

ORGANISATION GENERALE DE LA PROTECTION SOCIALE EN FRANCE

A. Grand, A. Thomas, M-I. Navez

Le système français de protection sociale, est intermédiaire entre le système allemand (Bismarkien) dont le financement est principalement assuré par les cotisations sociales (salariés et entreprises) et le système anglais (Beveridgien), dont le financement repose essentiellement sur l'impôt.

La Sécurité Sociale est un organisme parapublic avec mission de service public. Les Caisses de Sécurité Sociale sont indépendantes par rapport à l'État et de statuts différents aux niveaux national et local (mais tutelle administrative des pouvoirs publics).

La couverture maladie de la population a connu une généralisation spectaculaire : 1960 (76%) ; 1970 (95%) ; 1991 (99.2%) ; de même que le développement de la couverture complémentaire : 1960 (31%) ; 1970 (49%) ; 1991 (83%). L'instauration de la Couverture maladie Universelle en 2000 a permis d'obtenir une protection totale de la population.

Historiquement de multiples régimes ont été mis en place, assortis de multiples organismes gestionnaires des différents risques (les régimes), avec des règles hétérogènes pour le calcul des cotisations et des prestations. La complexité du système est source de risque d'erreurs, d'inégalités et de lourdeurs pour les assurés sociaux.

DIFFERENTS REGIMES DE SECURITE SOCIALE

Les régimes sont multiples (tableau ci-après).

Effectifs des régimes

- régime général + particuliers :	81%
- régime agricole :	9%
- régime des travailleurs indépendants Non Salariés-Non Agricoles :	6%
- autres régimes spéciaux :	3%

Types de régimes

- Régime général des travailleurs salariés (RGTS) pour lequel nous distinguons trois branches de risques :
 - o branche assurance maladie : maladie (AT / MP), maternité, invalidité, décès
 - o branche vieillesse : vieillesse, veuvage
 - o branche prestations familiales
- Régimes particuliers (dépendent du régime général pour certains risques)
 - o régimes particuliers des salariés : fonctionnaires de l'état ou des collectivités locales, EDF GDF, Alsace Lorraine...
 - o régimes particuliers des non salariés : invalides de guerre, veuves et orphelins de guerre, praticiens et auxiliaires conventionnés, étudiants...

- Régimes spéciaux (indépendants du régime général)
 - o MSA (exploitants et salariés agricoles)
 - o CANAM (travailleurs indépendants, non salariés, non agricoles)
 - o autres : mineurs, militaires, marins SCNF, RATP, banque de France, parlementaires...

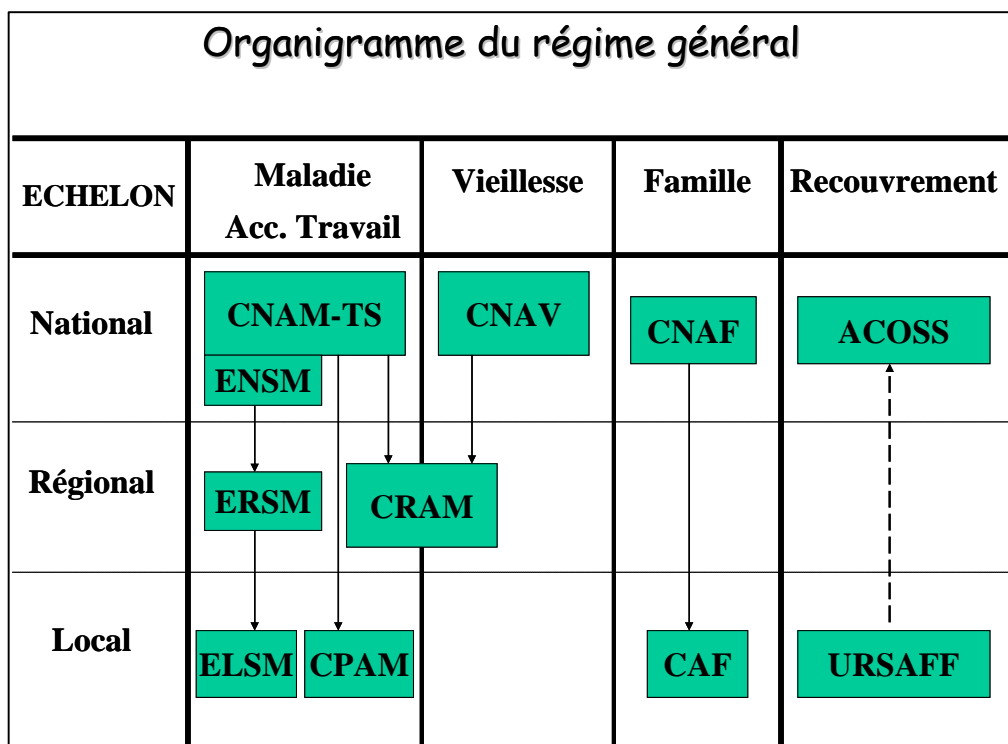
REGIMES PARTICULIERS		REGIMES SPECIAUX		
NON SALARIES	SALARIES	REGIMES SPECIAUX DE SALARIES	REGIME AGRICOLE	REGIME DES NON SALARIES NON AGRICOLES
Etudiants GIG et veuves, Orphelins de guerre Praticiens conventionnés Artistes peintres, sculpteurs Assurés volontaires et assurés personnel Allocataires adultes handicapés Allocataires parent isolé	Fonctionnaires Ouvriers de l'Etat Agents des collectivités locales Personnel EDF/GDF	Mines Marins Personnel Banque de France Militaires SNCF RATP Clercs de notaire Chambre de commerce et industrie de Paris	Salariés « MSA » Exploitants « AMEXA »	Professions libérales Artisans Commerçants

