'une activité professionnelle salariée ;
- reprise d'une activité professionnelle non salariée ;
- atteindre l'âge légal de la retraite (62 ans), la pension devient une pension retraite pour inaptitude ou en cas de poursuite d'une activité professionnelle, la pension continue à être versée jusqu'à l'âge de 67 ans ;
- être privé d'emploi à l'âge légal de la retraite.

Les soins médicaux, examens et médicaments sont pris en charge à 100 % pour la maladie et la maternité dans la limite des tarifs fixés par la Sécurité sociale, hormis des médicaments à « service médical rendu modéré », certaines préparations magistrales et les médicaments à « service médical rendu faible ».

Des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie, de congé maternité, paternité ou d'adoption, peuvent être versées lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle (sous conditions d'ouverture de droits).

La pension d'invalidité ouvre également droit au capital décès.

6.4 Allocation supplémentaire d'invalidité

L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) peut être versée, sous conditions de ressources, en complément de la pension d'invalidité. Elle complète aussi une pension de veuf ou de veuve invalide.

Son versement est effectué uniquement aux travailleurs salariés si les ressources sont inférieures à un plafond mensuel fixé, au 1^{er} avril 2020, à :

- 750 € pour une personne seule ;
- 1 312,50 € pour un couple en bénéficiant conjointement.

Son montant ne peut dépasser un plafond fixé, au 1^{er} avril 2020, à :

- 419,72 € par mois pour une personne seule ou lorsqu'un seul conjoint en bénéficie ;
- 692,61 € par mois pour un couple marié lorsque les deux conjoints en bénéficient et 839,46 € par mois pour un couple pacsé ou en concubinage lorsque les deux conjoints en bénéficient.

Le bénéficiaire de l'allocation supplémentaire d'invalidité est exonéré des contributions CSG, CRDS ainsi que de l'impôt sur le revenu sur le montant de l'ASI.

Les démarches à effectuer :

- si l'assuré n'a pas atteint l'âge de la retraite (entre 60 et 62 ans), il doit remplir le formulaire et l'adresser au service invalidité de sa caisse d'assurance maladie ;
- si l'assuré a atteint l'âge de la retraite (entre 60 et 62 ans), il doit s'adresser à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

Il est également possible, sous certaines conditions, de bénéficier de la « majoration pour vie autonome » ainsi que de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) différentielle. Il convient de se renseigner auprès de sa caisse d'allocations familiales (CAF).

6.5 La carte mobilité inclusion

La carte mobilité inclusion (CMI) remplace progressivement les 3 cartes existantes : carte d'invalidité, carte de priorité et carte de stationnement.

L'assuré peut en bénéficier sous certaines conditions de handicap ou de perte d'autonomie. La demande s'effectue auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) du lieu de résidence de l'assuré(e).

La CMI peut comporter trois mentions :

- **la mention « invalidité »** : pour les personnes dont le taux d'incapacité permanente est d'au moins 80 %. Deux sous-mentions peuvent y figurer : « besoin d'accompagnement » ou « besoin d'accompagnement-cécité » ;
- **la mention « priorité »** : pour les personnes atteintes d'une incapacité inférieure à 80 % et dont la station debout est pénible ;
- **la mention « stationnement »** : pour les personnes atteintes d'un handicap réduisant leur capacité et leur autonomie de déplacement à pied ou imposant l'accompagnement d'une tierce personne lors de leurs déplacements.

Seules les mentions « invalidité » et « priorité » ne sont pas cumulables.



6.6 La pension de veuf ou de veuve invalide

Cette pension garantie par l'assurance invalidité est accordée sous conditions au conjoint survivant de l'assuré ou du titulaire de droits à pension de vieillesse ou d'invalidité du défunt, lorsque ce **conjoint survivant est lui-même atteint d'une invalidité de nature à lui ouvrir droit à pension d'invalidité**.

Pour en bénéficier, les conditions suivantes relatives au conjoint survivant doivent être remplies :

- être âgé(e) de moins de 55 ans (la pension vieillesse de veuf ou de veuve versée par la caisse de retraite se substitue à la pension d'invalidité de veuf ou de veuve dès que le conjoint atteint l'âge de 55 ans) ;
- être atteint(e) d'une invalidité médicalement reconnue réduisant d'au moins 2/3 la capacité de travail ;
- justifier que son conjoint(e) était, à la date de son décès, soit bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou de retraite, soit titulaire de droits à une pension d'invalidité ou de retraite

Son attribution n'est pas automatique : le conjoint doit en faire la demande.

Il lui faut remplir un formulaire de demande de pension d'invalidité de veuf(ve) et l'adresser, accompagné des pièces justificatives demandées dans la notice du formulaire, à la CPAM de son conjoint(e) décédé(e).

Le montant annuel de la pension de veuve ou veuf est calculé selon l'âge atteint par le défunt : soit sur la pension d'invalidité dont ce dernier eût bénéficié s'il avait été classé dans la deuxième catégorie, soit sur la pension de vieillesse qui lui aurait été allouée s'il avait été reconnu inapte au travail, soit sur la pension de vieillesse dont il bénéficiait ou à laquelle il aurait pu prétendre.

Ce montant est égal à 54 % de cette pension dont bénéficiait ou eût bénéficié le défunt.

La pension de veuve ou veuf invalide est majorée de 10 % lorsque le bénéficiaire a eu au moins 3 enfants à charge. Elle est soumise aux prélèvements sociaux obligatoires.

Le conjoint survivant invalide peut cumuler dans une certaine mesure la pension de veuve ou de veuf avec des avantages personnels de vieillesse, d'invalidité ou d'accident du travail ou des revenus professionnels. Toutefois, il ne peut cumuler cette pension avec une pension de réversion (c'est la pension la plus élevée qui est servie).

Il est possible d'obtenir, en plus de la pension et sous certaines conditions de ressources, l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

La pension de veuve ou veuf invalide est supprimée si l'assuré se remarie (cependant, elle peut être rétablie en cas de divorce ou de nouveau veuvage si les conditions pour en bénéficier sont toujours remplies). Elle est aussi supprimée si le bénéficiaire cesse de remplir les conditions, dont notamment celle d'être invalide.

À partir de 55 ans, la pension de veuve ou veuf invalide peut être remplacée par une pension de vieillesse de veuve ou de veuf d'un montant égal. Elle est alors versée par la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CAR-SAT).



L'assurance liée au décès



7

7.1 Les prestations de l'Assurance maladie

7.1.1 LE CAPITAL DÉCÈS

L'assurance décès garantit aux ayants droit de l'assuré défunt le paiement d'un capital égal à un montant forfaitaire déterminé, appelé « capital décès ».

Versé aux héritiers du défunt, ce capital leur permet de faire face aux frais immédiats liés au décès du proche.

Les conditions liées à l'ouvrant droit décédé

Pour avoir la qualité d'ouvrant droit au capital décès, il faut que le défunt remplisse un certain nombre de conditions à la date de son décès.

- Justifier d'une des conditions suivantes :
 - soit le montant des cotisations assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant un mois civil ou trente jours consécutifs est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 60 SMIC ;
 - soit il a effectué au moins 60 heures de travail salarié ou assimilé au cours d'un mois civil ou de 30 jours consécutifs ;
 - soit le montant des cotisations assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant 3 mois civils est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 120 SMIC ;
 - soit il a effectué au moins 120 heures de travail salarié ou assimilé pendant 3 mois civils ou 3 mois de date à date ;
 - soit le montant des cotisations assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant cette année civile est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 400 SMIC ;
 - soit il a effectué au moins 400 heures de travail salarié ou assimilé au cours de cette même année civile ;
- Moins de 3 mois avant son décès :
 - soit avoir exercé une activité salariée ;
 - soit avoir perçu une allocation Pôle emploi ;
 - soit avoir été titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente AT-MP.

Il peut aussi être en situation de maintien de droits à l'assurance décès au titre de l'une des situations susmentionnées.

Les bénéficiaires

Ils sont classés en 2 catégories.

Les bénéficiaires prioritaires

Le versement du capital est effectué par priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'assuré.

