

18

La protection sociale en France

FONCTIONNEMENT

La protection sociale peut fonctionner selon trois logiques.

LA LOGIQUE D'ASSURANCE SOCIALE

La logique d'assurance sociale a pour objectif de prémunir contre un risque de perte de revenu (chômage, maladie, vieillesse, accident du travail). Les prestations sociales sont financées par des cotisations sur les salaires (comme dans une assurance privée) et sont donc réservées à ceux qui cotisent.

LA LOGIQUE D'ASSISTANCE

La logique d'assistance a pour objectif d'instaurer une solidarité entre les individus pour lutter contre les formes de pauvreté. Elle consiste à assurer un revenu minimum, qui ne couvre pas forcément un risque spécifique. Il est versé sous condition de ressources, mais non de cotisations préalables (revenu minimum d'insertion, allocation adulte handicapé).

LA LOGIQUE DE PROTECTION UNIVERSELLE

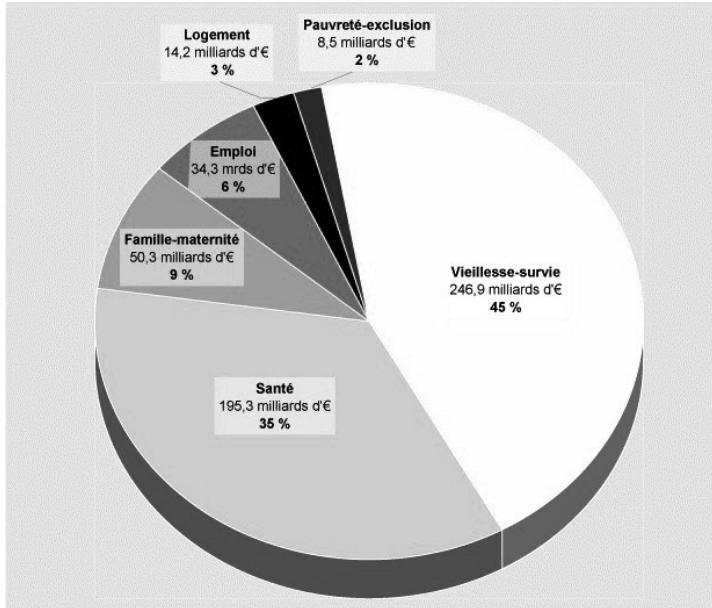
Une logique de protection universelle, qui a pour but de couvrir certaines catégories de dépenses pour tous les individus. Les prestations sont donc accordées sans conditions de cotisations ni de ressources, mais sont les mêmes pour tous (prestations familiales).

LES RISQUES SOCIAUX

La protection sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective, permettant aux individus de faire face aux conséquences financières des « risques sociaux ». Il s'agit de situations susceptibles de compromettre la sécurité économique de l'individu ou de sa famille, en provoquant une baisse de ses ressources ou une hausse de ses dépenses :

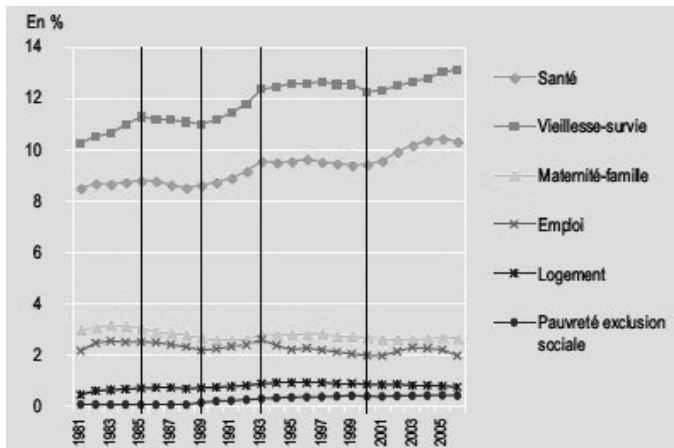
- la **santé**, qui comprend la maladie, l'invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles ;

- la **famille**, qui intègre les prestations familiales (allocations familiales, aides pour la garde d'enfants), les indemnités journalières et prestations liées à la maternité ;
- la **vieillesse** et la **survie**, qui incluent principalement les pensions et les pensions de réversion ;
- le **logement**, qui comprend essentiellement les allocations de logement.
- l'**emploi**, qui comprend divers dispositifs liés à l'insertion et à la réinsertion professionnelle ainsi que l'indemnisation du chômage ;
- la **pauvreté** et l'**exclusion sociale**, qui regroupent des prestations diverses en faveur des personnes démunies.



