

SAYAKA DAKE

UNIVERSITÉ DE TOHOKU

I - LA MODIFICATION DES CONDITIONS RELATIVES AU STATUT DE PERSONNE À CHARGE DANS L'ASSURANCE MALADIE

La loi n°9 du 22 mai 2019 réformant la loi sur l'assurance maladie pour les travailleurs salariés (*Kenkō hoken*) offre deux avancées importantes visant à assurer le bon fonctionnement et l'efficacité du système d'assurance maladie :

- d'une part, un nouveau mécanisme permet aux établissements médicaux d'avoir plus rapidement et plus justement confirmation du statut de l'assuré social en utilisant *My Number*¹, le numéro personnel attribué à chaque résident au Japon ;
- d'autre part, elle ajoute la condition de résidence au Japon pour les personnes à charge couvertes par l'assurance maladie (condition qui entre en vigueur en avril 2020)². Cet amendement doit permettre de résoudre les problèmes posés ces dernières années avec l'augmentation du nombre de résidents étrangers au Japon.

Le nombre de résidents étrangers au Japon n'a cessé d'augmenter depuis 2012, atteignant un record d'environ 2,56 millions fin 2017. En outre, en décembre 2018, la « loi sur le contrôle de l'immigration » a été révisée afin de pouvoir accueillir davantage d'étrangers en raison de la pénurie de main-d'œuvre dans certaines entreprises japonaises³. Entrés en vigueur en avril 2019, deux nouveaux statuts de résidence ont ainsi été créés pour permettre l'immigration de travailleurs étrangers moins qualifiés. Avec la création de ces nouveaux statuts, le nombre d'étrangers résidant au Japon devrait continuer d'augmenter.

A - LES PRESTATIONS POUR LES PERSONNES À CHARGE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS

Au Japon, les salariés du privé sont affiliés à l'assurance maladie en tant que travailleurs salariés (*Kenkō hoken*) et les frais médicaux encourus par leur famille à charge sont également couverts⁴. En vertu de la loi sur l'assurance maladie pour les travailleurs salariés, la prestation pour les familles à charge a été introduite comme une prestation facultative lors de la révision de 1939, et est devenue une prestation généralisée (obligatoire) lors de la révision de 1942. Initialement présentée comme une subvention pour l'assuré, cette prestation en espèce était équivalente à la moitié des frais médicaux engagés par la famille à charge de l'assuré. L'introduction de cette prestation s'explique par le fait qu'à mesure que la guerre

- 1 *My Number* est un moyen social qui permet l'amélioration de l'efficacité administrative et publique en vue d'une société plus égalitaire.
- 2 Cette loi ajoute également la condition de résidence au Japon pour « les assurés du 3^e alinéa » de l'assurance vieillesse de base (*Kokumin Nenkin*), qui sont les conjoint(e)s et concubin(e)s à charge des travailleurs salariés.
- 3 Voir C. Haykawa, « Droit et politique d'immigration au Japon : de la petite à la grande porte ? », *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, n°2019/3, p. 136.
- 4 Les frais médicaux des fonctionnaires et de leurs familles à charge sont garantis par les mutuelles, et tous les autres habitants (travailleurs indépendants, inactifs, etc.) s'inscrivent à l'assurance maladie nationale (*Kokumin kenkō hoken*). La condition de nationalité n'est pas exigée pour les assurés relevant de l'assurance maladie nationale, mais celle de résidence au Japon - de manière stable et régulière - est requise. D'ailleurs, les étrangers qui résident au Japon avec un visa de séjour médical sont exemptés.

sino-japonaise s'intensifiait, il fut jugé nécessaire de stabiliser la vie de famille des assurés, de manière à ce que les salariés soutenant l'industrie se consacrent pleinement à leurs fonctions. À la lumière de ce contexte, il semble que les familles qui résidaient à l'étranger n'étaient pas considérées comme personnes à charge couvertes par l'assurance-maladie, même si cela n'était alors pas clairement énoncé dans la loi.

La liste des personnes à charge couvertes par l'assurance maladie est plus large que celle des autres régimes d'assurance sociale : 1) les ascendants en ligne directe, le conjoint (y compris le concubin), les enfants, les petits-enfants, les frères et sœurs ; 2) les parents au troisième degré de parenté ; et 3) le père, la mère et les enfants du concubin (art. 3, alinéa 7). En outre, pour devenir une personne à charge au regard de l'assurance maladie, il faut remplir la condition de dépendance économique de l'assuré et, pour les catégories 2 et 3, la condition d'appartenance au même foyer est requise.