L'ORGANISATION DU REGIME GENERAL DES TRAVAILLEURS SALARIES

Le régime général est organisé par branches de risques :

- Branche « Assurance maladie » (risques maladie, maternité, invalidité, décès et risque « accidents du travail »)
- Branche « Vieillesse »
- Branche « Famille »

Chacune de ces branches dispose de ces institutions (tableau ci-après).



LA BRANCHE « ASSURANCE MALADIE »

C'est à cet échelon local de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) que les frais de soins sont adressés soit directement par les professionnels de santé (télétransmission par la carte vitale) ou par les assurés (feuille de soins). La CPAM assure la gestion directe des assurés (affiliation, immatriculation, prestations). Elle gère aussi l'application des conventions avec professionnels de santé

Les CPAM sont réunies entre elle par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladies (URCAM). L'URCAM définit une politique régionale de gestion du risque concernant les soins de ville (programmes de prévention). Elle veille à sa mise en œuvre et assure la coordination des services du contrôle médical des différents régimes.

La Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) a un statut privé gérant un service public. Elle accomplit les tâches dévolues à la CNAV (verser les prestations vieillesse) ; organise le service social régional ; exerce une action sanitaire et sociale ; développe et coordonne la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) au niveau régional ; détermine le taux de cotisation AT - MP par catégorie de risque ; participe au programme de travail de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) : planification et tarification des établissements sanitaires, SROSS...

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS) est un établissement public national qui assure la gestion financière des assurances maladie, maternité, invalidité, décès. Elle coordonne (anime) les échelons régionaux et locaux : CRAM (16) et les CPAM (129). Elle fixe les conventions d'objectifs et de gestion avec l'État ; organise la prévention des AT – MP (coordination des CRAM / CPAM) ; favorise l'action sanitaire et sociale / coordonnant celle des caisses. Elle est chargée du contrôle médical de l'assurance maladie ; gère les opérations immobilières ; donne son avis sur les projets de lois ; gère les conventions nationales avec les professions de santé.

Parallèlement à ces services, les échelons du service médical (art L. 315-1 CSS) au sein desquels évoluent les praticiens conseil de l'assurance maladie (*médecin conseil, pharmacien conseil et chirurgien dentiste conseil*), sont organisés au niveau national, régional et local. Nous parlons de l'échelon national du service médical (ENSM), l'échelon régional du service médical (ERSM), l'échelon local du service médical (ELSM).

Les praticiens conseil vérifient si les prestations versées aux assurés sont justifiées (voir partie II). Ils sont chargés de constater les abus, fautes et fraudes à l'assurance maladie pour les porter devant la section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre. Ils analysent sur le plan médical l'activité des établissements et l'activité des professionnels de santé. En pratique, leurs activités listées à l'article L. 315-1 du Code de sécurité sociale se déclinent en :

- L'expertise : contribution à planification et organisation des soins
- Le conseil et l'accompagnement à professionnels de santé et assurés
- L'évaluation et le contrôle portant sur activité des professionnels et prestations demandées par les bénéficiaires

LA BRANCHE VIEILLESSE

La Caisse Nationale Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS) exerce une action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées ; coordonne la gestion faite par les CRAM ; donne des avis au gouvernement sur le maintien de l'équilibre financier du régime.