En cas de pluralité de personnes pouvant se prévaloir du droit de priorité, le capital décès est versé par ordre de préférence :

- au conjoint ou au partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- aux enfants ;
- aux ascendants.

S'il y a plusieurs personnes bénéficiaires prioritaires de même rang, le capital décès est partagé entre chacune d'elles.

Les bénéficiaires prioritaires disposent d'un délai d'un mois suivant le décès de l'assuré pour faire valoir leur droit de priorité et demander le capital décès. Passé ce délai, ils perdent leur droit de priorité et bénéficient d'un délai de 2 ans à compter de la date du décès pour formuler leur demande de capital décès.

Les bénéficiaires non prioritaires

Si aucune priorité n'est invoquée dans un délai d'un mois suivant le décès de l'assuré, le capital est versé dans l'ordre suivant :

- au conjoint non séparé de droit ou de fait, ou au partenaire de PACS ;
- ou, à défaut, aux descendants ;
- ou, à défaut, aux ascendants.

S'il y a plusieurs personnes bénéficiaires non prioritaires de même rang, le capital décès est partagé entre chacune d'elles.

Les bénéficiaires non prioritaires disposent d'un délai maximum de 2 ans, à compter de la date du décès, pour demander le capital décès.

La demande

Les bénéficiaires éventuels du capital décès doivent en faire la demande auprès de la caisse d'assurance maladie qui versait les prestations à la personne décédée, en remplissant le formulaire « Demande de capital décès » et en joignant des pièces justificatives.

Si le bénéficiaire du capital décès est mineur, la demande doit être faite par son représentant légal. En cas de carence du représentant légal, le juge du tribunal d'instance forme la demande et désigne la personne ou l'établissement qui devra recevoir en dépôt les sommes qui lui reviennent.

La décision de la caisse d'assurance maladie est notifiée aux demandeurs.

Le montant du capital

Le montant du capital décès est forfaitaire et est revalorisé annuellement. Pour les travailleurs salariés, il est égal à **3 472 €** au 1^{er} avril 2020.

Le capital décès est inaccessibles et insaisissables, sauf pour le paiement de dettes alimentaires ou le recouvrement du capital indûment versé à la suite d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration. Le capital décès n'est pas soumis à la contribution sociale généralisée (CSG), ni à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), ni aux cotisations de Sécurité sociale, ni à l'impôt sur les successions.

7.1.2 LES PRESTATIONS ENCORE DUES

Les prestations dues (remboursement des soins, indemnités journalières, etc.) qui n'ont pas été versées de son vivant à la personne décédée, peuvent être versées à l'ayant droit, en tant qu'héritier. Les ayants droit de l'assuré décédé peuvent déléguer un tiers pour l'encaissement des prestations ; elles peuvent être versées, par exemple, au notaire qui s'occupe de la succession du défunt.

Pour être remboursé, il faut fournir à la caisse d'assurance maladie de la personne décédée :

- l'**acte de décès** (si le décès a lieu en dehors du territoire français) ;
- un **certificat d'hérédité** si le montant des prestations dues est inférieur ou égal à 5 300 € ;
- un **certificat de propriété** établi par le notaire ou le juge d'instance, si le montant des prestations est supérieur à 5 300 €.

Si le montant des prestations dues n'excède pas 2 400 €, la somme peut être versée à l'héritier qui en fait la demande.

- Si l'assuré décédé percevait une rente AT-MP, la dernière notification de paiement de la rente.

À noter : le certificat d'hérédité et le certificat de propriété sont des documents officiels qui attestent de la qualité d'héritier d'une personne. Le certificat d'hérédité est délivré par la mairie du lieu du domicile du défunt ou de l'un des héritiers. Le certificat de propriété est délivré par un notaire.

7.2 Les prestations des autres assurances sociales

7.2.1 LES AUTRES AIDES POUR LE CONJOINT SURVIVANT

L'Assurance maladie gère le capital décès et éventuellement les pensions de veuve ou de veuf invalide (cf. chapitre sur l'assurance invalidité).

La branche famille peut accorder, sous certaines conditions et à la demande du conjoint, l'allocation de parent isolé ou l'allocation de soutien familial.

La branche vieillesse peut attribuer, sous certaines conditions et selon l'âge du conjoint, une allocation de veuvage ou une pension de réversion.

7.2.2 L'ALLOCATION VEUVAGE

Versée par la branche vieillesse, l'allocation veuvage est une allocation temporaire qui peut être attribuée à l'époux(se) survivant(e), sous conditions de ressources. Supprimée par la loi Fillon de 2003, elle a été rétablie par la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

Cette allocation vise à assurer un minimum de ressources au conjoint survivant d'un assuré décédé dans l'attente d'une activité, ou du bénéfice de la pension de réversion. Ainsi, elle n'est due que si son total et celui des ressources personnelles du conjoint survivant n'excèdent pas un plafond fixé (si ce total dépasse ce plafond, l'allocation est réduite à due concurrence).

Les conditions d'ouverture du droit

- **Conditions liées à l'époux(se) décédé(e) :**

Pour ouvrir droit à l'allocation veuvage, le défunt (ou la défunte) doit avoir été affilié(e) à l'assurance vieillesse au moins 3 mois au cours des douze mois précédant celui de son décès.

- **Conditions liées au conjoint survivant :**

Le veuf (ou la veuve) doit remplir cumulativement les conditions suivantes :

- résider en France de manière régulière (sauf exceptions limitativement énumérées) ;
- être âgé(e) de moins de 55 ans (à partir de 55 ans une retraite de réversion peut être demandée à l'assurance retraite) ;

- disposer de ressources personnelles inférieures à 2 344,92 € sur le dernier trimestre précédant sa demande, soit 781,64 € par mois en 2021 ;
- ne pas être remarié(e), ne pas avoir conclu de PACS et ne pas vivre en concubinage.

Comment les ressources sont-elles appréciées ?

Toutes les ressources personnelles du demandeur sont prises en compte (sous réserve de dispositions spécifiques pour les conjoints de non-salariés agricoles), à l'exception notamment des capitaux décès, de l'allocation de logement, de la prestation de compensation du handicap, de l'aide personnalisée au logement.

La condition de ressources est applicable pendant toute la durée du versement de l'allocation. Le bénéficiaire doit donc informer l'organisme débiteur de tout changement intervenu dans sa situation. Un contrôle des ressources est effectué au moment de la demande, puis périodiquement.

À noter : l'allocation veuvage (si elle est attribuée) peut se cumuler avec la rémunération tirée de l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une formation rémunérée ayant commencé en cours de période de versement de l'allocation de veuvage (pendant une certaine période). En revanche, les revenus d'activité professionnelle faisant suite à une création ou à une reprise d'entreprise ne se cumulent pas avec l'allocation (pendant une certaine période).

La demande et le versement

La demande d'allocation veuvage s'effectue auprès de l'organisme de retraite (celui du demandeur ou du défunt) *via* un formulaire accompagné des pièces justificatives exigées dans la notice, selon la situation du demandeur.

Si les conditions sont remplies et qu'elle est attribuée, l'allocation veuvage est versée mensuellement et à terme échu pendant une période maximum de 2 ans à compter du premier jour du mois au cours duquel s'est produit le décès (elle a un caractère temporaire). Toutefois, lorsque, à la date du décès, le conjoint survivant avait atteint l'âge de 50 ans, la période de 2 ans est prolongée jusqu'à ce qu'il ait 55 ans.

Le montant mensuel net maximum de l'allocation de veuvage est fixé à **625,31 €** (janvier 2021).

Son versement est interrompu si le bénéficiaire cesse de remplir les conditions requises.

