



# LEXIQUE

**DE LA PROTECTION  
SOCIALE**

## **PRÉAMBULE**

La protection sociale est un domaine qui, comme chacun, possède son propre vocabulaire.

Couramment utilisés par les spécialistes du domaine, certains termes peuvent paraître abscons aux simples usagers ou mêmes aux professionnels expérimentés car la protection sociale a pour particularité de couvrir un large champ de compétences et d'activités.

Ainsi peu d'entre nous sont capables de maîtriser l'ensemble des vocables du domaine dans son étendu et sa diversité.

Ce lexique, sans prétendre à exhaustivité, a pour objet de nous y aider et de faciliter ainsi la compréhension de sujets variés dans le cadre des activités de Chorum.

# A

## ■ **Accès aux soins**

Il s'agit de la possibilité de chacun de se faire soigner comme il le faut. La Constitution garantit le droit à la protection de la santé.

## ■ **Accident du travail**

Accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail ou sur le trajet du domicile au travail ou du travail au domicile.

## ■ **Accord collectif**

Acte juridique issu d'une négociation entre partenaires sociaux.

L'accord collectif ne traite qu'un ou que certains sujets parmi l'ensemble de ceux abordés dans les conventions collectives. L'accord collectif a donc un objet plus restreint que la convention collective qui traite de l'ensemble des conditions d'emploi, de travail et de garanties sociales. Cette distinction s'applique quel que soit le niveau de la négociation : il existe donc des conventions et des accords d'entreprises, comme il existe des conventions et des accords nationaux.

Voir aussi : Convention collective, négociation, partenaires sociaux

## ■ **Acte technique**

Acte médical qui nécessite un geste technique réalisé ou non à l'aide d'un appareillage (actes de radiologie, interventions chirurgicales...).

### ■ **Acte clinique**

Acte médical qui correspond à l'examen d'un patient avec un interrogatoire et un examen physique (consultations, visites).

### ■ **Actif**

Personne liée à une entreprise à une date donnée par un contrat de travail (éventuellement suspendu). Les chômeurs sont assimilés par l'INSEE à des actifs.

### ■ **Action sociale**

Ensemble de moyens permettant des interventions collectives ou individuelles réalisées par les institutions privées, parapubliques, concernant soit une action sociale facultative, soit une aide sociale légale.

La plupart des mutuelles développent une action sociale sous la forme d'aides individuelles (prise en charge de cotisations de prévoyance, remboursement de frais de santé, bourses d'études, ...), ou sous la forme de réalisations collectives et de services (établissements de soins, centres de vacances, services d'aide à la recherche d'emploi, ...).

### ■ **Actuaire**

Spécialiste de la statistique et du calcul des probabilités appliqués aux problèmes d'assurance, de prévoyance ou d'amortissement.

### ■ **Adhérent**

Entreprise ou établissement ayant souscrit une adhésion auprès d'une mutuelle. Ce terme est aussi utilisé pour les adhésions auprès des institutions de retraite complémentaire (IRC).

*Voir aussi : Souscripteur*

### ■ **Adhésion**

Conclusion d'un contrat entre une entreprise et une mutuelle entraînant l'affiliation des salariés.

Ce contrat définit les garanties, les catégories de personnel concernées et le(s) taux de cotisation(s) applicable(s). Ce terme est aussi utilisé pour la retraite complémentaire.

#### ■ **Affections de longue durée (ALD)**

Maladies graves et/ou chroniques pour lesquelles l'assurance maladie obligatoire assure une prise en charge à 100 % de tous les traitements nécessaires. Une trentaine d'ALD sont répertoriées parmi lesquelles le diabète, l'hypertension artérielle, l'infection au VIH, les cancers ou les maladies génétiques...

#### ■ **Arrêt de travail**

La couverture de l'arrêt de travail varie suivant les motifs de l'incapacité à travailler. On distingue l'arrêt pour maladie ou accident de la vie courante de celui pour accident du travail ou maladie professionnelle. L'indemnisation de l'arrêt de travail pour maladie non professionnelle est moindre que celle accordée dans le cadre des accidents du travail.

Cette couverture est constituée de trois niveaux de protection : les deux premiers (Sécurité sociale et Entreprise) sont obligatoires, le dernier est facultatif et proposé par les organismes d'assurance complémentaire. Grâce à cette couverture complémentaire, le salarié subit une perte de revenu mineure voire nulle.

*Voir aussi : Assurance maladie, Indemnités journalières, Incapacité, Loi de mensualisation*

#### ■ **Article L.931-1**

Article du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale qui précise la nature juridique des institutions de prévoyance.

#### ■ **Article L.111-1**

Article du titre I du livre I du Code de la mutualité qui précise la nature juridique des mutuelles.

### ■ **Assiette des cotisations**

Base de rémunérations sur laquelle sont déterminées les cotisations.

### ■ **Association des régimes de retraites complémentaires (ARRCO)**

L'ARRCO, créée en application de l'accord du 8 décembre 1961, a pour mission :

- de coordonner l'action des institutions de retraite complémentaire ;
- d'assurer la pérennité des différents régimes ;
- d'instituer une compensation financière entre les différents régimes.

Elle gère le régime de retraite applicable aux salariés non cadres et cadre sur la fraction de leurs rémunérations inférieur au plafond de la sécurité sociale.

*Voir aussi : Plafond de la sécurité sociale*

### ■ **Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC)**

L'AGIRC, créée par la convention collective du 14 mars 1947, gère le régime de retraite applicable aux salariés cadres et assimilés sur la fraction de leurs rémunérations supérieure au plafond de la Sécurité sociale.

*Voir aussi : Plafond de la sécurité sociale*

### ■ **Assurance de groupe**

Technique de couverture des risques à l'intérieur d'un groupe, fondée sur la solidarité entre les membres du groupe et la contribution de chacun.

*Voir aussi : Risques, Groupe*

### ■ **Assurances de personnes**

Catégorie d'assurance regroupant les « produits d'assurances » ayant pour objet la garantie des risques susceptibles d'affecter une personne dans son existence ou dans son intégrité physique.

On retrouve dans cette catégorie l'assurance vie, les assurances individuelles contre les accidents corporels, les assurances maladie, les assurances prévoyance....

*Voir aussi : Garanties, Risques, Prévoyance*

### ■ **Assurance décès**

Au régime général de la Sécurité sociale, un capital décès est versé aux ayants droit d'un assuré qui décède alors qu'il était en activité. (Ce qui signifie qu'aucun capital décès ne peut être versé à la famille d'un retraité).

Ce capital est servi par priorité, sauf clause particulière contractuelle, à la personne étant à la charge de l'assuré décédé (bénéficiaire prioritaire) s'il en fait la demande dans le mois qui suit le décès, sinon au conjoint ou aux enfants ou aux ascendants (dans cet ordre de priorité) de l'assuré décédé.

Les organismes d'assurances proposent des compléments qui peuvent prendre plusieurs formes :

- capital décès ;
- rente de conjoint ;
- rente éducation.

*Voir aussi : Capital décès, Bénéficiaires, Prévoyance collective (pour les assureurs)*

### ■ **Assurance invalidité**

Au régime général de la Sécurité sociale, l'assurance invalidité prévoit le versement d'une pension à l'assuré qui présente une réduction de sa capacité de travail d'au moins deux tiers.

La pension est donc attribuée à l'intéressé, si son état ne lui permet plus de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération correspondant à l'emploi qu'il occupait avant sa cessation d'activité.

Les organismes d'assurances proposent des compléments à ces pensions d'invalidité.