LA BRANCHE FAMILIALE

La Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) est chargée du financement des prestations familiales ; contrôle les caisses locales ; donne des avis au gouvernement sur le maintien de l'équilibre financier du régime. Les échelons locaux (les CAF) servent les prestations familiales ; exercent une action sanitaire et sociale.

LES ORGANISMES COMMUNS

Les organismes de recouvrement des cotisations

- Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) : établissement public national chargé de la gestion de la trésorerie des 3 risques ; met à la disposition des CRAM, CPAM et CAF les fonds nécessaires pour servir les prestations
- Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF) : collectent les cotisations versées par les entreprises dans chaque département

L'Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale (UCANSS) : traite les problèmes communs aux différentes branches notamment pour le personnel : négociation de la convention collective, négociations salariales, formation professionnelle ; opérations immobilières ; coordination de l'action sanitaire et sociale

L'ORGANISATION DES REGIMES SPECIAUX

Le régime spécial est par définition indépendant du régime général

La Mutualité Sociale Agricole couvre 9% de la population. Elle dispose au niveau local de 82 caisses départementales. Avec un système à guichet unique (assurance maladie, accidents du travail, assurance vieillesse, prestations familiales. Il existe l'AROMSA, niveau régional créé en 1996 pour participer aux travaux de l'URCAM (Juppé). Et au niveau national, trois caisses sont regroupées en Union des Caisses Centrales : la caisse centrale de secours mutuel agricole (assurance maladie + accidents du travail), la caisse centrale d'allocations familiales agricole et la caisse nationale de vieillesse agricole.

Le régime des Travailleurs non salariés des professions non agricoles possède :

- un régime autonome d'assurance maladie et vieillesse des professions artisanales, des professions industrielles et commerciales et des professions libérales. La tutelle et le contrôle est national : administration centrale : DSS (tutelle), interministériel : IGAS (contrôle) et ministère du commerce et de l'industrie. Au niveau régional, le préfet de région délègue ses pouvoirs au DRASS.
- Un régime autonome d'assurance vieillesse dont l'organisation est similaire au niveau national et régional

Les régimes spéciaux se distinguent par la compensation financière dont ils font l'objet. En effet, avec l'évolution économique, les migrations socio-professionnelles, la dégradation financière de certains régimes (agricoles, indépendants, mines...), l'augmentation des prestations vieillesse et l'augmentation de la masse salariale du régime général, nous évoluons vers un déficit de ces régimes spéciaux et donc vers l'harmonisation des droits entre régimes sur la base du régime général. Pour exemple, actuellement des règles de compensation entre régimes pour prendre en compte les variations démographiques et les déséquilibres budgétaires font que 70% du financement de la MSA vient du régime général.

LES COMPTES DE LA PROTECTION SOCIALE

Les Comptes de la protection sociale rendent compte du fonctionnement économique de l'ensemble du système de protection sociale (administrations de sécurité sociale, mutuelles, institutions de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire, régimes directs d'employeurs, institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)). Les prestations de protection sociale représentaient 29,4% du PIB en 2006.

On distingue parmi ces prestations :

- Les prestations sociales
 - o revenus de remplacement, revenus de complément, remboursements de frais, revenus d'assistance
 - o distinguées dans les comptes par risque : risque emploi (chômage, inadaptation professionnelle), risque famille, risque vieillesse, risque santé, risque logement, risque pauvreté et exclusion sociale.
 - o prestations intégrées dans le revenu disponible des ménages
- Les prestations de services sociaux : services sociaux rendus à titre gratuit ou quasi gratuit (services hospitaliers financés par l'activité T2A avec une codification des actes par la CCAM).
- Les prestations fiscales : exonérations ou minorations d'impôts

La répartition des prestations apparaît dans le graphique 2 du chapitre : « De la charité à la solidarité : principes d'organisation et histoire de la protection sociale » (cf. page 106).

En France, l'accroissement des prestations concerne principalement :

- les dépenses pharmaceutiques (nouveaux produits, nouveaux traitements)
- les indemnités journalières des maladies et accidents du travail
- les dépenses liées à l'exclusion (RMI et RMA).

LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

Il repose sur les cotisations, le financement public et l'imposition

Les cotisations sont diverses :

- cotisations assises sur les salaires bruts : part patronale / part salariale
- cotisations assises sur des revenus non salariaux
- cotisations assises sur les prestations : pensions, allocation chômage, préretraites

Le financement public est réalisé par :

- les contributions publiques
- les taxes affectées :
 - o taxes liées aux comportements pathogènes : (alcool > 25°, tabac)
 - o taxes sur les primes d'assurances automobiles (15% prime)
 - o taxes sur les médicaments (promotion des médicaments, vente directe aux pharmacies par les laboratoires)
 - o taxes sur les boissons non alcoolisées

Les taxes :

- La Contribution Sociale Généralisée (CSG) instaurée par la Loi de finances de 1990. Elle porte sur tous les revenus (travail, revenus de remplacement, patrimoine). Initialement créée pour financer les allocations familiales, son taux n'a fait que croître.
- Remboursement de la Dette Sociale (RDS) : instauré en 1996, prévu pour 13 ans et prolongé à 2013 ; 0,5 % sur tous les revenus.

La structure du financement de la protection sociale en 2000 et 2006 apparaît dans le tableau suivant :

	<i>Montant en millions d'euros</i>			
	2000	pourcentage	2006	pourcentage
Cotisations totales	284 919	66.7	364 346	66.2
Cotisations effectives	246 568	57.7	318 812	57.9
- d'employeurs	160 482	37.6	202 007	36.7
- de salariés	70 074	16.4	93 669	17
- de travailleurs indépendants	14 765	3.5	19 620	3.6
- Autres cotisations	1 247	0.3	3 516	0.6
Cotisations imputées	38 351	9	45 534	8.3
Impôts et taxes affectés	82 795	19.4	116 699	21.2
Contributions publiques	48 438	11.3	54 656	9.9
Produits financiers	2 193	0.5	2 872	0.5
Autres recettes	8 995	2.1	12 184	2.2
Total des ressources (hors transferts)	427 340		550 757	

LE CONTENU DE LA PROTECTION SOCIALE (QUELQUES PRESTATIONS)

Article L. 111-1 du CSS (modifié)

L'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de la solidarité nationale. Elle garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. Elle couvre également les charges de maternité et les charges de famille. Elle assure, pour toute autre personne et pour les membres de sa famille résidant sur le territoire français, la couverture des charges de maladie et de maternité ainsi que des charges de famille. Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés et le rattachement de leurs ayants droit à un régime obligatoire.

Le risque maladie (art. L. 321-1 du CSS)

Il vise à :

- la couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyses et d'examens de

laboratoire..., des frais d'hospitalisation... y compris médicaments, produits et objets contraceptifs... ;

- la couverture des frais de transport ;
- la couverture, sur décision de la CDES, des frais d'hébergement et de traitement des enfants handicapés ;
- la couverture des frais d'hospitalisation et de soins afférents à l'IVG ;
- l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant de continuer ou de reprendre le travail ;
- les frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes prioritaires de prévention ;
- frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire.

Conditions d'attribution des prestations

STATUT	PRESTATIONS			
	Maladie - Maternité	Maladie		Maternité / Paternité Adoption
	PN	PE – 6 mois	PE + 6 mois	PE
Salarié	60 h au cours d'un mois civil ou de 30 jours consécutifs OU 120 h pendant 3 mois civils ou 3 mois de date à date**	200 h au cours des 3 derniers mois ou des 90 jours précédents	800 h au cours des 12 mois civils ou 365 jours dont 200 les trois premiers mois	200 h au cours des 3 derniers mois**
Sans emploi	Les mêmes que salarié mais le droit s'examine avant la rupture du contrat de travail.			
Saisonnier ET Artiste du spectacle	A défaut des conditions d'OD du salarié, on regarde si 800 h au cours des 12 derniers mois. Cette condition d'O.D vaut tant pour les P.N que pour toutes les PE.			
Artiste Auteur	Deux conditions : le champ professionnel (auteur d'œuvres) et des revenus d'au moins 6 471,00 € au cours de la dernière année civile. Il s'agit de traitement ou de BNC.			