Source : Eco-Santé France 2008, d'après données DREES.

Fig. 18.1 – Décomposition des prestations totales de protection sociale par risque.



Source : DREES, compte de la protection sociale.

Fig. 18.2 – Évolution des différents risques en part du PIB.

FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

- L'organisation de son financement, essentiellement les cotisations (les ressources) dont le montant en 2007 est de 586 milliards d'euros soit 30 % du produit intérieur brut (PIB).
- Les ressources de la protection sociale reposent sur :
 - les cotisations sociales : 64,6 %. Les cotisations sociales sont des versements obligatoires effectués par les non-salariés, les employeurs et leurs salariés pour acquérir des droits à des prestations sociales ;
 - les impôts et taxes affectés : 21,2 % (ex. : CSG) ;
 - les contributions publiques : 9,8 % ;
 - les autres financements : 4,4 %.
- On assiste à une diminution du poids des cotisations sociales, qui restent quand même la première source de financement, et à une augmentation de la part des ressources fiscales, liée notamment à la montée en puissance de la contribution sociale généralisée (CSG). La contribution sociale généralisée (CSG) est un impôt destiné à financer l'assurance maladie les prestations familiales et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Créée par la loi de finances du 28 décembre 1990, elle est due par tous les résidents en France. Elle est prélevée à la source sur la plupart des revenus.
- Enfin, depuis le 1^{er} juillet 2004, la nouvelle contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) a été mise en œuvre. Elle est due par les employeurs privés et publics redevables de la cotisation patronale d'assurance maladie.

LES DIFFÉRENTES COUVERTURES DE LA PROTECTION SOCIALE

Les différentes couvertures	Les acteurs chargés de la couverture
Couverture de base	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité sociale • Régime d'assurance chômage
Couverture complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Mutualité • Assurances privées • Institutions de prévoyance
Aide sociale	<ul style="list-style-type: none"> • État • Collectivités locales

Tab. 18.1 – Les différentes couvertures de la protection sociale.

LA COUVERTURE DE BASE : LA SÉCURITÉ SOCIALE

- La Sécurité sociale a été créée en 1945. Elle a pour but de garantir des revenus suffisants à chacun pour faire face aux besoins essentiels de la vie en toutes circonstances. Elle est basée sur un principe de solidarité qui permet une redistribution des revenus des favorisés vers les défavorisés.

- Son organisation est complexe : elle n'est pas composée d'un régime unique mais de plusieurs régimes. Ces régimes dits « de base » sont obligatoires et liés à l'activité professionnelle. Les trois principaux régimes sont le régime général des travailleurs salariés, le régime agricole et le régime des travailleurs indépendants.

Le régime général des travailleurs salariés

- Il couvre environ 80 % de la population résidant en France.
- Il est divisé en quatre branches :
 - la branche maladie et la branche accidents du travail-maladies professionnelles gérée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;
 - la branche vieillesse gérée par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ;
 - la branche famille gérée par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;
 - la branche recouvrement gérée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

La mutualité sociale agricole

- Ce régime concerne les salariés et exploitants agricoles.
- Il couvre l'ensemble des risques exception faite du risque accident du travail pour les exploitants, dont la couverture est cependant obligatoire mais relève d'une assurance privée.

Le régime autonome des professions non salariées non agricoles

- Il concerne les artisans, les commerçants et les professions libérales. Il comprend un grand nombre d'organismes spécialisés.
- Plusieurs caisses pour la couverture du risque maladie sont fédérées en une caisse nationale : la CANAM.

Les régimes particuliers et régimes spéciaux

- Ils concernent des régimes créés avant 1945 pour les salariés de certaines professions.
- Certains régimes spéciaux prennent en charge l'ensemble des risques sociaux (régimes militaire, des mines, RATP, SNCF...).
- Les autres ne couvrent que certains risques, les risques non pris en charge étant couverts par le régime général. Ils concernent les fonctionnaires civils de l'État, EDF/GDF, les agents des collectivités locales ou ceux de la Banque de France...

LES COUVERTURES COMPLÉMENTAIRES

- Elles prennent en charge les frais non couverts par les régimes obligatoires de sécurité sociale dits de base, de façon totale ou partielle.
- En d'autres termes leur rôle est de compléter les prestations versées par la Sécurité sociale. Ils s'intéressent principalement aux risques maladie, vieillesse et décès.