La période pendant laquelle l'assuré perçoit une pension d'invalidité donne lieu à attribution de trimestres assimilés auprès de l'assurance vieillesse du régime général, à attribution de points non cotisés auprès des régimes de retraite complémentaire.

*Voir aussi : Invalidité, Pension d'invalidité*

## ■ Assurance maladie

Au régime général de la Sécurité sociale, l'assurance maladie garantit deux types de prestations en cas de maladie ou d'accident de la vie courante :

- Prestations en espèces : la Sécurité sociale verse des indemnités journalières. Depuis la loi de mensualisation, les entreprises doivent garantir, sous condition d'ancienneté et pour une durée variable, un niveau de ressources au salarié malade. Les organismes d'assurances complémentaires proposent des compléments à ces indemnités journalières.
- Prestations en nature : la Sécurité sociale ne rembourse pas la totalité des frais engagés par l'assuré du fait de sa maladie : consultations, analyses, médicaments, hospitalisation, etc. Un ticket modérateur (variable selon la nature des frais), forfait 1€ et le dépassement d'honoraires éventuel sont à la charge de l'assuré.

Les organismes d'assurance complémentaire proposent une prise en charge partielle ou totale des frais non remboursés à l'assuré.

*Voir aussi : Indemnités journalières, Frais de santé, Prestations en espèces, Prestations en nature*

## ■ Assurance maternité

Au régime général de la Sécurité sociale, l'assurance maternité garantit deux types de prestations en cas de maternité :

- Prestation en espèces : la Sécurité sociale verse des indemnités journalières.
- Prestation en nature (remboursement de frais) : la Sécurité sociale prend en charge à 100 % (pas de ticket modérateur) tous les frais liés à la grossesse et à l'accouchement. En revanche, les dépassements de tarif restent à la charge de l'assuré. Les organismes d'assurance complémentaire proposent la prise en charge de certains dépassements de tarifs ; certains versent une prime à l'accouchement.

*Voir aussi : Indemnités journalières, Frais de santé, Prestations en espèces, Prestations en nature, Prévoyance collective (pour les assureurs)*

## ■ Assurance veuvage

*Attention : en raison de la disparition de la condition d'âge pour l'obtention d'une pension de réversion à compter du 1er juillet 2004, le dispositif relatif à l'assurance veuvage a été supprimé à cette date. Les pensions en cours au 1er juillet 2004 continuent d'être servies jusqu'à leur terme. La suppression de la condition d'âge pour l'obtention d'une pension de réversion étant progressive, les personnes qui ne remplissent pas cette condition d'âge pendant cette phase transitoire peuvent bénéficier de l'assurance veuvage dans les conditions actuellement en vigueur.*

Allocation versée, sous condition de ressources, à la veuve ou au veuf non remarié(e) ou ne vivant pas maritalement ou n'ayant pas conclu un Pacs, d'un(e) assuré(e) au régime général ou au régime des salariés agricoles. Le conjoint survivant doit être âgé de moins de 55 ans.

Cette allocation est versée de façon dégressive pendant 3 ans à compter du décès. Elle peut être maintenue jusqu'à 55 ans si la veuve ou le veuf avait plus de 50 ans à la date du décès.

## ■ Assurance vie

Opération par laquelle une personne (l'adhérent) obtient d'une autre (l'assureur) un engagement au profit d'une troisième (le participant). En droit, cette opération s'analyse comme une stipulation pour autrui

*Voir aussi : Adhérents, Prévoyance collective (pour les assureurs), Participant*

## ■ Assurance vieillesse

L'assurance vieillesse du régime général assure le versement de pension d'un montant proportionnel à la durée de carrière et aux salaires (plafonnés).

La modicité des pensions servies à l'origine explique en partie la création des régimes complémentaires de retraite (Arrco - Agirc).

*Voir aussi : Pension*

### ■ **Assuré social**

Personne qui est assujettie à un régime de Sécurité sociale.

Dans le cadre des mutuelles, l'assuré (salarié ou ancien salarié) est appelé « participant ».

*Voir aussi : Participant*

### ■ **Avenant**

Document écrit qui modifie certaines conditions du contrat.

*Voir aussi : Contrat d'adhésion*

### ■ **Ayant droit**

Personne qui bénéficie des prestations versées par un régime non à titre personnel mais du fait de ses liens avec l'assuré.

*Voir aussi : Prestations, Assuré social*

# B

## ■ **Bénéficiaire**

Personne désignée dans le contrat pour recevoir la rente ou le capital prévu.

*Voir aussi : Contrat d'adhésion, Rente, Capital*

## ■ **Branche professionnelle**

Secteur d'activité professionnelle régi par des dispositions conventionnelles communes.

En vertu de la liberté contractuelle, le champ d'application professionnel des conventions est déterminé par la représentativité des signataires desdites conventions. Aussi, la notion de branche professionnelle peut varier entre un cadre très étroit et un cadre très large.

Certaines branches professionnelles ont décidé, dans le cadre d'une convention collective ou d'un accord de désigner un organisme assureur pour la gestion du régime de prévoyance négocié.

*Voir aussi : Convention collective, Prévoyance*

# C

## ■ **Capital**

Versement d'une somme unique que doit verser un organisme assureur au bénéficiaire désigné au contrat.

Voir aussi : Bénéficiaire, Contrat d'adhésion, Prévoyance collective (pour assureurs)

## ■ **Capital décès**

Capital versé, sous certaines conditions, par la Sécurité sociale, par les ASSEDIC, ou par un organisme d'assurance (ex : mutuelle) lors du décès d'un assuré.

Le capital versé par la Sécurité sociale est égal à 90 fois le gain journalier plafonné de l'assuré décédé (c'est-à-dire son salaire journalier moyen des 3 dernières paies mensuelles perçues).

En prévoyance, le capital décès est variable et défini au contrat.

Le ou les bénéficiaires sont définis par le contrat : ce sont en général les personnes qui étaient à la charge du défunt.

Il est versé en une seule fois.

Le versement d'un capital décès n'exclut pas le versement d'une rente (éducation, par exemple).

*Voir aussi : Assurance décès, Bénéficiaire, Rente*

## ■ Capitalisation

Les contrats de capitalisation prévoient le paiement d'un capital constitué par :

- Les sommes versées par le contractant sous forme de cotisation unique ou de cotisations périodiques et déduction faite des chargements ;
- Les intérêts capitalisés ;
- La participation aux bénéfices.

En pratique, le capital à verser peut servir à l'acquisition d'une rente à vie ou temporaire.

A la différence de la répartition, les cotisations des actifs ne sont pas immédiatement transférées vers les retraités.

*Voir aussi : Cotisation, Capital, Rente, Répartition*

## ■ Cessions en réassurance

Opérations que la mutuelle cède, en partie ou en totalité, auprès d'un autre organisme assureur (institution de prévoyance, société d'assurance ou mutuelle).

## ■ Charge de prestations

Correspond à la somme des prestations versées au cours de l'exercice et des provisions mathématiques et provisions pour sinistres à payer constatées à la clôture de l'exercice, diminuée du montant des mêmes provisions à l'ouverture.

*Voir aussi : Provisions mathématiques*

## ■ Coassurance

Technique d'assurance pratiquée dans le cadre de la prévoyance collective complémentaire consistant à partager les risques couverts entre différents assureurs. Chaque assureur est directement responsable pour sa part auprès de l'adhérent et des participants bénéficiaires.

Exemple : sur 100 % de risques couverts, l'assureur A en couvre 60 %, l'assureur B en couvre 40 %.