Dans le cadre du système d'assurance maladie pour les travailleurs salariés, 70 % en principe des frais médicaux engagés par les personnes à charge sont remboursés à l'assuré sous forme de prestations en espèce (« la prestation des frais médicaux pour les membres de la famille »)⁵. Le bénéficiaire de cette prestation reste l'assuré lui-même car selon le mécanisme des assurances, il est nécessaire que les prestations soient versées à la personne qui paye les cotisations sociales. Ce système reflète également l'objectif des prestations visant à réduire les charges financières des assurés, ces derniers étant obligés d'assumer les frais médicaux de leur famille à charge qui dépend de l'assuré au regard de leurs moyens de subsistance. Le montant des cotisations payées par l'assuré est calculé en multipliant le salaire de l'assuré par un taux de cotisations, sans que ce taux ne dépende de la présence ou non d'une personne à charge. Par conséquent, les frais médicaux pour les personnes à charge sont répartis entre tous les assurés.

B - LA MODIFICATION DE LA CONDITION DES PERSONNES À CHARGE

L'augmentation du nombre de résidents étrangers au Japon, combinée au fait que leurs familles viennent au Japon comme personnes à charge de l'assurance maladie et reçoivent des prestations alors qu'elles résident hors du Japon, cause un réel problème. Il est de plus en plus à craindre que la création de nouveaux statuts de résidence susmentionnés ne vienne aggraver ce problème. C'est pourquoi, la « loi sur l'assurance maladie pour les travailleurs salariés » a été révisée par la loi n°9 du 22 mai 2019.

L'alinéa 7 de l'article 3 de cette loi limite désormais en principe les « personnes à charge » à celles dont le domicile est effectivement au Japon. En outre, à titre d'exception, certaines personnes résidant à l'étranger reconnues comme ayant une base de vie au Japon (par exemple, les étudiants qui effectuent leur cursus universitaire à l'étranger) sont toujours reconnues comme des personnes à charge. De plus, « toutes autres personnes définies par décret du Ministère de la santé, du travail et de la protection sociale » (plus précisément, les membres de la famille d'un assuré ayant obtenu un visa de séjour médical au Japon) ont également été exclues des personnes à charge, et ce même si elles résident au Japon.

Après cette modification, même un membre de la famille qui dépend financièrement de l'assuré ne sera pas reconnu comme une personne à charge dès lors qu'il réside à l'étranger. Si les prestations pour les personnes à charge sont toujours considérées comme

5 Dans les faits cependant, l'assuré bénéficie du tiers-payant selon les règles légales.

des prestations destinées à réduire les charges financières de l'assuré, lequel supporte en fin de compte les frais médicaux de sa famille à charge, il ne paraît pas logique d'exclure de ces prestations des familles au seul motif qu'elles résident à l'étranger. Cet amendement implique donc l'introduction d'une autre logique dans l'assurance maladie, celle de la solidarité uniquement entre résidents domestiques, y compris les familles à charge de l'assuré ayants droit de fait des prestations de l'assurance maladie *via* le tiers-payant.

II - LE PROJET DE MODIFICATION DE L'ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL DES TRAVAILLEURS PLURIACTIFS

Nonobstant le fait que seulement 14,7 % des entreprises autorisent leurs salariés à cumuler plusieurs emplois, le nombre de travailleurs exerçant plusieurs activités est en augmentation : de 757.000 (1,4 % de tous les salariés) en 1992, il est passé à 1.288.000 (2,2 %) en 2017⁶. Étant donné que le cumul de plusieurs emplois dynamise le secteur des nouvelles technologies et la création de nouvelles entreprises, le gouvernement japonais l'encourage depuis quelques années. L'une des interrogations qui en découle est de savoir comment réformer « l'assurance accidents du travail » pour protéger les salariés ayant plusieurs emplois.