Les mutuelles

- Ce sont des organismes privés à but non lucratif, régis par le code de la mutualité. Leur fonctionnement est basé sur la solidarité.
- Elles assurent la couverture d'un ensemble de personnes ayant les mêmes risques. Elles sont financées par les cotisations de leurs membres.
- La mutualité est l'acteur principal de la protection sociale complémentaire.

Les assurances privées

- Ce sont des organismes privés à but lucratifs, régis par le code des assurances.
- Elles peuvent sélectionner d'une part les risques qu'elles prennent en charge, et d'autre part les clients à moindre risque.

Les institutions de prévoyance

- Ce sont des organismes privés à but non lucratif, régis par le code de la sécurité sociale.
- Elles sont surtout utilisées pour les retraites complémentaires.
- Leur gestion est paritaire : syndicats de salariés et employeurs. En raison de cette double gestion, les non salariés ne peuvent adhérer à une institution de prévoyance.

L'AIDE SOCIALE

- Elle est à la charge de l'État et les collectivités locales (conseils généraux et communes).
- Elle concerne principalement les personnes âgées, les personnes handicapées et l'enfance.
- Certaines conditions sont nécessaires pour en bénéficier, mais dès lors que ces conditions légales d'attribution sont remplies l'aide sociale est un droit et ne suppose pas le versement de cotisations.
- Exemple de prestations : aide ménagère aux personnes âgées et handicapées, allocation personnalisée d'autonomie.

LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

La couverture maladie universelle (CMU) a été instaurée par la loi du 27 juillet 1999.

La CMU de base

- La CMU de base est une prestation sociale française permettant l'accès au soin, le remboursement des soins, prestations et médicaments à toute personne résidant en France et qui n'est pas déjà couverte par un autre régime obligatoire d'assurance maladie.
- Elle permet l'accès à l'Assurance maladie à toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de 3 mois et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, ayant droit...). Elle permet un accès aux prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité du régime général.

La CMU complémentaire

- La CMU complémentaire (CMU-C) est une complémentaire santé gratuite qui prend en charge ce qui n'est pas couvert par les régimes d'assurance maladie obligatoire.
- Dans le cadre du parcours de soins coordonnés elle permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des dépenses de santé, sans avoir à faire l'avance de frais, y compris pour la part non remboursée par la Sécurité sociale et le forfait journalier hospitalier.
- En outre, les bénéficiaires n'ont pas à payer la participation forfaitaire d'un euro. De plus, les médecins conventionnés ont l'obligation de respecter les tarifs de base reconnus par la sécurité sociale.
- Elle est ouverte à tout résident en situation stable et régulière dont les ressources sont inférieures à un seuil fixé par décret et permet d'accéder gratuitement à un système complémentaire de santé. Elle prend en charge le ticket modérateur et le forfait hospitalier et permet à ceux qui en bénéficient de ne pas faire l'avance des frais.

L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT

L'Aide médicale de l'État (AME) vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois, mais qui sont en situation irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande).

LES PRESTATIONS DE LA PROTECTION SOCIALE DE LA BRANCHE MALADIE

- Les prestations de l'Assurance maladie sont accordées aux assurés si les conditions d'ouverture des droits sont respectées (exemples : période minimale de cotisation, nombre d'heures de travail au cours des 12 derniers mois, montant des cotisations...).
- Certaines prestations sont accordées à l'assuré et à ses ayants-droits, d'autres (indemnités journalières) ne sont versées qu'à l'assuré.

PRESTATIONS EN ESPÈCES

- Elles sont destinées à compenser la perte de salaire occasionnée par un arrêt de travail et constituent les « indemnités journalières ».
- Il existe un délai de carence : le droit n'est ouvert qu'au quatrième jour d'arrêt de travail.

PRESTATIONS EN NATURE

- Elles sont destinées à couvrir :
 - les frais de médecine générale et spéciale ;
 - les frais de soins et de prothèses dentaires ;
 - les frais pharmaceutiques et d'appareillage ;