*Voir aussi : Prévoyance collective, Adhérent, Participant*

### ■ **Code de la Mutualité**

Loi édictant les règles de fonctionnement, droits et obligations, de toute institution mutualiste. Ne peuvent ainsi se prévaloir du titre de « mutuelles » que les organismes régis par le Code de la Mutualité.

*Voir aussi : Mutuelle*

### ■ **Compte de tiers (ou délégation de gestion)**

Les opérations pour compte de tiers correspondent aux opérations où la mutuelle intervient comme simple gestionnaire pour le compte d'autres mutuelles ou unions de mutuelles.

La gestion peut être limitée à l'encaissement des cotisations ou inclure également le règlement des prestations.

### ■ **Compte propre**

Les opérations pour compte propre ou les opérations directes sont celles pour lesquelles la mutuelle intervient comme assureur de premier rang, par opposition aux opérations pour compte de tiers et aux acceptations en réassurance.

### ■ **Consultation des salariés**

En cas de changement de la couverture sociale des salariés (changement de caisse d'adhésion, de taux de cotisations, etc.), l'accord des participants intéressés ou de leurs représentants est nécessaire.

### ■ **Contrat d'adhésion**

Document contractuel signé par l'entreprise comportant l'engagement d'affilier tout ou partie de son personnel auprès d'une mutuelle.

Le contrat d'adhésion doit notamment définir les conditions d'adhésion (catégories de personnel concernées et taux de cotisation applicables). Il est signé par le dirigeant, ou toute autre personne valablement mandatée.

## ■ **Convention collective**

Accord conclu par les partenaires sociaux en vue de déterminer l'ensemble des conditions d'emploi et de travail des salariés et de leurs garanties sociales.

- Des avenants à la convention collective peuvent venir compléter, remplacer, dénoncer ou préciser des dispositions de celles-ci.
- La conclusion s'effectue entre un ou plusieurs (groupement) d'employeurs et les organisations syndicales de salariés représentatives. Une adhésion peut intervenir ultérieurement avec l'accord de toutes les parties signataires initiales. Il appartient aux autres signataires de la convention de délimiter son champ d'application professionnel et territorial.
- La convention collective ne lie que les employeurs adhérant aux organisations patronales signataires.
- La convention peut faire l'objet d'un arrêté d'extension et/ou d'élargissement. Dans ce cas, elle lie tout employeur relevant du champ d'application de la convention.

*Voir aussi : Branche professionnelle, Partenaires sociaux*

## ■ **Convention médicale**

Contrat passé entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de chacune des professions de santé exerçant en libéral, avec les centres de santé et les établissements thermaux.

Ce contrat fixe les obligations de chacune des parties et notamment :

- le tarif que peut percevoir un professionnel de santé (médecin, orthophoniste, etc.) pour ses actes (le tarif opposable) ainsi que les avantages que ce contrat lui apporte comme, par exemple, sa formation continue ou le financement d'une partie de ses cotisations sociales par l'Assurance maladie.
- ce tarif sert de base au calcul du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

La convention fixe également les actions à mener pour améliorer la qualité des soins. L'accord de bon usage des soins pour l'antibiothérapie figure, par exemple, dans la convention signée par les médecins.

*Voir aussi : Qualité de soins*

## ■ **Cotisation**

Somme versée régulièrement à un organisme de protection sociale de base ou complémentaire (ex : mutuelle).

Elle est soit forfaitaire, soit déterminée en appliquant un taux à une assiette de cotisation.

*Voir aussi : Assiette de cotisation, Taux de cotisation*

## ■ **Cotisation patronale**

Fraction de la cotisation à la charge de l'employeur. Selon les risques couverts par la cotisation, le niveau du taux de cotisation est :

- soit imposé par des dispositions légales ou conventionnelles,
- soit décidé par accord entre employeur et salariés dans l'entreprise.

*Voir aussi : Part patronale, Risques*

## ■ **Cotisation salariale**

Fraction de la cotisation à la charge du salarié. Mêmes remarques que pour la cotisation patronale.

*Voir aussi : Part salariale.*

## ■ **Couverture Maladie Universelle (CMU)**

Dispositif (créé par la loi du 27 juillet 1999) permettant de garantir une affiliation immédiate à l'assurance maladie de base pour les personnes qui n'en bénéficient pas. Il permet également à ces personnes de bénéficier d'une couverture complémentaire santé gratuite. La CMU concerne les personnes aux revenus modestes (environ 6 millions de personnes en bénéficient).

## ■ **CMU complémentaire (CMUc)**

Assurance maladie complémentaire offerte à ceux dont les ressources sont inférieures à un certain niveau de revenu (appelé "plafond"). Cette assurance complémentaire leur permet de

porter à 100 % la prise en charge de leurs dépenses de soins, sans avoir à faire l'avance de frais.

### ■ **Continuité des soins**

La continuité des soins consiste à éviter toute rupture dans le suivi du malade. Elle est assurée par la coordination entre praticiens (hospitaliers, médecins généralistes ou spécialistes, infirmiers, ...). C'est un critère essentiel de qualité des soins. Le dossier médical du patient est un outil essentiel de la continuité des soins : il atteste du suivi, permet de suivre l'évolution d'une pathologie, de connaître les traitements successifs du patient et l'échange d'informations entre les différents professionnels de santé.

### ■ **Couverture sociale**

Ensemble des prestations en espèces ou en nature qui garantissent l'individu contre la baisse de ses revenus (vieillesse, maladie, invalidité, décès, chômage, accidents du travail, maladies professionnelles), ou contre l'augmentation de ses charges (famille, maladie, tierce personne).

La couverture sociale varie fortement suivant les catégories d'actifs.

*Voir aussi : Prestations en espèces, Prestations en nature*

# D

## ■ **Date d'effet**

Date à laquelle la garantie de l'assureur est engagée. Au gré des contrats, elle peut correspondre, par exemple, à la date du premier versement.

*Voir aussi : Garantie*

## ■ **Date d'exigibilité**

Date à compter de laquelle les cotisations sont exigibles.

*Voir aussi : Cotisation*

## ■ **Déclaration annuelle de données sociales (DADS)**

Tout employeur de personnel salarié (à l'exception des particuliers) est tenu d'adresser avant le 31 janvier de chaque année, aux organismes chargés du recouvrement des cotisations, une déclaration faisant ressortir, pour chacun des salariés occupés dans l'entreprise, le montant total des rémunérations payées au cours de l'année précédente.

## ■ **Déclaration unifiée des cotisations sociales**

Déclaration unifiée (DUCS) prévue par l'article 32 de la loi du 11 février 1994, dite loi "Madelin", relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. Elle a pour objectif de regrouper l'ensemble des déclarations liées aux prélèvements sur les salaires.

## ■ Délai de carence

Le délai de carence est la période de temps qui court entre le jour de la constatation de la évènement appelant des prestations (ex : maladie) et le jour à compter duquel les prestations sont versées.

Il s'agit, notamment, de l'intervalle entre le premier jour d'arrêt de travail et le premier jour de l'indemnisation du régime d'assurance maladie de la Sécurité sociale. Ce délai est de 3 jours pour l'assurance maladie du régime général. Dans le cadre des accidents du travail et des maladies professionnelles, le délai de carence n'est pas appliqué.

Certains organismes d'assurance prennent en charge le délai de carence. Ainsi, le salarié ne subit pas de perte de salaire.

## ■ Dépassement de tarif

Dépassement du montant des frais réels de santé par rapport au tarif opposable de la Sécurité sociale.

Certains praticiens (médecins généralistes, spécialistes, etc.) sont autorisés, dans le cadre de la convention médicale, à fixer des prix de consultations, visites ou actes médicaux supérieurs à ceux prévus dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) issue de la convention. On dit de ces praticiens qu'ils sont à honoraires libres ou qu'ils sont en secteur 2.