Annexes

8



8.1 Lexique

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACAATA	Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
ACOSS	Agence centrale des organismes de Sécurité sociale
ACPR	Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AFFILIATION	Assujettissement d'une personne à un régime de Sécurité sociale, rattachée à un organisme compétent pour recevoir des prestations et verser des cotisations
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AGIRC-ARCCO	Association générale des institutions de retraite des cadres-Association des régimes de retraite complémentaire
AISS	Association internationale de la Sécurité sociale
AJPP	Allocation journalière de présence parentale
ALD	Affection longue durée
ALF	Allocation de logement familiale
ALS	Allocation de logement social
AMC	Assurance maladie complémentaire
AME	Aide médicale de l'État
AMEXA	Assurance maladie des exploitants agricoles
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AMO	Assurance maladie obligatoire
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANSM	Agence nationale de Sécurité du médicament et des produits de santé
ANSP	Agence nationale de santé publique
APA	Allocation personnalisée d'autonomie

ARS	Agence régionale de santé
ASF	Allocation de soutien familial
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASS	Allocation de solidarité spécifique
ASSURÉ SOCIAL	Personne affiliée à un régime de Sécurité sociale
AT-MP	Accidents du travail-Maladies professionnelles
AYANT DROIT	Personne bénéficiant des prestations de Sécurité sociale, non à titre personnel, mais du fait de ses liens avec l'assuré
BMAF	Base mensuelle de l'allocation familiale
CADAM	Comité d'alerte des dépenses de l'assurance maladie
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMIEG	Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
CANSSM	Caisse autonome nationale de Sécurité sociale dans les mines
CARCEPT	Caisse autonome de retraite complémentaire et de prévoyance du transport
CARCDSF	Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes
CAREL	Caisse de retraite des élus locaux
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France
CARMI	Caisse régionale de Sécurité sociale des mines
CARPIMKO	Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes et orthoptistes
CARPV	Caisse autonome de retraite et de prévoyance des vétérinaires
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CAS	Contrat d'accès aux soins
CAVAMAC	Caisse d'allocation vieillesse des agents généraux et des mandataires non salariés d'assurance et de capitalisation

CAVEC	Caisse d'assurance vieillesse des experts-comptables et des commissaires aux comptes
CAVIMAC	Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes
CAVOM	Caisse d'assurance vieillesse des officiers ministériels, des officiers publics et des compagnies judiciaires
CAVP	Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCAMIP	Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCSS	Commission des Comptes de la Sécurité sociale
CEAM	Carte européenne d'assurance maladie
CEPS	Comité économique des produits de santé
CFE	Caisse des Français de l'étranger
CGSS	Caisse générale de Sécurité sociale (Caisse en charge de la Sécurité sociale dans les DOM hors prestations familiales)
CHR	Centre hospitalier régional
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHS	Centre hospitalier spécialisé (remplacé par EPSM : Établissement public de santé mentale)
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLEISS	Centre des liaisons européennes et internationales de Sécurité sociale
CMAF	Caisse maritime d'allocations familiales
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNIEG	Caisse nationale des industries électriques et gazières

CNLF	Comité national de lutte contre la fraude
CNMSS	Caisse nationale militaire de Sécurité sociale
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COREC	Comités régionaux d'examen des comptes des organismes de Sécurité sociale
COREVA	Complément de retraite volontaire agricole
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPRN	Caisse de prévoyance et de retraite des notaires
CRPSNCF	Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français
CRA	Commission de recours amiable
CRAV	Caisse régionale d'assurance vieillesse Alsace-Moselle
CRAVTS	Caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CROS	Comité régional de l'organisation sanitaire
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
CRP RATP	Caisse de retraite du personnel de la régie autonome des transports parisiens
CSA	Contribution solidarité autonomie
CSG	Contribution sociale généralisée
CSS	Complémentaire santé solidaire
CSSS (C3S)	Contribution sociale de solidarité des sociétés
CSSTM	Centre de Sécurité sociale des travailleurs migrants
CTIP	Centre technique des institutions de prévoyance
DADS-U	Déclaration annuelle de données sociales unifiée (remplacé par la DSN)
DE	Dépassement pour exigence. Mention portée par un praticien sur la feuille de soins d'un assuré, pour justifier un dépassement d'honoraires pour exigence particulière du malade

DP	Dépassement permanent. Mention portée par un praticien sur la feuille de soins d'un assuré, pour justifier d'un dépassement d'honoraires
DMP	Dossier médical partagé
DNLF	Délégation nationale de lutte contre la fraude
DSN	Déclaration sociale nominative
EDI	Échange de données informatisé
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENIM	Établissement national des invalides de la marine
EPS	Établissement public de santé
FAMEXA	Fonds social de l'assurance maladie des exploitants agricoles
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FASMO	Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé
FASS	Fonds d'action sanitaire et sociale
FCAT	Fonds de compensation des accidents du travail
FCOSS	Fonds de compensation des organismes de Sécurité sociale
FFAPA	Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie
FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FMESPP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
FNAL	Fonds national d'aide au logement
FNASS	Fonds national d'action sanitaire et sociale
FNMF	Fédération nationale de la Mutualité française
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires
FNPF	Fonds national des prestations familiales
FNS	Fonds national de solidarité
FNSV	Fonds national de solidarité vieillesse

FOREC	Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de Sécurité sociale
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSE	Feuille de soins électronique
FSI	Fonds spécial d'invalidité
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GEMA	Groupement des entreprises mutuelles d'assurance
GIE SESAM-VITALE	Groupement d'intérêt économique Système électronique de saisie de l'assurance maladie-Vitale (Vitale est le nom donné à la carte à puce de l'assuré)
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IJ	Indemnités journalières
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut de veille sanitaire
IPP	Invalidité permanente partielle
IPT	Invalidité permanente totale
IRIS	Interface réseau information service
ITT	Incapacité temporaire totale
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
LPP	Liste des produits et prestations
MSA	Mutualité sociale agricole
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
NIR	Numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques
OC	Organisme conventionné
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie

ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
OPTAM	Option pratique tarifaire maîtrisée (remplace le CAS)
OPTAM-CO	Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique
OR	Observatoire des retraites
ORGANIC	Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PASS	Plafond annuel de la Sécurité sociale
PF	Participation forfaitaire
PMSS	Plafond mensuel de Sécurité sociale
PTIA	Perte totale et irréversible d'autonomie
PUMA	Protection maladie universelle
RAM	Assurance maladie obligatoire des indépendants
RMO	Références médicales opposables
RPO	Référence professionnelle opposable
RSI	Régime social des indépendants (remplacé par Sécurité sociale des Indépendants)
SASPA	Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées
SASV	Service de l'allocation spéciale vieillesse
SMR	Service médical rendu
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSM	Société de secours minière
T2A	Tarifification à l'activité
TA	Tarif d'autorité
TASS	Tribunal des affaires de Sécurité sociale
TC	Tarif de convention
TFR	Tarif forfaitaire de responsabilité
TM	Ticket modérateur

TNS	Travailleur non salarié
TR	Tarif de responsabilité
UCANSS	Union des caisses nationales de Sécurité sociale
UGE CAM	Union pour la gestion des établissements de caisse d'assurance maladie
UNAF	Union nationale des associations familiales
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNEDIC	Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
UNIRS	Union nationale des institutions de retraite des salariés
UNRS	Union nationale des régimes spéciaux
UNOCAM	Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie
UNPS	Union nationale des professionnels de santé
UNRS	Union nationale des régimes spéciaux
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URPS	Union régionale des professionnels de santé
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales
URSSM	Union régionale de sociétés de secours minières
VSM	Volet de synthèse médicale

8.2 Pays et collectivités avec des accords dans le domaine de la santé

8.2.1 LISTE DES PAYS DE L'UE-EEE

- Allemagne
- Autriche
- Belgique
- Bulgarie
- Chypre
- Croatie
- Danemark
- Espagne (y compris îles Baléares et Canaries)
- Estonie
- Finlande
- France (métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane française, Réunion)
- Grèce
- Hongrie
- Irlande
- Islande
- Italie
- Lettonie
- Liechtenstein
- Lituanie
- Luxembourg
- Malte
- Norvège
- Pays-Bas
- Pologne
- Portugal (y compris les archipels de Madère et des Açores)
- République tchèque
- Roumanie
- Slovaquie
- Slovénie
- Suède

8.2.2 LISTE DES PAYS AVEC DES CONVENTIONS BILATÉRALES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACCORDS EN VIGUEUR) :

- Algérie
- Andorre
- Argentine
- Bénin
- Bosnie-Herzégovine
- Brésil
- Cameroun
- Canada
- Cap-Vert
- Chili
- Congo
- Corée du Sud
- Côte d'Ivoire
- États-Unis
- Gabon
- Guernesey
- Inde
- Israël
- Japon
- Jersey
- Kosovo
- Macédoine du Nord
- Madagascar
- Mali
- Maroc
- Mayotte
- Mauritanie
- Monaco
- Monténégro
- Niger
- Nouvelle-Calédonie
- Philippines
- Polynésie française
- Québec
- Saint-Marin
- Saint-Pierre-et-Miquelon
- Sénégal
- Serbie
- Togo
- Tunisie
- Turquie
- Uruguay

N.B. : les collectivités et territoires d'outre-mer sont des territoires français mais considérés comme étrangers du point de vue du Code de la Sécurité sociale (sauf pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin) ; ils bénéficient généralement d'un régime de Sécurité sociale propre.