Autres personnes : Ayants droit

- Le conjoint, même séparé de corps, n'exerçant pas d'activité professionnelle ;
- Le pacsé, n'exerçant pas d'activité professionnelle ;
- Le concubin, n'exerçant pas d'activité professionnelle ;
- Les enfants à la charge de l'assuré, du conjoint, du concubin ou pacsé ayant droit, légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs ou recueillis :
 - o de moins de 16 ans,
 - o jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent leurs études ou sont dans l'impossibilité de travailler par suite d'infirmité ou de maladie
 - o jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle l'enfant atteint 21 ans, si sa scolarité a été retardée pour cause de maladie ;
- Un ascendant, un descendant, un collatéral, un allié à condition de vivre chez l'assuré et de se consacrer aux travaux ménagers et à l'éducation d'au moins 2 enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré,
- Une seule autre personne qui vit avec un assuré depuis au moins un an et est à sa charge totale et permanente, et qui n'est pas soumis à un régime obligatoire.

Et si l'on ne remplit aucune des conditions précédentes ?

L'évolution du marché du travail (SMIC, augmentation du chômage) a créé les conditions d'une nouvelle précarité et nécessite le retour à l'ASSISTANCE car les remboursements de l'assurance maladie ne dépassent pas, sans les mutuelles, 64% des dépenses (hors exonération du ticket modérateur)

Cette assistance se caractérise par la création d'une Couverture Maladie Universelle (CMU). On distingue la CMU de base et la CMU complémentaire.

La CMU de base est entrée en vigueur le 01.01.2000. La CMU de base permet :

- d'affilier au régime général, sous condition de résidence et de régularité de séjour, les personnes ne relevant d'aucun régime obligatoire, que ce soit au titre d'assuré ou d'ayant droit ou de maintien de droit ;
- la gratuité ou non de cette couverture en fonction des revenus fiscaux de référence (cotisation est prévue au delà de 6 505 € de revenu annuel) ;
- d'accéder aux prestations en nature des assurances maladie maternité.

Remarques : le bénéficiaire à la CMU de base ne dispense pas de l'avance de frais. Le remboursement est le même que pour tout autre affilié au régime général.

La CMUC est sous condition de ressources (562 €/ mois en 2002) et remplace l'AMD. Elle est gérée par la CPAM ou un Organisme Complémentaire (15%). Elle permet la dispense d'avance de frais et E.T.M. Les professionnels sont obligés d'appliquer les tarifs conventionnels sans dépassement mais un complément de tarif a été prévu pour actes dentaires (prothèses, ODF), l'optique et certains dispositifs médicaux.

Et si l'on est étranger en situation irrégulière ?

On peut généralement bénéficier de l'aide médicale d'Etat (AME). Cette dernière est destinée à permettre sous certaines conditions l'accès aux soins aux personnes ne pouvant bénéficier de la CMU. Sont donc principalement concernées les personnes en situation irrégulière ou régulière avec de faibles conditions de ressources (avant le bénéfice de la CMU).

Les formalités pour bénéficier des prestations (couverture de base)

- Soit le professionnel a utilisé votre carte vitale et émis une FSE et il n'y a aucune formalité à accomplir en plus.
- Soit le professionnel émet une feuille de soins qui est adressée avec l'ordonnance au centre de sécurité sociale de rattachement.
- Soit il a pratiqué le tiers payant et il sera honoré directement par la Caisse.

Il est à noter le maintien de la procédure entente préalable pour certains actes : principalement actes kiné et soins infirmiers (suppression pour la plupart des soins dentaires)

Les taux de remboursement

HONORAIRES DE VILLE :	
Praticiens :	70 %
Auxiliaires médicaux (infirmières, kinés, orthophonistes, orthoptistes, pédicures) :...	60 %
Frais d'analyses ou de laboratoire (B, BP, BR) :	60 %
Actes en P (Anatomo cytopathologistes) :	70 %
Prélèvements - Médecins, sages femmes :	70 %
Directeurs de labo. non médecins, auxiliaires méd., auxil. de labo. non infirmiers :	60 %
Frais de déplacements (IF, ID).....	60 % ou 70 %
Indemnités Kilométriques. (toutes qualités) :	100 %
SOINS DISPENSES AU COURS D'UNE HOSPITALISATION (Ets publics - privés) : ... 80 %	
SOINS EXTERNES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS : Taux identiques à ceux des honoraires ville.	
FRAIS DE TRANSPORT	
.....	65 %
Cure thermale (forfait de surveillance, pratique complémentaire) :.....	70 %