L'assurance maladie rembourse néanmoins ces frais sur la base du tarif de la convention (tarif opposable).

Le ticket modérateur et le dépassement de tarif sont à la charge de l'assuré. Les organismes d'assurance peuvent prendre en charge tout ou partie de ces frais de santé.

*Voir aussi : Frais de santé, Ticket modérateur, Tarif opposable, Convention médicale*

## ■ **Dépendance**

Situation d'une personne qui, en raison de l'âge, d'un handicap ou d'un trouble, ne peut remplir seules certaines fonctions et effectuer des gestes essentiels de la vie quotidienne sans le concours de tiers.

## ■ **Dispense d'avance de frais**

Synonyme : Tiers payant intégral

L'assuré n'a pas à payer les frais occasionnés par sa maladie. Les praticiens se font directement payer par la Sécurité sociale.

Cette disposition existe notamment pour les frais médicaux occasionnés par un accident du travail, de trajet ou une maladie professionnelle.

# E

## ■ **Enfant à charge**

Enfant ouvrant droit aux prestations familiales et se trouvant à la charge effective et permanente de l'assuré en application des articles L. 512-2, L. 512-3 et L. 512-1 du Code de la Sécurité sociale.

Par enfant à charge, il faut entendre enfant résidant en France à la charge de l'assuré ou de son conjoint qu'il soit légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif, pupille de la nation dont l'assuré est tuteur, ou enfant recueilli.

L'âge limite est de 16 ans, 20 ans s'il poursuit des études.

## ■ **Entreprise adhérente**

Entreprise ayant souscrit une adhésion auprès d'une mutuelle.

*Voir aussi : Adhérent, Souscripteur*

## ■ **Exclusion**

Il s'agit de ce qui n'est pas garanti par le contrat d'assurance. Tous les contrats comportent des exclusions de garanties.

*Voir aussi : Garanties*

## ■ **Exonération du ticket modérateur**

Les soins sont pris en charge à 100 % (dans la limite du tarif de responsabilité) lorsque l'assuré est exonéré du ticket modérateur.

Les cas d'exonération sont définis en fonction du traitement suivi par l'assuré ou de la situation de l'assuré.

*Voir aussi : Dépassement de tarif, frais de santé.*

## ■ **Extension**

La procédure d'extension a pour effet d'imposer l'application des dispositions contenues dans l'accord ou la convention collective à tous les employeurs exerçant une activité entrant dans le champ d'application professionnel et territorial de la convention ou de l'accord.

A la différence de l'élargissement, le domaine professionnel et territorial de la convention étendue n'est pas modifié.

*Voir aussi : Accord, Convention*

# F

## ■ **Fonds de pension**

Le terme "fonds de pension" provient de la traduction littérale du mot anglais "pension fund".

C'est un terme général qui recouvre plusieurs notions :

- tout système de retraite qui serait mis en place à l'initiative ou non de l'entreprise au delà du système obligatoire de retraite existant actuellement et fonctionnant selon le principe de capitalisation ;
- un organisme spécifique créé pour gérer un système de retraite mis en place à l'initiative de l'entreprise ou par une autre entité, en complément des régimes de retraites obligatoires.

## ■ **Forfait hospitalier**

Frais d'hospitalisation (Hospitalisation de plus de 24h) restant à la charge de l'assuré, correspondant aux frais d'hébergement et d'entretien.

Le forfait n'est pas dû en cas d'hospitalisation pour accident du travail, de maladie professionnelle et dans le cadre de la maternité (accouchement).

Il peut être pris en charge dans le cadre d'un contrat de prévoyance complémentaire.

*Voir aussi : Assuré, Prévoyance*

## ■ **Forfait de 1 euro**

Depuis le 1er janvier 2005, une contribution forfaitaire de 1 euro reste à la charge des assurés sur tous les actes médicaux et actes de biologie. Cette somme est déduite des remboursements de l'assurance maladie obligatoire.

Les mutuelles ne peuvent pas le prendre en charge.

Sont exemptés de ce forfait : les moins de 18 ans, les femmes enceintes de plus de six mois, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale d'Etat.

### ■ **Frais de santé**

La Sécurité sociale ne rembourse qu'une partie des frais de santé :

- Elle calcule ses remboursements en fonction de son tarif opposable et non sur la base des frais réels : le dépassement du tarif est à la charge de l'assuré ;
- Sauf certains cas particuliers (affection de longue durée, hospitalisation de plus de 30 jours, frais liés à la grossesse et à l'accouchement, etc.), la Sécurité sociale ne rembourse qu'une partie de son tarif de responsabilité : le ticket modérateur est également à la charge de l'assuré.
- Les organismes d'assurance prennent au minimum en charge le ticket modérateur.

### ■ **Franchise**

Somme restant à la charge de l'assuré.

*Voir aussi : Assuré*

# G

## ■ Garantie

Le terme de garantie correspond à l'engagement que prend l'assureur de fournir une prestation prévue à l'avance en cas de survenance d'un risque indiqué dans le contrat.

*Voir aussi : Risques*

## ■ Garantie complémentaire santé

Garantie visant à compléter les prestations de la Sécurité Sociale obligatoire pour le remboursement des frais médicaux.

## ■ Générique

Un médicament générique est la stricte copie d'un médicament original dont le brevet est tombé dans le domaine public. Les "inventeurs" des nouvelles molécules déposent des brevets auprès de l'INPI (Institut National de la Propriété Industrielle) qui leur assure l'exclusivité de leur commercialisation pendant 20 ans et leur permet d'amortir leurs coûts de recherche et de développement.

Lorsque le brevet expire, le médicament "tombe" dans le domaine public. Une copie conforme du médicament de référence ou "princeps", le médicament générique, peut être fabriquée et commercialisée sous un nom différent par des laboratoires pharmaceutiques agréés.

## ■ Groupe

Collectivité des participants d'une entreprise adhérente.

*Voir aussi : Participants, Entreprise adhérente*



### ■ Incapacité de travail

Etat de santé ne permettant pas provisoirement l'exercice d'une activité professionnelle. Suivant la nature de la cause de cette dégradation de l'état de santé, il y a indemnisation (versement d'indemnités journalières) par l'assurance maladie, l'assurance maternité, l'assurance accident du travail ou de trajet.

Les organismes d'assurance complémentaire peuvent venir compléter ces indemnités.

*Voir aussi : Indemnités journalières*

### ■ Incapacité temporaire

Etat de la victime pendant la maladie traumatique, de l'accident à la consolidation. Elle correspond à la période d'indisponibilité pendant laquelle l'assuré ne peut plus exercer son activité professionnelle habituelle ou ses activités régulières s'il ne pratique aucune activité professionnelle.

### ■ Incapacité temporaire totale

Impossibilité totale physique ou mentale d'exercer temporairement toute activité. Elle doit être médicalement constatée.

### ■ Indemnité journalière

Allocation servie par le régime général de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail pour maladie, maternité, accident du travail, accident du trajet ou maladie professionnelle. Pour les salariés en arrêt de travail, l'employeur est obligé de continuer à verser une partie du salaire (loi de mensualisation).

Les organismes d'assurance peuvent compléter ces indemnités et versements.

*Voir aussi : Assurance maladie, Loi de mensualisation*

## ■ Indemnité de fin de carrière

Somme qu'une entreprise doit verser obligatoirement à tout salarié partant en retraite à taux plein. Elles constituent une obligation légale minimum (Code du Travail, Art.L 122-14-13) que les conventions collectives ont vocation à améliorer.