A - LE RÉGIME ACTUEL

Conformément à la « loi sur les normes du travail » (*Rôdô kijun hô*), les employeurs sont responsables pour indemniser leurs salariés victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, y compris en dehors de toute faute de leur part (Chapitre 8 de ladite loi). Toutefois, les accidents du travail et les maladies professionnelles de presque tous les salariés sont couverts par « l'assurance accidents du travail » et, dans l'hypothèse où des prestations générées par cette assurance sont versées, l'employeur est alors exempté de la responsabilité de l'indemnisation (Art. 84, alinéa 1, de la loi). L'assurance accidents du travail couvre ainsi la responsabilité de l'employeur en matière d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, de sorte que seuls les employeurs assument les cotisations d'assurance. Un taux standard de cotisation est défini pour chaque industrie en fonction du taux d'accident. En outre, à l'employeur qui remplit certaines conditions (nombre d'années d'activité, nombre de salariés) est appliqué un système spécifique, dénommé « système du mérite », selon lequel le taux de cotisations varie en fonction du montant total des prestations versées pour indemniser les accidents du travail et les maladies professionnelles subies par ses salariés ; le taux de cotisations appliqué à l'employeur à l'origine de nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles étant logiquement augmenté. Ce mécanisme incite les employeurs à prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Ainsi, le système d'assurance accidents du travail s'applique à tout employeur ; c'est sur la base du travail accompli dans chaque entreprise qu'un accident est qualifié d'« accident du travail », et sur la base des salaires versés par l'entreprise qui a causé l'accident du travail que les indemnités journalières sont calculées⁷. Par exemple, même si un salarié occupant un emploi dans l'entreprise A et un autre dans l'entreprise B est obligé de prendre un congé

6 Ministère de l'intérieur et des communications, « Enquête de base sur la structure de l'emploi », 1992 et 2017.

7 Arrêt du Tribunal de première instance de Tokyo du 19 janvier 2012, *Rôkeisoku* n°2142, p. 21.

dans l'entreprise A - donc de perdre son salaire chez A - à cause d'un accident du travail causé par son activité dans l'entreprise B, l'indemnité journalière est calculée uniquement sur la base du salaire de l'entreprise B à l'origine de l'accident. Par conséquent, seule une partie des revenus perdus en raison de l'accident est couverte.

B - LE PROJET DE MODIFICATION

Face à ce problème, le Conseil de la politique du travail a présenté en décembre 2019 au Ministre de la santé, du travail et de la protection sociale un rapport intitulé « Sur l'indemnisation de l'assurance accident de travail des travailleurs pluriactifs », le projet comprend les éléments suivants :

- 1) Premièrement, lorsqu'un salarié occupant plusieurs emplois est victime d'un accident sur l'un de ses lieux de travail, ou lorsqu'il est affecté par une maladie résultant de l'une ou l'autre de ses emplois, le montant des indemnités journalières sera déterminé en fonction du montant total des salaires, y compris celui de l'emploi non associé à un accident - ou maladie professionnelle. En outre, dans l'application du « système du mérite » sur un site de travail sans accident, le montant des prestations d'assurance basées sur les salaires dans ledit lieu de travail est exclu de la base de calcul du taux de cotisations ; ces prestations sont donc financées par toutes les entreprises cotisant à l'assurance accident du travail. Cette modification vise à améliorer la couverture du revenu en répondant aux besoins réels des salariés exerçant plusieurs emplois dans divers lieux de travail.
- 2) Deuxièmement, les prestations d'assurance accidents du travail seront versées à un salarié cumulant plusieurs emplois qui a eu une maladie, lorsqu'une relation de causalité ne peut pas être établie entre le travail fourni par chacun des employeurs et la maladie, mais qu'elle peut l'être entre la maladie et le cumul de travail chez tous les employeurs. Prenons le cas, par exemple, d'un salarié occupant deux emplois dans l'entreprise A et l'entreprise B, qui se trouve atteint d'une tumeur du cerveau. Si le volume d'heures de travail effectuées dans chacune des entreprises ne peut expliquer la cause de la maladie (par exemple 40h supplémentaires mensuelles dans l'entreprise A, et 45h dans l'entreprise B, durant les 6 mois précédant l'apparition des symptômes), mais que le nombre cumulé d'heures de travail est suffisamment important pour avoir causé cette maladie (par exemple 85h supplémentaires au total chez A et B), alors cette maladie sera reconnue comme une maladie professionnelle et le salarié pourra bénéficier de prestations. Dans ce cas, le montant des indemnités journalières sera calculé sur la base du montant total des salaires cumulés dans les deux entreprises. Cette modification vise à transformer le système actuel, où les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles sont évalués séparément selon chaque établissement, en un système qui évalue le risque « global » du salarié pluriactif.

Le projet de loi devrait être soumis au plus tôt à la 201^{ème} session de la Diète qui a commencé en janvier 2020.