- les frais d’analyses et d’examens de laboratoire ;
 - les frais d’hospitalisation et de traitement lourds dans les établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d’éducation professionnelle ;
 - les frais d’examen prénuptial ;
 - les frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté ;
 - les frais relatifs aux examens de dépistage effectué dans le cadre de programmes de santé publique ;
 - les frais d’hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d’éducation spéciale et professionnelle, Les frais de transport des malades dans des conditions et limites tenant compte de l’état du malade et du coût du transport.
- Une partie des frais médicaux reste cependant à la charge de l’assuré : c’est le **ticket modérateur** (souvent pris en charge par une mutuelle). Dans le cas d’une hospitalisation cette participation de l’assuré prend le nom de **forfait journalier**.
 - Soit l’assuré fait l’avance des frais et est remboursé secondairement, soit il bénéficie du **tiers payant** et il ne paye que le ticket modérateur, l’assurance maladie versant directement aux structures de soins et aux professionnels de santé les sommes qui leur sont dues.
 - Dans certains cas, l’assuré peut bénéficier d’une **exonération du ticket modérateur** :
 - cas liés à la nature de l’affection. Lorsqu’un patient souffre d’une des 30 maladies faisant partie des affections de longue durée (ALD), les frais en rapport avec les soins directement liés à cette maladie sont pris en charge à 100 % par l’Assurance maladie ;
 - en cas de forme grave ou invalidante d’une maladie non présente sur la liste des 30 ALD (31^e maladie) ;
 - en cas de polypathologie à l’origine d’un état invalidant (32^e maladie) ;
 - en cas de grossesse : 4 mois avant la date prévue de l’accouchement jusqu’à l’accouchement.
 - Cas liés à la nature de l’acte ou du traitement :
 - actes chirurgicaux > K50 ;
 - hospitalisation à partir du 31^e jour ;
 - nouveau-nés hospitalisés ;
 - produits d’origine humaine (sang, lait) ;
 - curiethérapie, *etc.*
 - Cas liés à une situation particulière de l’assuré ; il s’agit là d’une exonération permanente du ticket modérateur :
 - bénéficiaires d’une pension d’invalidité ;
 - titulaires d’une pension de guerre (militaire) ou de victime civile de la guerre ;
 - titulaires d’une rente d’accident du travail pour une incapacité d’au moins les deux tiers, *etc.*

- C. La Sécurité sociale est composée de deux régimes de base : le régime général des travailleurs salariés et le régime agricole
- D. Les couvertures complémentaires prennent en charge les frais non couverts par les régimes obligatoires de Sécurité sociale dits de base de façon totale
- E. Les mutuelles sont des organismes privés de couvertures complémentaires à but non lucratif

26. Concernant la protection sociale

- A. La CMU complémentaire est une complémentaire santé gratuite qui prend en charge ce qui n'est pas couvert par les régimes d'assurance maladie obligatoire
- B. L'Aide médicale de l'État vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois en situation régulière
- C. Les prestations en nature sont destinées à compenser la perte de salaire occasionnée par un arrêt de travail et constituent les « indemnités journalières »
- D. Dans le cas d'une hospitalisation, la participation de l'assuré au frais médicaux prend le nom de forfait journalier
- E. Lorsqu'un patient souffre d'une des 30 maladies faisant partie des affections de longue durée, tous ses frais médicaux sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie

27. Concernant les dépenses de santé en France

- A. La consommation médicale totale est la somme de la consommation de soins et biens médicaux et de la prévention individualisable
- B. La dépense totale de santé en France représente 11 % du PIB
- C. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est déterminé chaque année par le Parlement dans la loi de financement de la Sécurité sociale
- D. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) représente la moitié de la dépense courante de santé
- E. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est de 2 600 euros par an et par habitant en France

28. Concernant les dépenses de santé

- A. Les soins hospitaliers sont la part de dépense la plus importante de la consommation de soins et de biens médicaux
- B. C'est pour les soins ambulatoires que la part des dépenses des ménages est la plus importante
- C. Les dépenses de santé sont relativement stables avant de croître lentement à partir de 45-50 ans

14. Concernant la consommation d'alcool

Réponses : A, C

15. Concernant les déterminants comportementaux

Réponses : B, C, D, E

16. Concernant le tabac

Réponses : A, D, E

17. Concernant la nutrition

Réponses : B, C, E

18. Concernant les déterminants environnementaux

Réponses : A, B

19. Concernant les services centraux de l'État

Réponses : B, E

20. Concernant les instances de compétences spécifiques

Réponses : A, B, D, E

21. Quelles sont les propositions correctes ?

Réponses : C, D

22. Concernant les établissements de santé en France

Réponses : B, C, D

23. Concernant les professionnels de santé en France

Réponses : B, C, E

24. Concernant les systèmes de santé

Réponses : D, E

25. Concernant les couvertures de la protection sociale

Réponses : A, B, E

26. Concernant la protection sociale

Réponses : A, D