*Voir aussi : Convention collective*

## ■ Institution de prévoyance

Statut : organisme régi par le Code de la Sécurité sociale au Livre XI, titre III.

Forme juridique : personne morale de droit privé.

Gestion : effectuée paritairement par des membres adhérents (entreprises) et des membres participants (salariés).

Vocation : poursuit un but non lucratif.

Types d'intervention :

- contracter envers leurs participants des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine ;
- s'engager à verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, à faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation et de contracter à cet effet des engagements déterminés ;
- couvrir les risques de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie ;
- couvrir le risque chômage.

Les institutions de prévoyance peuvent également :

- accepter les opérations précitées en réassurance ;
- mettre en oeuvre une action sociale au profit de leurs assurés ;
- se grouper en unions dont l'objet est de mutualiser des engagements ou de couvrir des risques déterminés.

## ■ Institution de retraite

Statut : organisme régi par le Code de la Sécurité sociale (titre II du livre IX).

Forme juridique : personne morale de droit privé assurant une mission d'intérêt général. De fait, le droit de la concurrence n'est pas applicable aux institutions de retraite (une caisse de base assure une mission de service public).

Champ d'intervention :

- géographique : intervient sur le territoire français, possibilité de couverture des personnes expatriées ;
- professionnel : relève de conventions ou d'accords collectifs d'entreprise, de branche ou d'ensemble (interprofessionnel) ;
- catégoriel : s'adresse à tout le personnel salarié (institutions membres de l'ARRCO), aux cadres uniquement (celles membres de l'AGIRC).

Gestion : effectuée paritairement par des membres adhérents (entreprises) et des membres participants (assurés).

## ■ Invalidité

Etat d'une personne qui est atteinte d'une affection qui réduit d'au moins les deux tiers sa capacité de travail ou de gains. Les assurés sociaux invalides ont droit à une pension d'invalidité.

Les invalides sont classés en 3 catégories :

- 1e catégorie pour un invalide pouvant travailler ;
- 2e catégorie pour un invalide ne pouvant plus travailler ;
- 3e catégorie pour un invalide ne pouvant plus travailler et ne pouvant pas effectuer seul les gestes élémentaires de la vie courante.

Les organismes d'assurance peuvent compléter ces indemnités et versements.

*Voir aussi : Pension d'invalidité*

## ■ Invalidité permanente

Atteinte présumée définitive des capacités physiques ou mentales de l'assuré.

### ■ Invalidité permanente totale

Assuré (ou participant) définitivement reconnu incapable de se livrer à la moindre activité professionnelle lui procurant gain ou profit et dont le taux d'incapacité fonctionnelle est égal à 100%.

*Voir aussi : Assuré, Participant*

### ■ Invalidité absolue et définitive

Assuré (ou participant) dans l'impossibilité d'exercer une activité quelconque et dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se lever, se laver, se vêtir, satisfaire à ses besoins personnels).

*Voir aussi : Assuré, Participant*

# L

## ■ Loi de mensualisation (ou mensualisation)

La loi du 19 janvier 1978 impose aux employeurs d'assurer, sous certaines conditions, un minimum de ressources à leurs salariés en arrêt de travail pour maladie, accident de la vie courante ou de la vie professionnelle.

*Voir aussi : Indemnités journalières*

## ■ Loi du 8 août 1994

Complétant et renforçant la loi Evin, la loi du 8 août 1994 :

- consacre la séparation juridique, comptable et financière des activités de retraite complémentaire et de prévoyance ;
- transpose les directives européennes relatives à l'assurance pour les mutuelles;
- renforce le contrôle des opérations des mutuelles;
- poursuit le renforcement des droits de l'assuré.

## ■ Loi Evin

La loi Evin du 31 décembre 1989 :

- met sur un pied d'égalité les interventions des institutions de prévoyance, des mutuelles et des compagnies d'assurance ;
- renforce les droits de l'assuré (notamment la possibilité du maintien des garanties des ayants droit en cas de décès de l'assuré) ;
- maintient les garanties en cours en cas de rupture du contrat de prévoyance;
- impose la constitution de réserves et de provisions mathématiques garantissant les engagements à long terme.

# M

## ■ Maladie

Les périodes de maladie sont susceptibles d'être indemnisées sous certaines conditions :

- l'assuré doit avoir des droits ouverts à l'assurance maladie ;
- l'arrêt de travail doit être effectif (attestation de l'employeur) ;
- le médecin traitant doit établir une prescription d'arrêt de travail.

*Voir aussi : Indemnités journalières, Assurance maladie*

## ■ Maladie professionnelle

Une maladie est reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail de la victime.

Le système français de reconnaissance des maladies professionnelles repose sur des tableaux de maladies professionnelles (annexe au Livre IV du Code de la Sécurité sociale). Ces tableaux créent un lien entre la maladie présentée et le travail de la victime. Elle n'a ainsi pas à prouver le lien de causalité entre son affection et son travail.

La couverture prévoyance des maladies professionnelles est identique à celles des accidents du travail.

*Voir aussi : Accident du travail*

## ■ Marge de solvabilité

Fonds propres et excédents latents dont l'assureur peut disposer pour compenser les déficits de toutes origines.

La réglementation européenne pose en la matière des règles précises.

### ■ Médecin correspondant

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin correspondant prend en charge, sur demande du médecin traitant, tout ou partie des soins médicaux. Il travaille en concertation avec le médecin traitant. Il peut assurer ponctuellement le rôle de consultant (avis ponctuel).

*Voir aussi : Médecin traitant*

### ■ Médecin conventionné

Médecin ayant adhéré à la convention médicale.

De ce fait, les actes qu'il effectue sont remboursés en tout ou partie par le régime maladie de la Sécurité sociale.

*Voir aussi : Convention médicale, Frais de santé*

### ■ Médecin traitant

Librement choisi par l'assuré, le médecin traitant est consulté en priorité par ce dernier et le suit tout au long de son parcours de soins. Il oriente le patient, en cas de besoin et avec son accord, vers un autre praticien : le médecin correspondant. Celui-ci tient informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmet tous les éléments objectifs nécessaires (résultats d'examens, comptes rendus opératoires, ...).

*Voir aussi : Parcours de soins, Médecin correspondant*

### ■ Minimum vieillesse

Montant minimum de pension de vieillesse garanti à toute personne de plus de 65 ans. Le minimum vieillesse est calculé par différence entre un montant plafond et les revenus de l'intéressé (y compris d'autres allocations de solidarité). C'est un montant différentiel qui est le plus souvent versé.

## ■ Mutuelle / Mutualité

- 1- Terme officiel signifiant une forme de prévoyance volontaire par laquelle les membres d'un groupe, moyennant le paiement d'une cotisation, s'assurent réciproquement une protection sociale (en cas de maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès, ...) ou se garantissent certaines prestations, selon les modalités définies dans le Code de la Mutualité.
  
- 2- Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé et à but non lucratif. Elles acquièrent la qualité de mutuelle et sont soumises aux dispositions du code de la Mutualité à compter de leur date d'immatriculation au registre national des mutuelles. Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Ces statuts définissent leur objet social, leur champ d'activité et leurs modalités de fonctionnement.

# N

## ■ **Négociation collective**

Echange de discussions entre partenaires sociaux afin d'aboutir à l'élaboration d'une convention collective ou d'un accord collectif dans le domaine du travail et de la protection sociale.

*Voir aussi : Convention collective, Partenaires sociaux, Protection sociale*

# O

## ■ Opérations nettes

Somme des opérations directes et des acceptations, diminuée des cessions en réassurance.