8.3 Sites utiles

8.3.1 SITES GÉNÉRAUX

- La Sécurité sociale : www.securite-sociale.fr
- Ministère des Solidarités et de la Santé : www.social-sante.gouv.fr
- Site du service public pour les droits et les démarches : www.service-public.fr
- Légifrance : www.legifrance.gouv.fr
- ARS : www.ars.sante.fr
- CLEISS pour la protection sociale à l'étranger : www.cleiss.fr

8.3.2 SITES PARTICULIERS

- CPAM : www.ameli.fr
- Sécurité sociale des indépendants (ex-RSI) : www.secu-independants.fr
- MSA : www.msa.fr
- La Complémentaire santé solidaire : www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr
- Tous les droits sociaux : www.mes-aides.gouv.fr
- Dossier Médical Partagé : www.dmp.fr
- E-santé : www.esante.gouv.fr
- Place de la santé : placedelasante.mutualite.fr

8.3.3 SITES TECHNIQUES (NOMENCLATURES)

- CCAM en ligne : www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php
- LPP en ligne : www.codage.ext.cnamts.fr

8.4 Les forfaits et franchises

	PRESTATIONS	MONTANT	PLAFOND JOURNALIER	PLAFOND ANNUEL	PRISE EN CHARGE PAR UNE MUTUELLE OU UN ORGANISME COMPLÉMENTAIRE (SI PRÉVUE CONTRACTUELLEMENT)
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 1 EURO	Consultation ou acte réalisé par un médecin ou un spécialiste	1 €	4 € pour le même médecin	50 €	Pas de prise en charge dans le cadre des « contrats responsables »
FRANCHISES	Les médicaments	0,50 € par boîte (sauf conditionnement différent en cas de délivrance dans une pharmacie hospitalière)	Pas de limite	50 € pour l'ensemble de ces 3 franchises	Pas de prise en charge dans le cadre des « contrats responsables »
	Actes réalisés par un auxiliaire médical (kinésithérapeutes, infirmiers, podologues, orthophonistes, orthoptistes), sauf ceux réalisés au cours d'une hospitalisation	0,50 € par acte paramédical	2 €		
	Frais de transport effectué en véhicule sanitaire terrestre ou taxi, à l'exception des transports d'urgence	2 € par trajet	4 €		
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Hospitalisations > 24 heures Hospitalisations à cheval sur 2 jours calendaires	20 €/jour (sauf hospitalisations en service psychiatrique : 15 euros)	20 € ou 15 €	Pas de limite	Oui (sans limitation de durée pour les « contrats responsables »)
FORFAIT DE 24 EUROS POUR LES ACTES « LOURDS OU CÔUTEUX »	Actes médicaux ≥ 120 euros Actes médicaux ayant un coefficient ≥ 60	24 €	Appliqué 1 fois par consultation ou par hospitalisation	Pas de limite	Oui

	FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 1 EURO	FORFAIT DE 24 EUROS POUR LES ACTES « LOURDS OU CÔUTEUX »	FRANCHISES
AYANTS DROIT MINEURS	Pas d'exonération	Exonération	Pas d'exonération	Exonération
PERSONNES ATTEINTES D'UNE AFFECTION DE LONGUE DURÉE	Pas d'exonération	Pas d'exonération	Exonération	Pas d'exonération
SOINS RÉSULTANT D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE OU D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL	Exonération	Pas d'exonération	Exonération	Pas d'exonération
FEMMES ENCEINTES	Pris en charge par l'Assurance maladie	Exonération à partir du 6 ^e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement	Exonération à partir du 6 ^e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement	Exonération à partir du 6 ^e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement
NOUVEAU-NÉS	Exonération dans le cadre d'hospitalisations intervenant 30 jours après la naissance	Exonération	Exonération dans le cadre d'hospitalisations intervenant 30 jours après la naissance	Exonération
TITULAIRES D'UNE PENSION D'INVALIDITÉ OU D'UNE PENSION DE VIEILLESSE SUBSTITUÉE À LA PENSION D'INVALIDITÉ	Pas d'exonération	Pas d'exonération	Exonération	Pas d'exonération
BÉNÉFICIAIRES DE LA CSS	Pris en charge dans le cadre de la CSS	Exonération	Pris en charge dans le cadre de la CSS, sous réserve du respect du parcours de soins	Exonération
BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT	Exonération	Exonération	Exonération	Exonération
PARTICULARITÉ (1/2)				

	FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 1 EURO	FORFAIT DE 24 EUROS POUR LES ACTES « LOURDS OU COÛTEUX »	FRANCHISES
TITULAIRES D'UNE RENTE D'INCAPACITÉ PERMANENTE POUR UNE MALADIE PROFESSIONNELLE OU UN ACCIDENT DU TRAVAIL	Exonération	Pas d'exonération	Exonération (y compris pour les ayants droit) si incapacité égale ou supérieure à un taux fixé à 2/3	Pas d'exonération
LES VICTIMES D'ACTES TERRORISTES (SOINS LIÉS À L'ACTE TERRORISTE)	Exonération	Exonération	Exonération	Exonération
AUTRES CAS	<ul style="list-style-type: none"> Assurés sociaux d'Alsace-Moselle Enfants handicapés de moins de 20 ans, s'ils sont hébergés dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle, s'ils sont hospitalisés en raison de leur handicap Hospitalisation à domicile Titulaires d'une pension militaire Donneurs d'éléments et produits du corps humain 	-	<ul style="list-style-type: none"> Les actes de radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie, de scintigraphie ou de tomographie à émission de positon Les frais de transport d'urgence, en cas d'une hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte dont le tarif est \geq à 120 euros ou ayant un coefficient \geq à 60, ainsi que les frais de transport en cas d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation susvisée Les frais d'hospitalisation à partir du 31^e jour d'hospitalisation consécutif Les frais d'acquisition de prothèses oculaires et faciales, d'orthoprothèses, de véhicules pour personne en situation de handicap Les personnes titulaires d'une pension de réversion, atteintes d'une invalidité permanente et qui remplissent les conditions d'ouverture de droit à une pension d'invalidité Les soins apportés aux mineurs victimes de sévices sexuels (R160-17) Les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci (R160-17) Les actes réalisés dans le cadre de programmes officiels de prévention Les frais relatifs à la fourniture de sang humain, de plasma ou de leurs dérivés, et de lait humain Les frais de prothèses dentaires, d'analyses de biologie et d'actes d'anatomo-cytopathologie 	-
PARTICULARITÉS (2/2)				

8.5 Organigramme institutionnel de la Sécurité sociale

RÉGIME GÉNÉRAL SALARIÉS (ET INDÉPENDANTS EN 2020)	
AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)	Union de recouvrement de la Sécurité sociale et des allocations familiales
	Caisse générale de Sécurité sociale (DOM)
CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES	Caisse d'allocations familiales
CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE	Caisse primaire d'assurance maladie
	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
	Caisse générale de Sécurité sociale (DOM)
CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS RETRAITÉS	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
	Caisse générale de Sécurité sociale (DOM)

(Source : site Sécurité sociale)