L'exonération du ticket modérateur

L'exonération du ticket modérateur est soit d'ordre administratif soit médical

L'exonération d'ordre administratif est automatique :

- De droit pour situations particulières
 - o Grossesse : exonération de tous les soins en rapport ou non avec la grossesse durant la période débutant 4 mois avant la date d'accouchement
 - o Invalidité sécurité sociale (sauf vignettes bleues)
 - o Rente AT/MP : si IPP > 66,66 %, exonération de l'assuré et de tous les ayants droits
 - o Pension art.115 (code des pensions militaires)
- Liée à la nature des actes : actes d'un coefficient > 50 (k – kcc – z)
- Liée à la nature du traitement
 - o Toute hospitalisation à compter du 31ème jour,
 - o Hospitalisation des nourrissons (30 premiers jours),
 - o Séjour en institutions médico-sociales enfants – adolescents handicapés
 - o Séjour en long séjour et institutions médico-sociales
 - o Produits d'origine humaine (sang, lait)
 - o Grand appareillage

L'exonération d'ordre médical est motivée par le médecin du patient

- Affections à traitement prolongé et thérapeutique particulièrement coûteuse figurant sur une liste (art. L 322-3-3 du CSS – voir **annexe 1**).
- Traitement prolongé et thérapeutique particulièrement coûteuse ne figurant pas sur la liste
 - o Art. 71.4 ricp : affection grave invalidante ou évolutive entraînant des soins continus > 6 mois
 - o Art. 71.4.1 ricp : plusieurs affections graves caractérisées entraînant un état pathologique invalidant nécessitant des soins continus > 6 mois.

N.B. Procédures exceptionnelles car frais pris en charge sur le fond national de l'action sanitaire et sociale (cnamts)

- La stérilité
- Investigation, traitement

La procédure d'obtention de l'exonération d'ordre médical

Elle est motivée par le médecin du patient sur un formulaire spécifique : « *protocole d'examen spécial* ». Cette demande comprend le *diagnostic de l'affection, les arguments cliniques, les actes et prestations concernant la maladie*. Elle est adressée au médecin conseil de l'ELSM de la CPAM après information du patient.

La décision (accord ou refus) est notifiée par la CPAM.

En cas d'accord donné par le Service Médical, un exemplaire du formulaire est remis au patient. Ce protocole est signé par elle et par ces deux médecins. Cet exemplaire doit être présenté à chaque professionnel de santé que le patient consultera. Le champ de l'exonération est défini sur le protocole.

L'entente préalable

Une entente préalable doit être réalisée :

- Pour les actes ne figurant pas à la nomenclature (maintenant CCAM) et remboursés par assimilation
- Pour les actes précédés de la lettre E à la NGAP, notamment actes de kinésithérapie, certains actes infirmiers, certains soins dentaires (ODF), les transports en série ou de longue distance, certaines prestations en appareillage.

La demande d'entente préalable est établie par le médecin ou l'auxiliaire médical. Après l'avoir complétée, le bénéficiaire doit l'adresser au service médical de la Caisse d'assurance maladie. La non réponse la Caisse d'assurance maladie dans un délai de 15 jours (10 jours pour les frais de transports) vaut accord.

Les prestations en espèces (PE)

Conditions d'ouverture des droits :

- Avez-vous travaillé 200 heures au cours des trois mois civils ou au cours des 90 jours consécutifs qui précèdent la date du dernier jour de travail effectif ? -> droit aux P.E. pendant 6 mois

- Avez-vous travaillé au moins 800 heures au cours des 12 mois précédant la date d'interruption de travail, dont 200 heures pendant les 3 premiers mois ? -> droit au P.E. au delà de 6 mois

Il y a un « délai de carence » de 3 jours. Ce délai de carence est supprimé si l'arrêt est en rapport avec une affection exonérante.