*Voir aussi : Compte propre, Cessions en réassurance*

# P

## ■ **Panier de soins**

Cette formulation imagée désigne le périmètre des soins remboursés par la collectivité. Figurent par exemple dans ce périmètre : les consultations, les séances de kinésithérapie, les examens de laboratoire, les appareillages, les hospitalisations, les médicaments. Evidemment, les soins non remboursés ne figurent pas dans ce panier.

## ■ **Parcours de soins**

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, c'est le médecin traitant qui coordonne les soins et adresse le patient à un médecin correspondant si nécessaire.

*Voir aussi : Médecin traitant*

## ■ **Paritarisme**

Mode de gestion des institutions sociales, institutions de retraite complémentaire, ASSEDIC, et leurs organismes fédérateurs (AGIRC, ARRCO, UNEDIC), et des institutions de prévoyance.

Ces institutions créées par accords entre les partenaires sociaux sont gérées à égalité de représentation par ces mêmes partenaires.

*Voir aussi : Partenaires sociaux*

## ■ **Part patronale**

Fraction de la cotisation à la charge de l'employeur.

Selon les risques couverts par la cotisation, le niveau du taux de cotisation est :

- soit imposé par des dispositions légales ou conventionnelles,
- soit décidé par accord entre employeur et salariés de l'entreprise.

### ■ **Part salariale**

Fraction de la cotisation à la charge du salarié.

Mêmes remarques que pour la part patronale.

### ■ **Partenaires sociaux**

Négociateurs des accords interprofessionnels nationaux : représentants des organisations d'employeurs et de salariés au niveau le plus élevé.

Plus largement, ce qualificatif est attribué aussi aux négociateurs des accords de branches ou d'entreprises.

*Voir aussi : Paritarisme*

### ■ **Participant**

Personne active ou retraitée assurée auprès d'une mutuelle.

### ■ **Pension**

Prestation viagère versée au titre de la retraite ou de l'assurance invalidité.

*Voir aussi : Prestation, viager*

### ■ **Permanence des soins**

L'organisation des soins qui permet un accès aux soins 24 H/24.

Par exemple, les médecins, les pharmaciens s'organisent pour assurer des gardes la nuit ou le week-end.

## ■ **Personne à charge**

Au sens du Code général des impôts, sont considérés à la charge du contribuable ses enfants célibataires âgés de moins de 18 ans ou infirmes, les enfants rattachés recueillis à son propre foyer fiscal, les personnes titulaires de la carte d'invalidité et vivant sous son toit. Les personnes à charge ouvrent droit à une majoration du quotient familial.

Dans les contrats d'assurance, la notion de personne à charge peut varier d'un contrat à l'autre

*Voir : Enfants à charge*

## ■ **Plafond de la Sécurité sociale**

Montant de salaire défini à l'origine, en 1945, comme assiette limite des cotisations d'assurance vieillesse de la Sécurité sociale, et comme salaire limite pour le calcul des prestations (indemnités journalières, maladie ou maternité, pension vieillesse, pension d'invalidité).

Depuis 1945, la plupart des cotisations ont été peu à peu déplafonnées, mais les allocations restent calculées dans la limite de ce plafond. Il sert également de base de calcul des cotisations dues à d'autres organismes (ARRCO, AGIRC), est généralement révisé deux fois par an et évolue en fonction du salaire brut annuel moyen des cotisants au régime général.

En 2006, il s'élève à 31 068 €

## ■ **Prestations**

Remboursements de dépenses de santé ou de prévoyance, définis dans le cadre d'une garantie complémentaire santé ou de prévoyance, en relais des sommes versées par le régime obligatoire.

*Voir aussi : Prévoyance, Garantie complémentaire santé*

### ■ **Prestation en espèces**

Allocation versée par la Sécurité sociale ou une mutuelle sous forme d'une indemnité journalière, d'une pension ou d'une rente en garantie d'un risque se concrétisant par une baisse de revenus comme la maladie ou l'accident du travail.

### ■ **Prestation en nature**

Remboursement, effectué par la Sécurité sociale ou une mutuelle, de frais engagés par l'assuré en cas de maladie (honoraires, analyses, médicaments, etc.), d'accident, d'hospitalisation, de décès, de naissance d'un enfant, etc.

### ■ **Prévention**

Les actions dites de prévention consistent par information, sensibilisation, dépistage, etc., à éviter ou à retarder l'apparition de symptômes significatifs d'une dégradation physique ou mentale.

### ■ **Prévoyance**

Ensemble des couvertures des risques sociaux (arrêt de travail, incapacité, invalidité, décès, vieillesse, chômage, etc.).

*Voir aussi : Institution de prévoyance, Prévoyance collective, Risques sociaux*

### ■ **Prévoyance collective**

Garanties mises en place dans le cadre de l'entreprise ou de la branche professionnelle contre tous les risques résultant de la maladie, de l'accident, de la maternité ou du décès.

Elles permettent d'apporter des prestations venant en complément de celles de la Sécurité sociale.

La mise en place de garanties de prévoyance résulte d'une négociation entre les représentants des employeurs et les représentants des salariés, débouchant sur un accord de branche ou d'un accord d'entreprise.

Ces garanties s'adressent à tout ou partie des salariés, de façon obligatoire ou facultative.

On distingue trois familles d'organismes d'assurance :

- les institutions de prévoyance, sans but lucratif, sont gérées paritairement par les représentants des entreprises adhérentes et les représentants des salariés participants.
- **les mutuelles relèvent du secteur non lucratif. Le contrôle de la gestion est assuré par les seuls assurés.**
- les sociétés d'assurance poursuivent un but lucratif et leur gestion est contrôlée par leurs actionnaires ;

Risques couverts : la prévoyance collective couvre deux types de risque :

- les gros risques regroupent les pertes de revenus liées à l'arrêt de travail temporaire ou définitif (invalidité, décès) et les frais de santé liés à l'hospitalisation.
- les petits risques concernent les dépenses occasionnées par un problème de santé sans gravité (consultations, analyses et examens, des dépenses de pharmacie, d'optique, de dentiste) ;

### ■ **Prévoyance flexible**

Régime de prévoyance collective qui permet à chaque participant de choisir sa couverture et son niveau de garantie.

### ■ **Prévoyance individuelle**

Garantie contre des risques sociaux souscrite par un seul individu pour lui-même et éventuellement ses ayants droit. Les contrats individuels souscrits auprès d'une mutuelle entrent dans le cadre de la loi Evin. Les participants souscrivent en tant qu'anciens salariés pour le maintien de leurs garanties.

*Voir aussi : Risques sociaux*

### ■ **Prise en charge**

Couverture financière par l'assurance maladie obligatoire ou par l'organisme d'assurance maladie complémentaire (ex : mutuelle) des frais médicaux du patient sous forme de remboursement ou de paiement direct à l'établissement ou au professionnel de santé.

La consultation d'un généraliste à 20 euros est remboursée par l'assurance maladie à hauteur de 70 % (dans le parcours de soins). Le reste (ticket modérateur) est à la charge du patient ou de son assurance complémentaire, s'il en a une.

L'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge les dépassements ; ils sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire (ex : mutuelle) selon le niveau de remboursement fixé dans le contrat.

*Voir aussi : Ticket Modérateur*

## ■ Protection sociale

Ensemble des mécanismes fondés sur l'idée d'une solidarité nationale, qui couvrent un certain nombre de risques sociaux concernant les individus (maladie, accident, chômage, vieillesse, famille ...).

La protection sociale consiste à compenser en partie les pertes de revenus ou les hausses des charges induites par la réalisation de ces risques.

Se référant au principe de l'assurance, le financement du système de protection sociale est assuré principalement par des cotisations sociales basées sur les salaires : le salarié verse des cotisations pour recevoir des prestations si certains risques, le concernant lui ou sa famille, se réalisent.

Certaines prestations sociales relèvent néanmoins de la logique de l'assistance puisqu'elles s'adressent à des personnes qui n'ont pas cotisé (cas du minimum vieillesse). Cette logique de l'assurance est complétée par celle de la solidarité puisqu'il s'agit d'une redistribution des actifs vers les inactifs, des bien-portants vers les malades, des salariés vers les retraités. Le principe de fonctionnement de cette solidarité repose sur l'adhésion obligatoire de tous.

Les individus ont la possibilité ou l'obligation de souscrire des garanties complémentaires. On parle alors de la protection sociale complémentaire que ce soit dans le domaine de la retraite ou de la prévoyance.

*Voir aussi : Prestations en espèces, Prestations en nature, Prévoyance*

## ■ **Protocole de soins**

Le protocole de soins correspond à des règles scientifiques fixées par la communauté médicale qui décrivent la meilleure façon de traiter une maladie. Elles précisent ce que chaque professionnel doit faire, et à quel moment, pour améliorer les chances de guérison. Chacun doit pouvoir être soigné selon ces règles. C'est une sorte de standard. Par exemple :

- pour suivre une grossesse "normale", la communauté médicale a défini le nombre d'échographies nécessaires et leur périodicité ;
- pour traiter tel type de cancer, la communauté médicale a précisé les caractéristiques et les enchaînements des différents traitements selon les symptômes et le stade de la maladie.

## ■ **Provisions mathématiques**

Montant des actifs<sup>1</sup> que doit accumuler un organisme d'assurance pour garantir à tout moment le règlement de ses engagements.

*Voir aussi : Provisions techniques*

## ■ **Provisions techniques**

Provisions qui mesurent les engagements de la mutuelle à l'égard des adhérents et participants. Elles incluent notamment :

- les provisions pour sinistres à payer (remboursement de frais médicaux, capitaux décès échus, ...)
- les provisions mathématiques (rentes de conjoint et d'éducation, rentes d'incapacité et d'invalidité, contrats de capitalisation, ...).

Le calcul des provisions mathématiques de rentes est effectué à partir :

- de tables de mortalité,
- de lois de maintien en incapacité de travail et en invalidité, et de tables de probabilité de passage d'incapacité temporaire en invalidité,
- d'un taux d'actualisation plafonné par la réglementation ; plus le taux utilisé est bas, plus les provisions sont importantes.

---

<sup>1</sup> Terme comptable

# Q

## ■ **Qualité des soins**

Il y a qualité des soins quand les modalités de prise en charge (diagnostic, traitement, suivi) sont conformes aux règles médicales et adaptées au malade. Qualité des soins n'est pas forcément synonyme de coût élevé, ni de technique de pointe.

A titre d'exemple, la prescription d'antibiotiques n'est pas efficace en cas de rhume.

# R

## ■ Ratio “prestations sur cotisations”

Rapport entre la charge de prestations et le montant des cotisations de l'exercice.

*Voir aussi : Prestations, Cotisations*

## ■ Réassurance

Technique d'assurance pratiquée dans le cadre de la prévoyance collective complémentaire. Elle consiste à demander à un organisme tiers de prendre à sa charge une partie des risques couverts, en contrepartie d'une cotisation versée par l'assureur initial, qui reste l'interlocuteur de l'adhérent et des participants.

*Voir aussi : Acceptations en réassurance, Cessions en réassurance.*

## ■ Régime à cotisations définies

Régime de retraite (en répartition ou en capitalisation) dans lequel la cotisation est fixée au forfait ou au pourcentage du salaire. Le montant de la pension servie n'est pas défini d'avance. Il dépendra de l'évolution économique et démographique du régime. L'ARRCO et l'AGIRC sont des régimes à cotisations définies.

## ■ Régime à prestations définies

Régime de retraite (en répartition ou en capitalisation) dans lequel le montant de la prestation est défini à l'avance, en général en pourcentage du dernier salaire d'activité. Le niveau des cotisations varie au cours du temps en fonction des prestations à servir

## ■ Régime conventionnel

Obligation de couverture sociale qui résulte des dispositions d'une convention collective.

## ■ Régime de retraite

Ensemble des dispositions réglementaires et techniques propres à une ou plusieurs institutions de retraite.

Il existe :

- des régimes de base : ce sont les régimes de la Sécurité sociale comme le régime général, le régime des commerçants et industriels (ORGANIC), le régime des artisans (CANCAVA), le régime des pensions civiles et militaires (fonctionnaires) etc. ;
- les régimes complémentaires comme les régimes membres de l'ARRCO, le régime de l'AGIRC, le régime de l'IRCANTEC, etc. ;
- les régimes surcomplémentaires comme les régimes d'entreprise fonctionnant en capitalisation.

## ■ Régulation

Toute action qui concourt à faire mieux fonctionner le système de soins, en permettant d'assurer l'accès de tous à des soins de qualité au meilleur coût. Cela dans le cadre d'un budget donné.

Par exemple :

- diffusion des bonnes pratiques médicales ;
- signature d'accords de bon usage des soins ;
- campagnes de prévention ;
- formation des médecins, par exemple sur la prescription des médicaments génériques ou sur le bon usage des antibiotiques ;
- contrôle des pratiques et des prescriptions.

## ■ Rente

Versement périodique d'une somme convenue à l'avance en cas de survenance du risque.

## ■ Rente de conjoint

Rente allouée à un(e) veuf (veuve) d'un salarié décédé en activité, en attente de l'ouverture des droits à une pension de réversion des régimes de retraite. Elle peut éventuellement être versée en complément de la pension de réversion.

### ■ Rente d'éducation

Rente versée à chaque enfant à charge de l'assuré ou du participant décédé.

*Voir aussi : Enfant à charge, Assuré, Participant*

### ■ Rente réversible

Rente reversée au profit d'un bénéficiaire désigné, après le décès de l'assuré ou du participant.

*Voir aussi : Bénéficiaire, assuré, Participant*

### ■ Rente temporaire

Rente servie pendant une durée limitée.

### ■ Rente viagère

Rente servie jusqu'à la mort du bénéficiaire.

La rente viagère se distingue ainsi de la rente temporaire (durée limitée) et du capital (versement unique). Elle peut être réversible, c'est-à-dire transmise en tout ou partie aux ayants droit.

*Voir aussi : Participant, Bénéficiaire, Ayants droit*

### ■ Répartition

Technique selon laquelle les cotisations reçues des actifs sont immédiatement transformées en allocations de retraite. La répartition exprime la solidarité entre les générations. Son fonctionnement repose sur le caractère obligatoire, donc permanent et général des transferts. C'est la technique de gestion utilisée par l'ensemble des régimes de retraite obligatoire français, ainsi que par tous les régimes de base européens.

*Voir aussi : Actifs*

### ■ **Retraite complémentaire**

Systèmes de retraite s'ajoutant aux régimes de base (régime général, régime de la Mutualité sociale agricole, CANCAVA, CNAVPL, etc.).

*Voir aussi : Retraite de base*

### ■ **Retraite de base**

Premier niveau de la protection vieillesse, celui mis en place par la Sécurité sociale. Chaque actif cotise à un régime de base de retraite, qu'il soit salarié ou non-salarié, cadre ou non-cadre.

### ■ **Retraite surcomplémentaire ou supplémentaire**

En complément du versement du premier étage de retraite assuré par la Sécurité sociale, interviennent successivement, dans la majeure partie des cas, les institutions de retraite complémentaire obligatoire ARRCO, pour les salariés non cadres, et AGIRC, pour les salariés cadres.

A un troisième niveau, peuvent venir s'ajouter d'autres avantages de retraite appelés surcomplémentaires ou supplémentaires, qui fonctionnent par capitalisation.

*Voir aussi : régimes surcomplémentaires, Capitalisation*

### ■ **Risques**

Événement incertain ou de date incertaine contre lequel on désire s'assurer.

### ■ **Risques sociaux**

Ensemble des risques dont la couverture est prise en charge, en totalité ou partiellement, par la collectivité.

Ces risques se concrétisent :

- soit par une baisse des revenus : maladie professionnelle ou de la vie courante, maternité, invalidité, accident de la vie courante, du travail ou du trajet, chômage, vieillesse, décès ;

- soit par une augmentation des charges : frais médicaux, éducation des enfants, logement.

### ■ Résiliation

Cessation définitive d'un contrat par l'accord des parties ou la volonté de l'une d'entre elles.

*Voir aussi : Contrat d'adhésion*

# S

## ■ Secteur 1 et Secteur 2

Le conventionnement des médecins libéraux est organisé en deux secteurs :

**En secteur 1**, le médecin pratique les honoraires fixés dans la convention, base du remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Il n'est pas autorisé à les dépasser sauf exceptionnellement pour exigence particulière de son patient (*DE pour dépassement exceptionnel*) ou lorsque le patient le consulte en dehors du parcours de soins (*DA*).

85 % des généralistes et 65 % des spécialistes sont en secteur 1.

En contrepartie, l'assurance maladie obligatoire paye une part importante de ses cotisations sociales, environ 10 000 euros par an par médecin.

**En secteur 2**, le médecin pratique des "honoraires libres". Il est autorisé à dépasser le tarif officiel avec « tact et mesure ». Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, qui ne rembourse que sur la base du tarif officiel. Les organismes complémentaires le remboursent en totalité ou en partie selon les contrats de complémentaire santé.

*Voir aussi : Parcours de soins, Médecin conventionné, Tarif opposable*

## ■ Sécurité sociale

Instituée par l'ordonnance du 4 octobre 1945, la Sécurité sociale est la clé de voûte du système de protection sociale français.

Ensemble composé d'établissements publics sous tutelle du ministère de l'Emploi et de la Solidarité et du ministère de l'Economie et des finances.

Est divisée en trois branches (maladie, famille et vieillesse).

Est gérée par trois caisses centrales (CNAF, CNAM, CNAV). La trésorerie des branches est gérée par un organisme unique, l'ACOSS, qui coiffe les organismes de recouvrement de base, les URSSAF.

### ■ **Service médical rendu**

Pour évaluer un médicament, les experts parlent de « service médical rendu ». Celui-ci tient compte de la gravité de la maladie traitée, des performances du médicament, de son niveau d'efficacité au regard de ses effets indésirables, et plus généralement de son intérêt en termes de santé publique. Le service médical rendu peut être qualifié de majeur, important, modéré, faible ou insuffisant (SMRI).

### ■ **Soins ambulatoires**

Soins prodigués par les médecins lors de consultations ou de visites.

### ■ **Souscripteur**

« Personne » qui signe le contrat et paie les cotisations.

*Voir aussi : Adhérent.*

### ■ **Substitution**

Technique d'assurance pratiquée dans le cadre de la prévoyance collective complémentaire.

La substitution est l'opération par laquelle une mutuelle ou une union, appelée garante, se substitue à une autre mutuelle ou union, appelée cédante, pour la délivrance de ses engagements et ce en constituant, à sa place, toutes les garanties, notamment financières, permettant de respecter les engagements pris par la cédante.

Il ne s'agit donc pas d'une réassurance mais d'un engagement propre de la garante.

La cédante reste néanmoins l'interlocutrice de l'adhérent et des participants.

# T

## ■ TA (Tranche A)

Tranche de salaire limitée au plafond de la Sécurité sociale

*Voir aussi : Plafond de sécurité sociale*

## ■ TB (Tranche B)

Tranche de salaire comprise entre 1 et 4 plafonds de la Sécurité sociale

*Voir aussi : Plafond de sécurité sociale*

## ■ TC (Tranche C)

Tranche de salaire comprise entre 4 et 8 plafonds de la Sécurité sociale

*Voir aussi : Plafond de sécurité sociale*

## ■ Tarif opposable (ou de convention)

Tarif de référence de la Sécurité sociale fixé pour chaque acte médical et chaque produit. Les remboursements des frais médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques se font sur la base de ce tarif opposable.

Ce tarif résulte d'un accord signé entre les caisses nationales d'assurance maladie et les représentants des professions concernées par cet accord. Il est agréé par l'Etat. Ces conventions nationales fixent les tarifs des honoraires des professionnels (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, orthopédistes et pédicures), et les valeurs des lettres clés correspondant aux actes effectués par des praticiens.

Ces praticiens peuvent être conventionnés :

- en secteur 1 : ils appliquent strictement ce tarif ;
- en secteur 2 : ils sont libres de fixer leurs honoraires. L'assuré devra alors supporter le dépassement de tarif, l'assurance maladie ne remboursant que sur la base du tarif de responsabilité.

Les honoraires payés à un praticien non conventionné sont remboursés par l'assurance maladie dans le cadre du tarif d'autorité.

*Voir aussi : Dépassement de tarif, Frais de santé, Secteur 1 et 2*

### ■ **Tarification**

En assurance, la tarification tient compte de la nature du risque, des antécédents de ce risque, des probabilités de survenance d'un sinistre. C'est un actuaire qui détermine le niveau du tarif.

Ce tarif est ensuite décidé en tenant compte des coûts de gestion, des coûts de distribution.

*Voir aussi : Actuaire*

### ■ **Taux contractuel**

Taux d'engagement prévu au contrat d'adhésion.

Les droits inscrits au compte de chaque participant sont calculés sur la base de ce taux.

*Voir aussi : Contrat d'adhésion, Participant*

### ■ **Taux d'appel**

Taux global des cotisations incluant le taux contractuel et d'équilibre.

*Voir aussi : Taux contractuel*

### ■ **Taux de cotisation**

Pourcentage appliqué à une assiette (généralement aux rémunérations et revenus) et permettant de calculer le montant des cotisations à verser.

*Voir aussi : Assiette de cotisation*

### ■ **Ticket modérateur**

Différence entre le tarif opposable (ou de convention) de la Sécurité sociale et le remboursement qu'elle effectue.

Les organismes d'assurance proposent dans leurs contrats un remboursement du ticket modérateur.

*Voir aussi : Exonération du ticket modérateur, Dépassement de tarif, Frais de santé*

### ■ **Tiers payant**

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des dépenses de pharmacie ou d'hospitalisation qui sont normalement prises en charge par la Sécurité sociale.

Ce paiement direct, total ou partiel des frais médicaux ou pharmaceutiques, au lieu et place de l'assuré, peut également être proposé par les organismes d'assurance complémentaire.

# V

## ■ Viager

Qui dure pendant la vie d'une personne mais pas au delà.

*Exemple : rente viagère (rente perçue durant la vie entière), revenus viagers.*

### *Sources utilisées*

- *Le lexique prévoyance du CTIP ;*
- *Le lexique relatif à la réforme de l'assurance maladie du CTIP ;*
- *Le lexique de la FFSA ;*
- *Les lexiques de la Cnam et de la Cnav ;*
- *Le lexique de l'Arrco-Agirc ;*
- *Dictionnaire Larousse ;*
- *Code de la mutualité...*