RÉGIME AGRICOLE (SALARIÉS ET EXPLOITANTS AGRICOLES)	
CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE	Caisses de la mutualité sociale agricole

(Source : site Sécurité sociale)

RÉGIME DES COLLECTIVITÉS LOCALES (SALARIÉS)	
BRANCHE MALADIE	Prestations en nature (remboursement de dépenses) : MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES
	Prestations en espèces (maintien de salaire) : COLLECTIVITÉS LOCALES
LES AUTRES BRANCHES	COLLECTIVITÉS LOCALES : Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales
	COLLECTIVITÉS LOCALES : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
	CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES à l'exception des DOM-TOM dont les prestations familiales sont prises en charge par l'État

(Source : site Sécurité sociale)

RÉGIME DES FONCTIONNAIRES ET DES MILITAIRES DE L'ÉTAT (SALARIÉS)	
BRANCHE MALADIE	Prestations en nature (remboursement de dépenses) : MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES
	Prestations en espèces (maintien de salaire) : FONCTION PUBLIQUE
LES AUTRES BRANCHES	FONCTION PUBLIQUE
	FONCTION PUBLIQUE : Retraite additionnelle de la fonction publique Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État
	CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES à l'exception des DOM-TOM dont les prestations familiales sont prises en charge par l'État

(Source : site Sécurité sociale)

RÉGIMES SPÉCIAUX, RÉGIMES SPÉCIAUX D'ENTREPRISE ET ASSIMILÉS (SALARIÉS)			
SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES MINES	Caisse autonome nationale de Sécurité sociale dans les mines	SNCF	Régime spécial de la Société nationale des chemins de fer français
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires	RATP	Régime spécial de la Régie autonome des transports parisiens
CNIEG	Caisse nationale des industries électriques et gazières	BANQUE DE FRANCE	Caisse de prévoyance maladie de la Banque de France et Caisse de réserve des employés de la Banque de France
CAMIEG	Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières	CAVIMAC	Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes

(Source : site Sécurité sociale)

RÉGIMES SPÉCIAUX, RÉGIMES DES MARINS			
CAISSE MARITIME D'ALLOCATIONS FAMILIALES	Caisse maritime des allocations familiales		
ENIM	Établissement national des invalides de la marine	Caisse générale de prévoyance	
		Caisse de retraite des marins	
RÉGIMES SPÉCIFIQUES DES ASSEMBLÉES	Sénat Assemblée nationale	RÉGIME DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER	Caisse des Français à l'étranger

(Source : site Sécurité sociale)

AUTRES

- Régime de retraite de la Société nationale d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes (SEITA)
- Régimes spéciaux de retraite et de maladie de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP)
- Régime vieillesse des Théâtres nationaux (Comédie française, Opéra de Paris)
- Régime de maladie du Port autonome de Bordeaux

(Source : site Sécurité sociale)

8.6 Les Caisses d'allocations familiales au cœur des politiques

CAISSES D'ALLOCATIONS FAMILIALES	
Exemples de prestations	
POLITIQUE DE L'EMPLOI	Prestation d'accueil du jeune enfant
POLITIQUE DU LOGEMENT	Aide personnalisée au logement
POLITIQUE FAMILIALE	Allocation familiale
POLITIQUE DES REVENUS	Allocation de rentrée scolaire
POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ	Revenu de solidarité active
AIDE AUX HANDICAPÉS	Allocation adulte handicapé

8.6.1 LES PRESTATIONS DÉLIVRÉES PAR LA BRANCHE FAMILLE (certaines sont soumises à conditions de ressources)

- La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)
- Les allocations familiales (AF)
- Le complément familial (CF)
- L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)
- L'allocation journalière de présence parentale (AJPP)
- L'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)
- L'allocation versée en cas de décès d'enfant
- L'allocation de rentrée scolaire (ARS)
- L'aide personnalisée au logement (APL)
- L'allocation de logement familiale (ALF)
- L'allocation de logement social (ALS)
- La prime de déménagement
- Le prêt à l'amélioration de l'habitat
- La prime d'activité
- Le revenu de solidarité active (RSA)
- L'allocation de soutien familial (ASF)
- L'allocation aux adultes handicapés (AAH)
- L'allocation journalière du proche aidant (AJPA)
- La Complémentaire santé solidaire (CSS)

8.7 Les prestations maladie

LES PRESTATIONS LÉGALES	EN NATURE	Honoraires professionnels de santé Consultations - visites - actes de chirurgie - actes de radiologie - soins dentaires.
		Prescriptions Remboursement pharmacie - petit appareillage - actes de biologie - soins paramédicaux - transports VSL et ambulance.
		Frais de déplacement des malades Remboursement des transports de l'hôpital au lieu de traitement sous certaines conditions.
		Versement aux établissements Hôpitaux, cliniques, établissements de cures et de prévention.
	EN ESPÈCES	Capital décès Versé aux ayants droit de l'assuré décédé.
		Indemnités journalières Compensent partiellement la perte de salaire consécutive à un arrêt de travail : maladie - maternité - paternité - accident de travail ou maladie professionnelle.
	RENTES ET PENSIONS	Pension d'invalidité Compense la réduction de la capacité de travail
Rente AT/MP Pour réparer une incapacité permanente due à un accident ou à une maladie professionnelle.		

LES PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES	Cures thermales Prise en charge de l'hébergement et du déplacement sous conditions de ressources.
	Prestations facultatives Accordées par une commission lorsque les dépenses sont trop fortes pour les ressources de l'assuré.

LA PRÉVENTION	VACCINATIONS : campagne de vaccination pour les publics ciblés.
	EXAMENS DE SANTÉ
	CAMPAGNES DE PRÉVENTION : alcool, tabac, drogues, sida.

8.8 Les prestations retraite

LES PRESTATIONS CONTRIBUTIVES	PENSION RETRAITE : Calculée sur le salaire annuel moyen des 25 meilleures années. Départ possible entre 60 et 62 ans à condition d'avoir cotisé entre 160 et 172 trimestres, ce qui donne droit à 50 % du SAM.
	DROITS DÉRIVÉS DU CONJOINT SURVIVANT : La pension de réversion pour les + de 55 ans L'allocation de veuvage pour les - de 55 ans
	ACTION SOCIALE : Aide-ménagère - aide aux vacances - aide à la garde à domicile - amélioration de l'habitat - participation à des réseaux gérontologiques.
LES PRESTATIONS NON CONTRIBUTIVES	MINIMUM VIEILLESSE : Une garantie (soumise à des conditions de ressources) pour toute personne âgée résidant en France de bénéficier d'une somme minimale pour vivre à condition d'être âgée de 65 ans au minimum (ou 60 ans si la personne est invalide ou inapte au travail).
	ALLOCATION SUPPLÉMENTAIRE

8.9 Les principales étapes de la mise en place de la protection sociale

PRINCIPALES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE DE LA PROTECTION SOCIALE	VIE INSTITUTIONNELLE ET VIE POLITIQUE	VIE ÉCONOMIQUE	ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE
			1872 : Population totale : 36 103 000 habitants Population rurale : 68,9 % Population urbaine : 31,1 % Taux de natalité : 25,1 % Taux de mortalité : 22,4 % Répartition proportionnelle par âge : - moins de 20 ans : 36,1 % - de 20 à 59 ans : 53,8 % - plus de 60 ans : 10,1 %
	1875 : Constitution – Mise en place de la III ^e République		
1898 : Loi sur les accidents du travail			
			1901 : Population totale : 38 962 000 habitants Population rurale : 59,1 % Population urbaine : 40,9 % Taux de natalité : 21,9 % Taux de mortalité : 20,6 %
1910 : Loi sur les retraites ouvrières et paysannes			1910 : Population totale : 41 835 000 habitants Population rurale : 48,8 % Population urbaine : 51,2 % Taux de natalité : 25,1 % Taux de mortalité : 16,8 %
	1918 : 1 ^{re} Guerre mondiale 1914-1918	1918 : Désastre économique, la production agricole et industrielle ne dépassera son niveau d'avant-guerre qu'en 1924 Taux d'inflation : 29,2 %	1918 : Près de 1 400 000 morts à la suite de la 1 ^{re} Guerre mondiale
1928 : Loi sur les Assurances sociales (1 ^{re} loi)			

PRINCIPALES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE DE LA PROTECTION SOCIALE	VIE INSTITUTIONNELLE ET VIE POLITIQUE	VIE ÉCONOMIQUE	ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE
		1929 : Crise économique internationale Taux d'inflation : 6,1 %	
1930 : Loi sur les Assurances sociales (2 ^e loi)			
		1931 : Dépréciation monétaire Taux d'inflation : -4,5 %	
1932 : Loi sur les allocations familiales			
		1933 : Taux de chômage 2,5 % Taux d'inflation : -3,9 %	
	1936 : Front populaire	1936 : Taux d'inflation : 7,7 %	1936 : Taux de natalité : 15,2 % Taux de mortalité : 15,9 %
1939 : Code de la famille	Juin 1940/août 1944 : Régime de Vichy Comité français de libération du général de Gaulle (Londres – Alger)	1939 : Taux d'inflation : 7 %	
1945 : Ordonnance du 4 octobre instituant la Sécurité sociale	1945 : août 1944/octobre 1946 : Élaboration de la IV ^e République		
1946 : Généralisation du principe des assurances sociales (maladie, maternité, vieillesse), mais sous réserve de l'accord des professions concernées Généralisation des prestations familiales Obligation de l'assurance vieillesse à compter du 1 ^{er} janvier 1947 Intégration des accidents du travail dans les assurances sociales et création du régime général Maintien de l'autonomie des régimes spéciaux	1946 (27 octobre) : Vote de la Constitution de la IV ^e République	1946 : Reconstruction appuyée par le plan Marshall, début des Trente Glorieuses (1945-1973), contexte de croissance économique, d'expansion et de mutations dans les secteurs de l'emploi et de l'économie Taux d'inflation : 52,6 %	1946 : Population totale : 40 123 000 habitants Population rurale : 46,8 % Population urbaine : 52,2 % Taux de natalité : 20,6 % Taux de mortalité : 13,1 % Répartition proportionnelle par âge : - moins de 20 ans : 29,5 % - de 20 à 59 ans : 59,4 % - plus de 60 ans : 11,1 %
1947 : Création du régime complémentaire vieillesse des cadres (AGIRC)		1947 : Taux d'inflation : 49,2 %	
1948 : Extension du régime général aux étudiants		1948 : Taux d'inflation : 58,7 %	

PRINCIPALES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE DE LA PROTECTION SOCIALE	VIE INSTITUTIONNELLE ET VIE POLITIQUE	VIE ÉCONOMIQUE	ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE
Création de 4 régimes vieillesse autonomes pour les non-salariés			
1949 : Extension du régime général aux militaires de carrière et aux écrivains Autonomie des caisses d'allocations familiales		1949 : Taux d'inflation : 13,2 %	
1951 : Décret réorganisant l'assistance aux chômeurs			
1952 : Mise en place effective du régime vieillesse des exploitants agricoles			
1953 : Création d'une caisse de retraite complémentaire pour les chefs d'atelier, contremaîtres et assimilés des Industries des Métaux (IRCACIM)		1953 : Taux d'inflation : -1,7 %	
1954 : Extension du RG aux veuves et orphelins de guerre			1954 : Population rurale : 44 % Population urbaine : 56 % Taux de natalité 1951/1955 : 12,6 % Taux de mortalité 1951/1955 : 12,6 % Répartition proportionnelle par âge : - de 0 à 19 ans : 30,7 % - de 20 à 64 ans : 57,84 % - de 65 ans et plus : 11,5 %
1956 : Création du Fonds national de solidarité			
1957 : Création d'une caisse de retraite complémentaire pour les non-cadres (UNIRS)	1958 : Général de Gaulle président de la République		
1958 : Convention nationale interprofessionnelle créant l'UNEDIC	1958 (4 octobre) : Vote de la Constitution de la Ve République	1958 : Taux d'inflation : 15,1 %	
1960 : Création obligatoire des Urssaf		1960 : Taux de croissance moyen annuel du PIB : 5,8 %	
1961 : Régime maladie maternité des exploitants agricoles	1962 : Élection du président de la République au suffrage universel direct	1962 : Population active : 19 251 000 personnes	

PRINCIPALES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE DE LA PROTECTION SOCIALE	VIE INSTITUTIONNELLE ET VIE POLITIQUE	VIE ÉCONOMIQUE	ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE
AMEXA et unification des régimes complémentaires des non-cadres (ARRCO)			
1966 : Loi-cadre organisant la caisse d'assurance maladie des non-salariés			
1968 : Le service médical est constitué en service national Création de l'ACOSS	1968 : Crise sociale de mai 1968	1968 : Population active : 20 439 000 personnes Taux d'inflation : 4,5 %	1968 : Population totale : 50 840 000 habitants Population rurale : 33,7 % Population urbaine : 66,2 % Répartition proportionnelle par âge : - de 0 à 19 ans : 33,1 % - de 20 à 64 ans : 59,4 % - de 65 ans et plus : 11,8 %
	1969 : M. Georges Pompidou président de la République		
		1970 : Taux de chômage : 1,28 % Taux d'inflation : 5,2 %	
1971 : Loi « Boulin » : pension de retraite du régime général portée à 50 % des 10 meilleures années, à 65 ans pour 37,5 ans de cotisations 1 ^{re} convention nationale, entre praticiens et caisses Allocation aux adultes handicapés (AAH) Allocation logement à caractère social			
1972 : Alignement des prestations et cotisations vieillesse des commerçants et artisans sur celles du régime général Généralisation de la retraite complémentaire pour les salariés de l'industrie et du commerce		1972 : Taux d'inflation : 6,2 %	
1973 : Loi « Royer » qui prévoit une harmonisation progressive sur le RG pour les artisans et les commerçants		1973 : 1 ^{er} choc pétrolier Crise économique mondiale Taux d'inflation : 9,2 %	1973 : Taux de natalité 1971-1975 : 16 % Taux de mortalité 1971-1975 : 10,7 % Répartition par âge de la population : - de 0 à 19 ans : 32,5 % - de 20 à 64 ans : 54,4 % - 65 ans et plus : 13,1 %

PRINCIPALES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE DE LA PROTECTION SOCIALE	VIE INSTITUTIONNELLE ET VIE POLITIQUE	VIE ÉCONOMIQUE	ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE
1974 : Loi-cadre sur la généralisation et l'harmonisation Instauration de la compensation démographique entre régimes	1974 : M. Valéry Giscard d'Estaing président de la République	1974 : 2 ^e choc pétrolier Crise économique mondiale Taux d'inflation : 13,7 % Taux de chômage : 3,2 %	
1975 : Généralisation complète (à compter du 1 ^{er} janvier 1978) Affiliation obligatoire à un régime vieillesse de toutes les personnes exerçant une activité professionnelle Extension de la couverture « maladie »		1975 : Population active : 21 774 800 personnes	1975 : Population totale : 53 696 000 habitants Population rurale : 27,2 % Population urbaine : 72,8 %
1977 : Alignement des avantages maladie des non-salariés sur ceux du régime général (hors petits risques)		1977 : Taux d'inflation : 9,4 %	
1978 : Généralisation soit par affiliation à un régime obligatoire, soit par une assurance personnelle (maladie, maternité) Plan « Veil » : généralisation des prestations familiales			
1979 : Plan « Barrot » Réforme de l'indemnisation du chômage			
1980 : 3 ^e convention nationale entre praticiens et caisses		1980 : Taux de croissance moyen annuel du PIB de 1980 à 1985 : 0,9 % Taux d'inflation : 13,6 %	
	1981 : 1 ^{er} mandat de M. François Mitterrand président de la République	1981 : Taux d'inflation : 14 %	
1982 : Retraite à 60 ans Réforme des Conseils d'administration des organismes du régime général		1982 : Taux de chômage : 8 % Population active : 23 525 000 personnes Taux d'inflation : 9,7 %	1982 : Population totale : 55 297 000 habitants Population rurale : 26,6 % Population urbaine : 73,4 % Taux de fécondité : 1,84 % Taux de natalité : 14,9 % Taux de mortalité : 10,3 %

PRINCIPALES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE DE LA PROTECTION SOCIALE	VIE INSTITUTIONNELLE ET VIE POLITIQUE	VIE ÉCONOMIQUE	ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE
<p>1983 : Création du minimum de pension contributif Plan « Bérégovoy » : création du forfait hospitalier Instauration du budget global</p>			
<p>1984 : Loi relative aux avances sur pensions alimentaires Réforme des structures de la mutualité agricole Allocation de soutien familial (ASF)</p>		<p>1984 : Taux de chômage : 9,7 % Taux d'inflation : 7,4 %</p>	
<p>1986 : Loi sur les prestations familiales Réforme de l'APE, création de l'AGED et de l'APJE Plan de rationalisation des dépenses de l'assurance maladie Mise en place des États généraux de la Sécurité sociale</p>	<p>1986 : Cohabitation M. Jacques Chirac Premier ministre</p>		
<p>1987 : Plan « Seguin » : mesures de rationalisation États généraux de la Sécurité sociale</p>		<p>1987 : Taux de chômage : 10,3 % Population active : 23 972 000 personnes Taux d'inflation : 3,1 %</p>	
<p>1988 : Création du revenu minimum d'insertion (RMI)</p>	<p>1988 : second mandat de M. François Mitterrand</p>	<p>1988 : Taux de chômage : 10,3 % Taux d'inflation : 2,7 %</p>	
		<p>1989 : Taux de chômage : 9,5 % Taux de croissance moyen annuel du PIB : 3,8 % Population active : 24 062 000 personnes Taux d'inflation : 3,6 %</p>	<p>1989 : Population totale : 56 161 000 habitants Taux de fécondité : 1,81 % Taux de natalité : 13,6 % Taux de mortalité : 9,4 % Répartition de la population par âge : - moins de 20 ans : 27,9 % - de 20 à 64 ans : 58,3 % - de 65 ans et plus : 13,8 %</p>
		<p>1990 : Taux de chômage : 9,0 % Taux de croissance moyen annuel du PIB : 2,8 % Taux d'inflation : 3,4 %</p>	<p>1990 : Population totale : 56 303 000 habitants</p>
<p>1991 : Entrée en application de la contribution sociale généralisée (CSG) Publication du Livre blanc sur les retraites (24 avril)</p>		<p>1991 : Taux de chômage : 9,8 % Taux d'inflation : 3,3 %</p>	<p>1991 : Population totale : 56 536 000 habitants Taux de fécondité : 1,77 % Taux de natalité : 13,3 % Taux de mortalité : 9,2 %</p>

PRINCIPALES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE DE LA PROTECTION SOCIALE	VIE INSTITUTIONNELLE ET VIE POLITIQUE	VIE ÉCONOMIQUE	ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE
<p>1992 : Création de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (1^{er} janvier) et suppression de la PSAM (prestation spéciale assistante maternelle) Réforme de l'indemnisation du chômage : allocation unique dégressive</p>	<p>1992 : Signature du traité sur l'Union européenne (Maastricht – 7 février)</p>	<p>1992 : Taux d'inflation : 2,3 %</p>	
<p>1993 : Augmentation de la CSG Plan « Veil » : maîtrise des dépenses de l'assurance maladie</p>	<p>1993 : Cohabitation M. Édouard Balladur Premier ministre</p>	<p>1993 : Taux de chômage : 11,1 % Taux d'inflation : 2,1 %</p>	<p>1993 : Population totale : 57 530 000 habitants Taux de fécondité : 1,65 % Taux de natalité : 12,3 % Taux de mortalité : 9,2 %</p>
<p>1994 : Loi quinquennale sur l'emploi Loi sur la famille (Veil)</p>	<p>1994 : Élection du Parlement européen</p>	<p>1994 : Taux de chômage : 10,7 % Taux de croissance moyen annuel du PIB : 2,5 % Population active : 25 102 000 personnes Taux d'inflation : 1,5 %</p>	
<p>1995 : Création de l'ADA (Allocation d'adoption) loi du 25 juillet 1994 – application 1^{er} janvier 1995</p>	<p>1995 : Élection de M. Jacques Chirac président de la République</p>	<p>1995 : Taux de chômage : 10,8 % Taux de croissance moyen annuel du PIB : 2,2 % Taux d'inflation : 2,1 %</p>	<p>1995 : Population totale : 58 000 000 habitants Taux de fécondité : 1,7 % Taux de natalité : 12,7 % Taux de mortalité : 9,1 %</p>
<p>1996 : Création de la CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale)</p>		<p>1996 : Taux de chômage : 11,1 % Taux d'inflation : 2 % Taux de croissance (évolution prévue) : 1,3 %</p>	
<p>1997 : Création de la PSD (Prestation spécifique dépendance)</p>	<p>1997 : Cohabitation M. Lionel Jospin Premier ministre</p>	<p>1997 : Taux de chômage : 10,9 % Taux d'inflation : 1,2 %</p>	
<p>1998 : Transfert d'une partie cotisation ouvrière d'assurance maladie vers la CSG Décret Vitale (prorogation des droits de 3 ans pour les droits en nature) Création de l'ASA (Allocation spécifiques d'attente)</p>		<p>1998 : Taux de chômage : 10,7 % Taux de croissance (évolution prévue) : 2,8 % Taux d'inflation : 0,8 %</p>	
<p>1999 : Couverture maladie universelle (CMU)</p>			<p>1999 : Population totale : 61 300 000 habitants Taux de fécondité : 1,75 %</p>

PRINCIPALES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE DE LA PROTECTION SOCIALE	VIE INSTITUTIONNELLE ET VIE POLITIQUE	VIE ÉCONOMIQUE	ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE
			Taux de natalité : 12,07 % Taux de mortalité : 8,8 %
	2000 : Adoption du quinquennat par référendum	2000 : Apogée de la bulle Internet puis ralentissement économique Taux de chômage : 8,5 %	
2001 : Création de l'APP (Allocation de présence parentale) : versée en cas d'arrêt de travail pour s'occuper d'un enfant gravement malade		2001 : Taux de chômage : 8,1 % Taux d'inflation : 1,6 %	2001 : Population totale : 60 941 410 habitants
2002 : À compter du 1 ^{er} janvier, la prestation spécifique dépendance est remplacée par l'aide personnalisée à l'autonomie gérée par les Conseils généraux et financée en partie par les fonds d'action sociale	2002 : Élection de M. Jacques Chirac président de la République pour un second mandat	2002 : Taux de chômage : 8,5 % Taux de croissance moyen annuel du PIB : 2,5 % Population active : 25 102 000 personnes Taux d'inflation : 1,9 %	
2003 : Loi du 21 août 2003 portant sur la réforme des retraites : - alignement progressif du public sur le privé - allongement progressif de la cotisation - modification des règles de calcul des prestations	2003 : Débat national sur la politique énergétique		2003 : Forte mortalité chez les seniors à la suite de la canicule de juin à août
2004 : Création d'une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dont la mission est, dans la limite de ses ressources, de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire Décentralisation du RMI et création du RMA Mise en place de la PAJE (Prestations d'accueil du jeune enfant) Réforme de l'assurance maladie Mise en place du parcours de soins coordonnés	2004 : Politique de santé publique	2004 : Taux de chômage : 9,9 % Taux d'inflation : 2,1 %	2004 : Population totale : 62 251 000 habitants Taux de fécondité : 1,9 % Taux de natalité : 1,91 % Taux de mortalité : 8,3 %

PRINCIPALES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE DE LA PROTECTION SOCIALE	VIE INSTITUTIONNELLE ET VIE POLITIQUE	VIE ÉCONOMIQUE	ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE
2005 : Réforme de la loi sur le financement de la Sécurité sociale		2005 : Taux d'inflation : 1,9 %	
2006 : Mise en place au 1er trimestre du RSI (Régime social des indépendants)		2006 : Taux d'inflation : 1,6 %	2006 : Population totale : 63 186 117 habitants
2007 : Création d'une 5 ^e branche de la protection sociale pour la dépendance	2007 : Élection de M. Nicolas Sarkozy président de la République	2007 : Crise financière mondiale de 2007-2008, dite de la Grande Récession Taux de chômage : 7,7 % Taux de croissance moyen annuel du PIB : Population active : 28 000 000 personnes Taux d'inflation : 1,5 %	
2010 : Le 9 novembre, réforme des retraites portant l'âge légal de départ en retraite de 60 à 62 ans		2010 : Crise de l'euro à la suite de la dette publique grecque amorcée en 2009 Taux de chômage : 9,6 % Taux de croissance moyen annuel du PIB : 2 % Taux d'inflation : 1,5 %	2010 : Population totale : 65 027 000 habitants Taux de fécondité : 2,01 % Taux de natalité : 13,1 % Taux de mortalité : 8,5 %
	2012 : Élection de M. François Hollande président de la République		
2013 : Mise en place du CAS (Contrat d'accès aux soins)		2013 : Taux de chômage : 10,1 % Taux de croissance moyen annuel du PIB : 0,3 % Taux d'inflation : 0,9 %	
2014 : Modification des conditions d'ouverture de droit aux IJ longues et à l'invalidité. Institution d'une participation des organismes complémentaires au financement du nouveau forfait médecin traitant Promotion de la déclaration sociale nominative (DSN)	2014 : Suppression de l'exonération fiscale dont bénéficient les salariés dans le cadre de leurs contrats d'assurance complémentaire santé d'entreprise		2014 : Population totale : 66 317 994 habitants Taux de fécondité : 2,01 % Taux de natalité : 12,1 % Taux de mortalité : 8,4 %
2015 : Au 1 ^{er} janvier, réforme du dispositif de l'assurance décès prévoyant dans certaines	2015 : Réforme de la politique familiale	2015 : Taux de chômage : 10,6 % Taux d'inflation : 0 %	

PRINCIPALES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE DE LA PROTECTION SOCIALE	VIE INSTITUTIONNELLE ET VIE POLITIQUE	VIE ÉCONOMIQUE	ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE
<p>conditions le versement d'un capital aux ayants droit d'un assuré décédé. Le montant du capital devient forfaitaire.</p> <p>Au 1^{er} juillet : modulation des allocations familiales, leur montant sera modulé et variera en fonction des revenus.</p> <p>Avril 2015 : Loi de Santé Marisol Touraine</p> <p>Mise en place du Contrat responsable</p>			
<p>2016 : Création de la PUMA (Protection universelle maladie)</p> <p>1^{er} janvier 2016 : application de la loi ANI</p> <p>Loi de modernisation du système de santé (prévention, proximité des soins, droits et sécurité des patients)</p> <p>Revalorisation des tarifs sur consultation</p>	<p>2016 : Primaire de la droite et du centre</p>	<p>2016 : Taux de chômage : 10 % Taux d'inflation : 0,2 %</p>	<p>2016 : Population totale : 66 991 000 habitants Taux de fécondité : 1,93 % Taux de natalité : 11,7 % Taux de mortalité : 8,9 %</p>
<p>2017 : Hausse progressive des taxes sur le tabac</p> <p>Reconduction de la participation des mutuelles au forfait médecin traitant</p> <p>L'OPTAM remplace le CAS</p>	<p>2017 : Élection d'Emmanuel Macron, président de la République</p>	<p>2017 : Taux d'inflation : 1 %</p>	
<p>2018 : Le président de la République a présenté, lors du 42^e Congrès de la mutualité le 13 juin 2018, le reste à charge zéro (désormais 100 % santé) en optique, dentaire et audiology.</p> <p>Une phase de concertation sur un reste à charge zéro pour ces trois postes avait été ouverte par la ministre des Solidarités et de la Santé le 23 janvier 2018</p>	<p>2018 : Entrée en vigueur le 25 mai 2018 du Règlement général n° 2016/679 sur la protection des données (RGPD) du 27 avril 2016. La loi de transposition du RGPD a été publiée au JO le 21 juin 2018 (Loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles).</p> <p>La Directive 2016/97 sur la distribution d'assurance (DDA) du 20 janvier 2016 (refonte des règles relatives à la distribution d'assurance) entre en vigueur le 1^{er} octobre 2018. Le décret de transposition de la directive est paru au JO le 3 juin 2018</p>	<p>2018 : Mouvement de protestation des Gilets jaunes contre la réforme des retraites</p> <p>Taux de chômage : 9,1 % Taux d'inflation : 1,2 %</p>	<p>2018 : Population totale : 66 993 000 habitants Taux de fécondité : 1,87 % Taux de natalité : 11,3 % Taux de mortalité : 9,2 %</p>
<p>2019 : Entrée en vigueur de l'ANI du 17 novembre 2017 sur la</p>	<p>2019 : Disparition complète du régime de Sécurité sociale des étudiants pour la</p>	<p>2019 : Taux d'inflation : 1,1 %</p>	

PRINCIPALES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE DE LA PROTECTION SOCIALE	VIE INSTITUTIONNELLE ET VIE POLITIQUE	VIE ÉCONOMIQUE	ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE
<p>fusion de l'AGIRC et de l'ARRCO ; reprise en gestion par le régime général des frais de santé du régime obligatoire des fonctionnaires gérés par MFP Services ; disparition de l'ACS au 1^{er} novembre 2019 et fusion avec la CMU-C, laquelle deviendra la « Complémentaire santé solidaire » et pourra être contributive ou non contributive ; Loi sur la transformation et l'organisation du système de santé d'Agnès Buzyn ; rapport Libault « Grand âge et autonomie » paru en mars 2019, devant aboutir à un projet de loi sur la prise en charge de la perte d'autonomie ; le rapport Delevoye « Pour un système universel de retraite » paru en juillet 2019 devrait servir de boussole pour réformer le système de retraite</p>	<p>rentrée 2019 : ils sont rattachés au régime général</p>		
<p>2020 : Début de la mise en place progressive du 100 % santé en optique et une partie du dentaire ; la LFSS 2020 vient réformer le financement de l'hôpital, faciliter l'accès aux soins ainsi que la régulation et la prise en charge des médicaments et des dispositifs médicaux ; rapport Vachey « La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement » de septembre 2020 afin de servir de fil directeur pour la création d'une 5^e branche de la Sécurité sociale au sein de la LFSS 2021 ; Ségur de la santé en juillet 2020 sur la revalorisation des salaires et la réforme du système de santé</p>	<p>2020 : Disparition complète du RSI : les indépendants sont rattachés au régime général</p>	<p>2020 : Crise économique et sanitaire suite à la Covid-19</p>	<p>2020 : Population totale : 67 063 703 habitants Plus de 64 500 décès liés à la Covid-19 au 31 décembre</p>
<p>2021 : La LFSS 2021 vient créer une nouvelle branche de la Sécurité sociale dite « autonomie », allonger la durée du congé de paternité et adoption, tenir les engagements du Ségur de la santé ;</p>	<p>2021 : La CNSA a la charge de diriger la branche autonomie de la Sécurité sociale</p>	<p>2021 : Lourd contrecoup financier à la suite de la pandémie de la Covid-19</p>	

PRINCIPALES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE DE LA PROTECTION SOCIALE	VIE INSTITUTIONNELLE ET VIE POLITIQUE	VIE ÉCONOMIQUE	ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE
projet de loi attendu pour venir organiser la branche autonomie ; projet de loi sur la réforme de la complémentaire des agents de la fonction publique ; entrée en vigueur du 100 % santé pour les appareils auditifs			





GROUPE
vyv

Entrepreneur du
mieux-vivre

MISE À JOUR : 09/03/2021



Groupe VYV, Union Mutualiste de Groupe soumise aux dispositions du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 532 661 832, numéro LEI 969500E016R1LLI4UF62. Siège social : Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15. 04/2021 - Groupe VYV.

Réalisation : isabelle-bomey.com - Photos : Gettlyimages – Aurélia Blanc.

www.groupe-vyv.fr