Les montants des PE sont les suivants :

- 50% du salaire de base, dans la limite du salaire inférieur au « plafond » de cotisations.
- 2/3 du salaire de base à partir du 31ème jour si au moins 3 enfants à charge
- En maternité : 84% du salaire de base

Assurance maternité

- Conditions d'attribution des P.E.
 - o Être salariée et avoir 10 mois d'immatriculation à la date d'accouchement
 - o Des règles à respecter par l'assurée : Cessation effective du travail
- Paiement des IJ, pas de délai de carence :
 - o Montant = 84% du gain journalier de base
- Durée :
 - o Congé prénatal
 - Grossesse simple : 6 semaines
 - Gémellaire : 12 semaines
 - Triples ou + : 24 semaines
 - o Congé post natal
 - Grossesse simple - de 2 enfants : 10 semaines
 - Grossesse simple 2 enfants : 18 semaines
 - Grossesse gémellaire : 22 semaines
 - Grossesse triple ou + : 22 semaines

Assurance invalidité

- Art l. 341-1 : Réduction de la capacité de travail ou de gain des 2/3, c'est à dire incapacité de se procurer dans une profession quelconque plus de 1/3 de la rémunération d'un salarié de même catégorie.
- Conditions d'attribution :
 - o Administratives
 - 1) être assuré
 - 2) avoir moins de 60 ans
 - 3) au moins 12 mois d'immatriculation
 - 4) au moins 800 heures de salariat
 - o Médicales
 - 1) origine : maladie ou accident non professionnel
 - 2) réduction de capacité de travail ou de gain > 2/3
 - 3) absence d'état antérieur à l'immatriculation

Accident du Travail / Accident du Trajet

- Soins : remboursés à 100 % du tarif de Sécurité sociale.
- Sans avoir à faire l'avance des frais.
- Sur simple présentation de la feuille “ d'accident du travail et maladie professionnelle ”, la victime reçoit tous les soins que nécessite son état en s'adressant aux : médecins, dentistes, pharmaciens, auxiliaires médicaux, laboratoires, établissements et hôpitaux de son choix, fournisseurs d'appareillages médicaux.

Arrêt de travail

- En cas d'incapacité temporaire, la victime a droit à des indemnités journalières. L'indemnité journalière est réglée dès le lendemain de l'accident.

Guérison - consolidation (en A.T.)

- Guérison : disparition apparente des lésions occasionnées par l'accident, sous réserve d'une rechute toujours possible.
- Consolidation : c'est le moment où l'état est stabilisé, où il n'y a plus de soins actifs et où la lésion se fixe et prend un caractère permanent sinon définitif.

Le médecin traitant rédige un **certificat final descriptif des séquelles**.

Remarques :

- la reprise du travail peut intervenir avant la consolidation si l'état de la victime l'y autorise
- la mention de guérison n'empêche pas la réouverture ultérieure du dossier
- l'important est de mentionner la présence ou non de séquelles éventuellement indemnifiables afin que le médecin conseil convoque la victime pour l'examiner
- Après consolidation ou guérison, l'assuré ne peut plus prétendre au bénéfice des IJ que ce soit au titre de la maladie (sauf pour un autre motif) ou au titre des AT/MP

L'appréciation des séquelles (incapacité permanente)

- La victime d'un accident du travail ou d'une MP qui reste atteinte d'une incapacité permanente percevra une rente ou une indemnité forfaitaire en capital, à compter du lendemain de la date de consolidation de la blessure ou de la maladie.
- L'indemnisation se fait sous forme de rente (taux de 10 % et plus) ou d'indemnité en capital (taux entre 1 et 9 %).
- La victime a 2 mois pour éventuellement contester la décision auprès du Tribunal du Contentieux de l'Incapacité (TCI)
- Si le taux d'incapacité est supérieur à 66,66 %, la rente est assimilée à une rente d'invalidité.

ANNEXE 1 - LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE EXONÉRANTES

La liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, évoquée à l'article L. 322-3, est établie ainsi qu'il suit :

- Accident vasculaire cérébral invalidant ;
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- Bilharziose compliquée ;
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine ;
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine ;
- Diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave;
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères;
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- Hypertension artérielle sévère ;
- Maladie coronaire ;
- Insuffisance respiratoire chronique grave ;
- Maladie d'Alzheimer et autres démences
- Maladie de Parkinson
- Maladie de Parkinson ;
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- Mucoviscidose ;
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- Paraplégie ;
- Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;
- Affections psychiatriques de longue durée ;
- Recto-colite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- Sclérose en plaques ;
- Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- Spondylarthrite ankylosante grave ;
- Suites de transplantation d'organes
- Tuberculose active et Lèpre ;
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique