15e édition

Conforme à la loi de financement de la Sécurité sociale 2016

LES CARRÉS

Dominique Grandguillot

# L'essentiel du Droit de la Sécurité sociale

Édition 2016

Gualino

lextenso éditions

Gualino.

Gualino.

Dominique Grandguillot

# L'essentiel *du* Droit de la Sécurité sociale

15e édition
2016

Gualino
lextenso éditions

Gualino.

**LES CARRÉS**

Cette collection de livres présente de manière synthétique, rigoureuse et pratique l'ensemble des connaissances que l'étudiant doit posséder sur le sujet traité. Elle couvre :
- le Droit et la Science Politique ;
- les Sciences économiques ;
- les Sciences de gestion ;
- les concours de la Fonction publique.

---

**Dominique Grandguillot**, a plusieurs années d'expérience dans la formation supérieure. Il est auteur de plusieurs ouvrages dans le domaine juridique.

## Du même auteur, chez le même éditeur

### Collection « Mémentos LMD »

- *Institutions politiques et administratives de la France*, 8e éd. 2015-2016.

### Collection « Carrés Rouge »

- *L'essentiel du Droit du travail*, 16e éd. 2016.
- *L'essentiel du Droit de la Sécurité sociale*, 15e éd. 2016.
- *L'essentiel des Institutions politiques et administratives de la France*, 12e éd. 2015-2016.

### Collection « En Poche »

- *Social*, 2016 (édition annuelle en janvier).
- *Paie*, 2016 (édition annuelle en janvier).
- *Institutions de l'Union européenne*, 7e éd. 2015-2016.
- *Institutions de la Ve République*, 7e éd. 2015-2016.
- *Collectivités territoriales en France*, 4e éd. 2015-2016.
- *Défenseur des droits*.

---




© Gualino éditeur, Lextenso éditions 2016
70, rue du Gouverneur Général Éboué
92131 Issy-les-Moulineaux cedex
ISBN 978 - 2 - 297 - 05435 - 5
ISSN 1288-8206

Suivez-nous sur

Gualino.

# PRÉSENTATION

***Le droit à la protection sociale*** occupe une part importante de notre vie. L'ensemble des connaissances nécessaires à la compréhension de la protection sociale est présenté dans cet ouvrage, de façon claire et synthétique. Il intègre les textes législatifs et réglementaires les plus récents, y compris la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016.

Le livre est structuré en trois grandes parties :

- ***le régime général de la Sécurité sociale*** : l'organisation, le financement, l'assujettissement et le contentieux du régime général de la Sécurité sociale ;
- ***les prestations du régime général de la Sécurité sociale*** : l'assurance maladie, l'assurance maternité, l'assurance invalidité, l'assurance décès, l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, l'assurance vieillesse et les prestations familiales ;
- ***les autres formes de protection sociale*** : la prévoyance complémentaire, les retraites complémentaires, la protection universelle maladie (PUMA), la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), la perte d'autonomie, le revenu de solidarité active (RSA), la prime d'activité (PA), l'aide sociale et l'aide médicale de l'État (AME).

Cette 15e édition entièrement à jour à début 2016 s'adresse à tous les étudiants de premier cycle universitaire (Droit, Sciences économiques, AES) ainsi qu'à tous ceux qui sont engagés dans la préparation d'un concours de la fonction publique d'État ou de la fonction publique territoriale. Il concerne aussi chaque citoyen qui désire mieux connaître et mieux comprendre le fonctionnement de la protection sociale en France.

Gualino.

Gualino.

# SOMMAIRE

**Présentation** 3

**Introduction – La protection sociale** 15

## PARTIE 1
## Le régime général de la Sécurité sociale

**Chapitre 1 – L'organisation du régime général de la Sécurité sociale** 21

*1 – La structure du régime général de la Sécurité sociale* 21

- *La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés* 22
- *La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés* 22
- *La Caisse nationale des allocations familiales* 22
- *L'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale* 22
- *L'Union des caisses nationales de Sécurité sociale* 24

*2 – Le fonctionnement du régime général de la Sécurité sociale* 24

*3 – La tutelle administrative et financière du régime général de la Sécurité sociale* 24

*4 – Les organismes concourant à la Sécurité sociale* 25

Gualino.

SOMMAIRE

**Chapitre 2 – Le financement du régime général de la Sécurité sociale** **27**

*1 – Le financement par cotisations* *27*

*2 – Le financement par contributions* *28*

■ *La contribution sociale généralisée (CSG)* 28

■ *La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)* 29

*3 – Les autres sources de financement* *30*

**Chapitre 3 – L'assujettissement au régime général de la Sécurité sociale** **31**

*1 – L'immatriculation et l'affiliation du salarié* *31*

*2 – L'immatriculation et l'affiliation de l'employeur* *32*

**Chapitre 4 – Le contentieux du régime général de la Sécurité sociale** **33**

*1 – Le contentieux général* *33*

*2 – Le contentieux technique* *34*

*3 – Le contentieux de l'expertise médicale* *34*

PARTIE 2

**Les prestations du régime général de la Sécurité sociale**

**Chapitre 5 – L'assurance maladie** **37**

*1 – Les prestations en nature* *37*

■ *L'ouverture des droits aux prestations en nature* *37*

a) Les conditions d'ouverture des droits pour l'assuré 37

Gualino.

SOMMAIRE


b) Les conditions d'ouverture des droits pour l'ayant droit 38
c) Le maintien des droits 39
■ *Les modalités de la prise en charge des dépenses médicales* 40
a) La carte Vitale 40
b) Les modalités du remboursement 40
c) Le médecin traitant 41
d) Le dossier médical personnalisé (DMP) 43
■ *La prise en charge des dépenses médicales* 43
a) La participation de l'assuré aux dépenses médicales 43
b) La prise en charge des honoraires médicaux 45
c) La prise en charge des médicaments 45
d) La prise en charge de l'hospitalisation 47
e) Les autres prises en charge 48

***2 – Les prestations en espèces*** ***50***
■ *L'ouverture des droits aux prestations en espèces* 50
■ *L'arrêt de travail* 51
a) Les formalités à remplir par l'assuré 51
b) Le contrôle médical 51
c) L'arrêt de travail de plus de 3 mois 52
■ *Les indemnités journalières (IJ)* 52
a) La durée d'attribution 52
b) Le délai de carence 52
c) Le montant de l'indemnité journalière 53
■ *L'indemnité complémentaire versée par l'employeur* 53
■ *Le maintien du salaire par l'employeur* 54

**Chapitre 6 – L'assurance maternité** **55**

***1 – Les prestations en nature*** ***55***
■ *L'ouverture des droits aux prestations en nature* 55
■ *La déclaration de grossesse* 55
■ *La surveillance médicale de la mère et de l'enfant* 56
■ *La prise en charge des dépenses médicales* 56


Gualino.

SOMMAIRE


*2 – Les prestations en espèces* **57**

- *L'ouverture des droits aux prestations en espèces* 57
- *Le congé maternité* 57
- *Le congé d'adoption* 58
- *Le congé paternité et d'accueil de l'enfant* 59
- *Les indemnités journalières (IJ)* 60
- *L'interruption volontaire de grossesse (IVG)* 60

**Chapitre 7 – L'assurance invalidité** **61**

*1 – La pension d'invalidité* **61**

- *Les conditions d'ouverture des droits pour l'assuré* 61
- *Les formalités à remplir par l'assuré* 62
- *Le montant de la pension d'invalidité* 62
- *La protection sociale de l'assuré invalide* 63
- *Le conjoint survivant de l'assuré invalide* 63

*2 – L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)* **64**

*3 – La carte d'invalidité* **64**

**Chapitre 8 – L'assurance décès** **65**

*1 – Le capital décès* **65**

- *Les conditions à remplir par l'assuré décédé* 65
- *Les conditions et les formalités à remplir par les bénéficiaires* 66
- *Le montant du capital décès* 66

*2 – Les prestations restant dues à la personne décédée* **67**

*3 – La pension d'invalidité de veuf ou de veuve (PIVV)* **67**

**Chapitre 9 – L'assurance accidents du travail et maladies professionnelles** **69**

*1 – Les bénéficiaires de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles* **69**


Gualino.

SOMMAIRE


*2 – L'accident du travail (AT) et l'accident de trajet* **70**

- *L'accident du travail (AT)* 70
- *L'accident de trajet* 70
- *Les conditions de prise en charge de l'accident du travail* 70

a) Les formalités à accomplir par la victime 70
b) Les formalités à accomplir par l'employeur 71
c) Les formalités à accomplir par le médecin 71
d) L'instruction par la caisse primaire 71

*3 – Les maladies professionnelles (MP)* **72**

- *La maladie professionnelle (MP)* 72
- *Les conditions de prise en charge de la maladie professionnelle* 72

a) Les formalités à accomplir par le médecin 72
b) Les formalités à accomplir par la victime 73
c) L'instruction par la caisse primaire 73

*4 – Les prestations en nature* **74**

*5 – Les prestations en espèces* **74**

*6 – L'inaptitude du salarié* **75**

*7 – La rente d'incapacité permanente* **76**

*8 – L'indemnisation en cas de décès de la victime* **78**

*9 – Les incidences d'une faute sur les droits de la victime* **79**

- *La faute intentionnelle* 79
- *La faute inexcusable* 79
- *La faute d'un tiers* 80

**Chapitre 10 – L'assurance vieillesse** **81**

*1 – La pension de vieillesse* **81**

- *Les conditions d'ouverture du droit à la pension de vieillesse* 81
- *L'âge légal de départ à la retraite* 82
- *Le montant annuel de la pension de vieillesse* 82

a) La durée d'assurance au régime général (D) 82


Gualino.

SOMMAIRE


b) La durée d'assurance maximum (d) 83
c) Le taux de la pension (T) 84
d) Le salaire annuel moyen (SAM) 84
e) Le montant de la pension de vieillesse (Pv) 85
f) La liquidation de la pension 85
g) Le paiement de la pension 86

■ *Le départ en retraite avant l'âge légal* 86
a) Les assurés justifiant d'une incapacité d'origine professionnelle 86
b) Les assurés justifiant d'une longue carrière 86

■ *Le compte personnel de prévention de la pénibilité* 87
■ *Le départ en retraite des assurés handicapés et de leurs aidants* 87
■ *La retraite progressive* 88
■ *Le cumul emploi-retraite* 88
■ *La mise à la retraite à partir de l'âge d'attribution du taux plein* 89

***2 – La pension de réversion*** ***89***

***3 – L'allocation veuvage (AV)*** ***90***

***4 – La pension de vieillesse de veuf ou de veuve (PVVV)*** ***91***

***5 – L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)*** ***92***

**Chapitre 11 – Les prestations familiales** **93**

***1 – Les règles communes aux prestations familiales*** ***93***
■ *Les conditions générales d'attribution des prestations familiales* 93
■ *Le paiement des prestations familiales* 94

***2 – Les prestations familiales*** ***94***
■ *Les prestations familiales liées à la présence d'un ou plusieurs enfants* 95
■ *Les prestations familiales liées au logement* 97


Gualino.

SOMMAIRE

# PARTIE 3
# Les autres formes de la protection sociale


**Chapitre 12 – La prévoyance complémentaire** **101**

*1 – La complémentaire frais de santé* ***101***

- *La couverture minimale obligatoire* 101
- *La mise en place de la complémentaire frais de santé* 102

*2 – La complémentaire prévoyance* ***102***

*3 – Les organismes de prévoyance dans l'entreprise* ***103***

- *Les institutions de prévoyance* 103
- *Les mutuelles* 103
- *Les compagnies d'assurance* 104
- *Le choix de l'organisme assureur* 104

*4 – La portabilité des garanties santé et prévoyance* ***104***

**Chapitre 13 – Les retraites complémentaires** **105**

*1 – Les régimes de retraite complémentaire* ***105***

*2 – Le financement des régimes ARRCO et AGIRC* ***106***

*3 – La liquidation de la retraite complémentaire* ***107***

*4 – Le montant des retraites ARRCO et AGIRC* ***107***

**Chapitre 14 – La protection universelle maladie et la couverture maladie universelle complémentaire** **109**

*1 – La protection universelle maladie (PUMA)* ***109***

- *Les conditions à remplir pour bénéficier de la PUMA sur critère de résidence* 109
- *La prise en charge des soins avec la PUMA* 110

*2 – La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)* ***110***

- *Les conditions d'ouverture des droits à la CMU-C* 110


Gualino.

SOMMAIRE


- *La prise en charge des soins avec la CMU-C* 111

**Chapitre 15 – La perte d'autonomie** **113**

***1 – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)*** ***113***

***2 – L'allocation aux adultes handicapés (AAH)*** ***114***

- *L'allocation aux adultes handicapés (AAH)* 115
- *La prestation de compensation du handicap à domicile (PCH)* 116

***3 – L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)*** ***116***

- *Les conditions d'ouverture des droits à l'APA* 117
- *Le montant de l'APA à domicile* 117
- *Le montant de l'APA en établissement* 118

**Chapitre 16 – Le revenu de solidarité active (RSA) et la prime d'activité (PA)** **119**

***1 – Le revenu de solidarité active (RSA)*** ***119***

- *L'objectif du revenu de solidarité active (RSA)* 119
- *Les conditions d'ouverture des droits au RSA* 119
- *Les droits et les obligations des bénéficiaires du RSA* 120
- *Le montant du RSA* 120
- *Le financement du RSA* 121

***2 – La prime d'activité (PA)*** ***121***

- *L'objectif de la prime d'activité (PA)* 121
- *Les conditions d'ouverture à la PA* 122
- *Le montant de la PA* 122

**Chapitre 17 – L'aide sociale** **123**

**Chapitre 18 – L'aide médicale de l'État (AME)** **125**

**Bibliographie** **127**


Gualino.

## Liste des abréviations utilisées

| | |
|---|---|
| AAH | Allocation aux adultes handicapés |
| ACOSS | Agence centrale des organismes de Sécurité sociale |
| ACS | Aide au paiement d'une complémentaire santé |
| AEEH | Allocation d'éducation de l'enfant handicapé |
| AF | Allocations familiales |
| AGFF | Association pour la gestion du fonds de financement de l'AGIRC et de l'ARRCO |
| AGIRC | Association générale des institutions de retraite des cadres |
| AJPP | Allocation journalière de présence parentale |
| AL | Allocation logement |
| ALD | Affection de longue durée |
| AME | Aide médicale de l'État |
| APA | Allocation personnalisée d'autonomie |
| APL | Aide personnalisée au logement |
| ARH | Agence régionale de l'hospitalisation |
| ARRCO | Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés |
| ARS | Allocation de rentrée scolaire |
| ASE | Aide sociale à l'enfance |
| ASF | Allocation de soutien familial |
| ASI | Allocation supplémentaire d'invalidité |
| ASPA | Allocation de solidarité aux personnes âgées |
| AT | Accident du travail |
| BMAF | Base mensuelle de calcul des allocations familiales |
| CAF | Caisse d'allocations familiales |
| CDAPH | Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées |
| CF | Complément familial |
| CMU | Couverture maladie universelle |
| CMU-C | Couverture maladie universelle complémentaire |
| CAAM | Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie |
| CARSAT | Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail |
| CHSCT | Comité d'hygiène, de sécurite et des conditions de travail |
| CNAF | Caisse nationale des allocations familiales |
| CNAMTS | Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés |
| CNAVTS | Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés |
| CNSA | Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie |
| COR | Conseil d'orientation des retraites |
| CPAM | Caisse primaire d'assurance maladie |
| CRA | Commission de recours amiable |
| CRDS | Contribution au remboursement de la dette sociale |

Gualino.

| | |
|---|---|
| CSG | Contribution sociale généralisée |
| DPAE | Déclaration préalable à l'embauche |
| DMP | Dossier médical partagé |
| HAS | Haute Autorité de santé |
| HCAAM | Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie |
| HCF | Haut conseil de la famille |
| HCFi-PS | Haut conseil du financement de la protection sociale |
| IGAS | Inspection générale des affaires sociales |
| IJ | Indemnité journalière |
| IVG | Interruption volontaire de grossesse |
| LFSS | Loi de financement de la Sécurité sociale |
| LPP | Liste des produits et prestations |
| MDPH | Maison départementale des personnes handicapées |
| MF | Montant forfaitaire |
| MP | Maladie professionnelle |
| MSA | Mutualité sociale agricole |
| PA | Prime d'activité |
| PAJE | Prestation d'accueil du jeune enfant |
| PCH | Prestation de compensation du handicap à domicile |
| PIVV | Pension d'invalidité de veuf ou de veuve |
| PMSS | Plafond mensuel de la Sécurité sociale |
| PPAE | Projet personnalisé d'accès à l'emploi |
| PSC | Parcours de soins coordonnés |
| PUMA | Protection universelle maladie |
| PVVV | Pension de vieillesse de veuf ou de veuve |
| RG | Revenu garanti |
| RSA | Revenu de solidarité active |
| RSI | Régime social des indépendants |
| SMIC | Salaire minimum interprofessionnel de croissance |
| SMR | Service médical rendu |
| TASS | Tribunal des affaires de Sécurité sociale |
| TCI | Tribunal du contentieux de l'incapacité |
| TFR | Tarif forfaitaire de responsabilité |
| UCANSS | Union des caisses nationales de Sécurité sociale |
| UNCAM | Union nationale des caisses d'assurance maladie |
| UNOCAM | Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire |
| UNPS | Union nationale des professionnels de santé |
| URSSAF | Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales |

Gualino.

# La protection sociale

**Introduction**

Un risque est un événement futur ou incertain engendrant un préjudice lorsqu'il se manifeste. Il devient social lorsqu'il est partagé par une collectivité.

***La protection sociale a pour objectif de garantir l'individu ou le ménage contre tous les risques sociaux***, d'origine professionnelle ou non, ***susceptibles*** :

– ***d'altérer son revenu en portant atteinte à la capacité de travail*** (ex. : la maladie, l'accident professionnel ou non, la vieillesse...) ;

– ***d'empêcher la capacité de travail de s'exprimer*** (ex. : le chômage...) ;

– ***d'entraîner des dépenses à la charge de l'individu ou du ménage*** (ex. : la maladie, la naissance...).

La protection sociale assure à l'individu ou au ménage des prestations destinées :

– soit à ***compenser les dépenses de protection sociale engagées pour s'en prémunir*** (ex. : les honoraires médicaux, les médicaments...) ;

– soit à ***indemniser le manque à gagner*** (ex. : l'indemnité journalière, l'allocation chômage...).

Le système français de protection sociale assure un niveau élevé de prestations et prend en compte tous les risques sociaux.

Gualino.

Le système de protection sociale est constitué par un ensemble d'organismes :

– ***la Sécurité sociale*** : elle est fondée sur le ***principe de solidarité nationale***.

La Sécurité sociale assure, pout toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille.

Elle garantit les travailleurs contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs revenus. L'origine des risques est soit professionnelle (les accidents du travail et les maladies professionnelles), soit non-professionnelle (la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse et )le décès). Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés à un ou plusieurs régimes obligatoires.

Elle assure la prise en charge des frais de santé, le service des prestations d'assurance sociale, notamment des allocations vieillesse, le service des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre du code de la Sécurité sociale, sous réserve des stipulations des conventions internationales et des dispositions des règlement européens.

La Sécurité sociale est composée de différents régimes dont les contours sont dessinés par l'appartenance à telle ou telle catégorie professionnelle :

- ***le régime général*** : il couvre les salariés – non soumis à un régime particulier – de l'industrie, du commerce et des services, ainsi que certaines catégories de travailleurs assimilés à des salariés. Plus de 80 % de la population française relève de ce régime ; il constitue, de ce fait, le régime de référence de la Sécurité sociale,
- ***les régimes spéciaux*** : ils concernent certaines entreprises ou certaines activités. La spécialité d'un régime peut être totale ou partielle (dans ce cas, c'est le régime général qui prend à sa charge les risques non couverts) :
  - *régimes totalement spéciaux* : SNCF, RATP, militaires de carrière, mines, marins et inscrits maritimes...,
  - *régimes partiellement spéciaux* : EDF-GDF, Assemblée nationale, Sénat, fonctionnaires de l'État et des collectivités publiques, clercs et employés de notaire, étudiants...,
- ***le régime agricole*** : il couvre l'ensemble des salariés agricoles et des exploitants. Il est géré par la ***Mutualité sociale agricole (MSA)***,
- ***le régime des non salariés non agricoles*** : il couvre les non salariés des professions non agricoles (artisans, commerçants, industriels et professions libérales). Il est géré par le ***Régime social des indépendants (RSI)*** ;

Gualino.

– *la prévoyance complémentaire* : les régimes de prévoyance complémentaire offrent aux personnes et à leurs familles une couverture sociale complémentaire venant s'ajouter à celle des régimes obligatoires de Sécurité sociale. La protection complémentaire peut résulter d'une démarche individuelle, mais le plus souvent, elle est proposée aux assurés à titre collectif dans le cadre de leur activité professionnelle. Trois types d'organismes de protection complémentaire cœxistent : les ***mutuelles,*** les ***institutions de prévoyance*** et les ***compagnies d'assurance privées*** ;

– *la protection universelle maladie (PUMA)* : elle se substitue à la couverture maladie universelle (CMU). La PUMA permet à toute personne qui travaille ou réside en France de façon stable et régulière de bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé (maladie et maternité) ;

– *la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)* permet aux plus défavorisés de la population de bénéficier d'une complémentaire de santé gratuite ou d'une aide au paiement d'une complémentaire de santé (ACS) ;

– *la perte d'autonomie* : une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a pour mission, dans la limite des ressources qui lui sont affectées, de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ;

– *la retraite complémentaire* : les régimes de retraites complémentaires ont pour but d'assurer un complément de ressources qui s'ajoute à la pension vieillesse du régime général. Il existe 2 régimes de retraites complémentaires :

  • *l'Association des régimes de retraites complémentaires (ARRCO)* : c'est un régime unique de retraite complémentaire auquel tous les salariés doivent être affiliés,

  • *l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC)* : elle regroupe les institutions de retraite des cadres.

  Le financement de ces régimes est assuré par une cotisation à la charge de l'employeur et du salarié. La répartition la plus fréquente est 60 % à la charge de l'employeur et 40 % à la charge du salarié ;

– *le régime d'indemnisation du chômage* : il comporte 2 régimes distincts :

  • *le régime d'assurance chômage* : il est financé par les cotisations des salariés et des employeurs. La gestion du régime d'assurance chômage est assurée par ***Pôle emploi*** qui assure l'accueil, l'orientation, le placement, l'indemnisation et l'accompagnement des demandeurs d'emploi. Les partenaires sociaux, par le biais de *l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNEDIC)* continuent à administrer le régime d'assurance chômage et à fixer les modalités d'indemnisation de la privation d'emploi,

Gualino.

- *le régime de solidarité* : il est financé par l'État et consiste dans le versement d'un revenu de remplacement à certaines catégories de personnes à la recherche d'un emploi ne remplissant pas les conditions exigées pour bénéficier du régime d'assurance chômage : l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et l'allocation temporaire d'attente (ATA). Les allocations sont versées par Pôle emploi ;

– *le revenu de solidarité active (RSA)* : il assure à toute personne sans activité professionnelle *un revenu minimum* ;

– *la prime d'activité (PA)* : elle assure à toute personne exerçant une activité professionnelle tout en ne dépassant pas un plafond de ressources *un complément de revenu* ;

– *l'aide sociale* : elle propose aux plus défavorisés de la population une protection subsidiaire et complémentaire afin de les aider à faire face à des besoins vitaux non pris en charge par les dispositifs de Sécurité sociale. L'aide sociale concerne les aides que les collectivités publiques apportent aux plus défavorisés. Les diverses prestations sont versées après vérification du bien-fondé de la demande (ex. : aides aux personnes âgées ou handicapées, aide sociale à l'enfance...).

Gualino.

# Le régime général de la Sécurité sociale

PARTIE 1


**Chapitre 1** - **L'organisation du régime général de la Sécurité sociale** 21
**Chapitre 2** - **Le financement du régime général de la Sécurité sociale** 27
**Chapitre 3** - **L'assujettissement au régime général de la Sécurité sociale** 31
**Chapitre 4** - **Le contentieux du régime général de la Sécurité sociale** 33


Gualino.

Gualino.

# L'organisation du régime général de la Sécurité sociale

**Chapitre 1**

*Le régime général de la Sécurité sociale est le régime le plus important (plus de 80 % des français relèvent de ce régime). Il concerne l'ensemble des salariés et assimilés non soumis à un régime particulier.*

## 1 La structure du régime général de la Sécurité sociale

Le régime général de la Sécurité sociale est composé, au plan national, par des établissements publics nationaux à caractère administratif et, au plan régional ou local, par des organismes de droit privé chargés d'une mission de service public.

Le régime général de la Sécurité sociale comprend ***5 branches autonomes*** :

– ***la branche maladie*** qui gère les risques maladie, maternité, invalidité et décès ;

– ***la branche accidents du travail et maladies professionnelles*** ;

– ***la branche vieillesse*** ;

– ***la branche famille*** ;

– ***la branche recouvrement***.

Les 5 branches sont gérées de façon distincte par ***4 caisses nationales*** :

– la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;

– la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) ;

– la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;

– l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS).

Gualino.

## ■ *La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés*

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) est ***organisée en 2 branches gérées de façon distincte*** :

– ***la branche maladie*** (maladie, maternité, invalidité, décès) ;

– ***la branche accidents du travail et maladies professionnelles***.

La CNAMTS est dotée d'une structure administrative organisée au niveau régional ou local :

– ***les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)*** : elles interviennent en matière de retraite, de prévention et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et de l'action sociale ;

– ***les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)*** : elles assurent l'immatriculation des assurés et le service des prestations. Elles exercent un rôle de prévention et d'éducation sanitaire (centres d'examens de santé, actions de dépistage ciblées).

## ■ *La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés*

***La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) gère les pensions de retraite des assurés du régime général*** (calcul des droits, liquidation et paiement) et assure une action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées (développement du maintien à domicile, recherche de solutions d'hébergement adaptées…). Au plan régional, la CNAVTS délègue ses attributions aux CARSAT (sauf pour l'Île-de-France où la CNAVTS tient le rôle de caisse de retraite régionale).

## ■ *La Caisse nationale des allocations familiales*

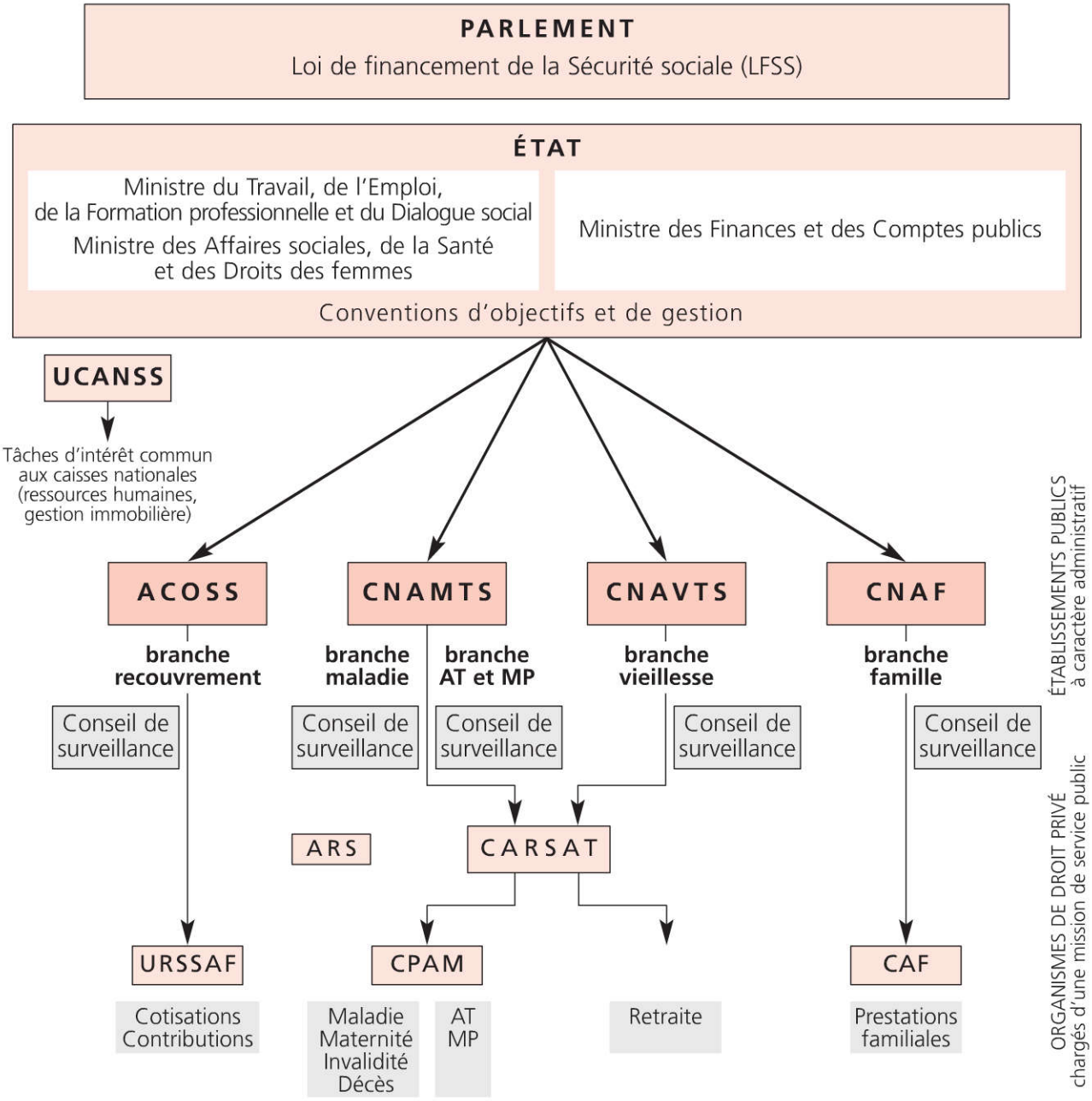
***La Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) gère la politique familiale*** qui s'inscrit dans le cadre de celle définie par les pouvoirs publics. Elle est impliquée dans d'autres politiques qui dépassent le domaine de la famille, telles le logement ou la lutte contre la précarité. La CNAF est dotée d'une structure administrative organisée au niveau local : ***les caisses d'allocations familiales (CAF)***, chargées du service des prestations (aides à la famille, au logement…).

## ■ *L'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale*

L'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS) ***assure la gestion commune et centralisée des ressources et de la trésorerie du régime général de la Sécurité sociale***. L'ACOSS est dotée d'une structure administrative organisée au niveau régional : ***les unions de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF)***. Elles assurent l'encaissement des cotisations et des contributions.

Gualino.

## Organisation administrative du régime général de la Sécurité sociale




Gualino.

### ■ *L'Union des caisses nationales de Sécurité sociale*

*L'Union des caisses nationales de Sécurité sociale (UCANSS) assure des tâches d'intérêt commun à l'ensemble du régime général de la Sécurité sociale*, notamment en matière de gestion immobilière et de ressources humaines (politique prévisionnelle d'emploi, conditions de travail, convention collective, formation du personnel, négociation salariale…).

## 2 Le fonctionnement du régime général de la Sécurité sociale

Le fonctionnement administratif d'un organisme de Sécurité sociale (aussi bien au niveau national, régional que local) relève de la compétence :

– *du conseil d'administration* : instance collégiale, expression de la démocratie sociale, qui détient une compétence générale pour exercer les attributions de l'organisme de Sécurité sociale. Chaque conseil d'administration est composé :
  - de représentants, en nombre égal, des organisations syndicales des salariés et des employeurs,
  - de représentants d'institutions intervenant dans les domaines d'activités de la caisse concernée,
  - de représentants, selon les branches, de la mutualité française ou des associations familiales,
  - de représentants du personnel de l'organisme, élus par le personnel ;

– *du directeur général* : il prépare et exécute les décisions du conseil d'administration et, par exception à la compétence générale du conseil d'administration, il détient un domaine propre de compétence limitativement défini.

## 3 La tutelle administrative et financière du régime général de la Sécurité sociale

Le régime général de la Sécurité sociale assurant *une mission de service public* est soumis au contrôle :

– *des pouvoirs publics : double tutelle* :
  - le ministre du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social et le ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes veillent à l'application de l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires relatives à la Sécurité sociale,
  - le ministre des Finances et des Comptes publics participe à la tutelle des différents organismes pour les questions relevant de sa compétence ;

Gualino.

– *du Parlement* : le budget de la Sécurité sociale est soumis chaque année au vote et au contrôle du Parlement dans le cadre des *lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS)*.

Dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale, l'autorité compétente de l'État conclut respectivement avec les différentes caisses, pour une période de 3 ans au moins, *des conventions d'objectifs et de gestion* comportant les engagements réciproques des signataires. Ces conventions déterminent les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et les organismes disposent pour les atteindre et les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires.

*Des conseils de surveillance* sont institués auprès des différentes caisses (composés notamment de représentants du Parlement et de représentants des collectivités locales) avec pour mission d'examiner les conditions de mise en œuvre des conventions d'objectifs et de gestion sur la base d'un rapport présenté par chaque organisme.

## 4 Les organismes concourant à la Sécurité sociale

Plusieurs organismes concourent, dans le respect des objectifs de la politique de santé publique et des objectifs fixés par les LFSS, à la mise en œuvre de la politique de la santé :

– *l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)* : elle regroupe la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, le Régime social des indépendants et la Mutualité sociale agricole. Son rôle est de conduire la politique conventionnelle, de définir le champ des prestations admises au remboursement et de fixer le taux de prise en charge des soins ;

– *les agences régionales de santé (ARS)* : elles ont pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé, dans le respect des objectifs nationaux, afin de répondre aux besoins de santé de la population et de veiller à la gestion efficiente du système de santé ;

– *l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)* : elle regroupe des représentants des mutuelles et des institutions de prévoyance qui offrent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Elle émet des avis sur les propositions de décisions de l'UNCAM concernant la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations et la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé ;

– *l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS)* : elle regroupe des représentants de l'ensemble des professions de santé libérales. Elle émet un avis sur la proposition de décision de l'UNCAM concernant la participation de l'assuré aux tarifs des prestations ;

Gualino.

– *la Haute Autorité de santé (HAS)*, autorité publique indépendante à caractère scientifique : elle est chargée, notamment, de procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent ;

– *le Haut conseil de la Famille (HCF)* : il a pour mission d'animer le débat public sur la politique familiale, de formuler des recommandations et des propositions de réforme et de mener des réflexions sur le financement de la branche famille de la Sécurité sociale et son équilibre financier ;

– *le Conseil d'orientation des retraites (COR)* : il est chargé, notamment, de réaliser, chaque année, un bilan public sur le système de retraite, de décrire les évolutions et les perspectives à moyen et long termes des régimes de retraite légalement obligatoires, au regard des évolutions économiques, sociales et démographiques, et d'élaborer, au moins tous les 5 ans, des projections de leur situation financière ;

– *le Comité de suivi des retraites* : il est chargé de rendre chaque année un avis public portant sur les objectifs financiers et sur les objectifs d'équité assignés au système de retraite (la pérennité financière, le traitement équitable des assurés, la solidarité entre les générations…). S'il estime que le système de retraite s'éloigne des objectifs qui lui sont assignés, le Comité de suivi adresse au Gouvernement, au Parlement et aux régimes de retraites des recommandations publiques. Le Gouvernement doit présenter au Parlement, après consultation des partenaires sociaux, les suites qu'il entend donner à ces recommandations ;

– *le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie (CAAM)* : il est chargé d'alerter le Gouvernement, le Parlement et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement ;

– *le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)* : il a pour mission d'évaluer le système d'assurance maladie et ses évolutions, de décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance maladie et d'apprécier les conditions requises pour assurer leur pérennité à terme, de veiller à la cohésion du système d'assurance maladie au regard de l'égal accès à des soins de haute qualité et d'un financement juste et équitable et de formuler des recommandations ou propositions de réforme de nature à répondre aux objectifs de cohésion sociale et de pérennité financière des régimes d'assurance maladie ;

– *le Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFi-PS)* : il a pour mission d'établir un état des lieux du système de financement de la protection sociale, d'examiner l'efficacité des règles de gouvernance et d'allocation des recettes de l'ensemble du système de protection sociale de manière à assurer son équilibre pérenne et de formuler des recommandations ou propositions de réforme.

Gualino.

# Le financement du régime général de la Sécurité sociale

**Chapitre 2**

*Le régime général de la Sécurité sociale est financé de façon distincte selon les caisses et le risque couvert. Son financement provient de cotisations sur les revenus de l'activité salariale, de la CSG et de la CRDS sur l'ensemble des revenus ainsi que de différentes sources.*

Le régime général de la Sécurité sociale est ***financé de façon distincte selon les caisses et le risque couvert***. Son financement provient :

– de cotisations prélevées sur les revenus de l'activité salariale ;

– de contributions, la CSG et la CRDS, prélevées sur l'ensemble des revenus ;

– de différentes sources.

## 1 Le financement par cotisations

Le financement du régime général de la Sécurité sociale est ***assuré par des cotisations prélevées sur les revenus de l'activité salariale***.

La base de calcul des cotisations (***l'assiette des cotisations***) comprend toutes les sommes versées au salarié en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire.

Le montant du salaire pris en compte ne peut être inférieur au SMIC pour un salarié à temps complet.

Gualino.

Le calcul des cotisations est effectué en pourcentage du salaire brut dans la limite – ou non – d'un salaire plafonné fixé par décret au 1er janvier de chaque année.

Le plafond mensuel de la Sécurité sociale est fixé au 1er janvier 2016 à 3 218 €, soit 38 616 € pour l'ensemble de l'année 2016.

**Taux des cotisations de Sécurité sociale du régime général au 1er janvier 2016**

| Cotisations | Salaire plafonné | | Totalité du salaire | |
|---|---|---|---|---|
| | Employeur | Salarié | Employeur | Salarié |
| Maladie, maternité, invalidité, décès | – | – | 12,84 % | 0,75 % |
| Contribution solidarité autonomie | – | – | 0,30 % | – |
| Vieillesse | 8,55 % | 6,90 % | 1,85 % | 0,35 % |
| Allocations familiales | – | – | 5,25 %[1] | – |
| Fonds national d'aide au logement (FNAL) : | | | | |
| – Entreprises de moins de 20 salariés | 0,10 % | – | – | – |
| – Entreprises de 20 salariés et plus | – | – | 0,50 % | – |
| Accidents du travail (taux moyen) | – | – | 2,21 % | – |

1. 3,45 % pour les salaires ne dépassant pas 3,5 SMIC sur l'année, 3,5 SMIC au 1er avril 2016.

L'employeur est responsable du versement (le recouvrement) des cotisations patronales ainsi que des cotisations salariales précomptées sur les rémunérations. Les cotisations sociales sont versées auprès de l'URSSAF d'affiliation de l'entreprise.

La date et la périodicité du versement des cotisations sont déterminées par référence à l'effectif de l'entreprise. Des majorations de retard sont appliquées aux cotisations non acquittées dans les délais légaux.

## 2 Le financement par contributions

### ■ *La contribution sociale généralisée (CSG)*

La contribution sociale généralisée (CSG) est un *prélèvement de nature fiscale sur l'ensemble des revenus ayant pour objet de financer le régime général de la Sécurité sociale*.

Toutes les *personnes physiques* considérées comme *fiscalement domiciliées en France* sont assujetties à la CSG.

Gualino.

**Taux de la CSG et revenus concernés**

| Taux | Revenus concernés |
|---|---|
| 7,5 % | *Revenus d'activité* : abattement de 1,75 % pour frais professionnels appliqué sur les salaires proprement dit dans la limite de 4 plafonds mensuels de la Sécurité sociale (PMSS).<br>*Allocations de préretraite*. |
| 6,2 % | *Allocations de chômage* : abattement de 1,75 % pour frais professionnels appliqué sur le montant de ces allocations. La contribution pesant sur les allocations de chômage ne peut avoir pour effet de réduire le montant net de celles-ci en deçà du SMIC.<br>*Indemnités journalières* ou allocations versées par les organismes de Sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles. |
| 6,6 % | *Pensions de retraite ou d'invalidité*, le taux peut être ramené à 3,8 % dans certains cas. |
| 8,2 % | *Revenus du patrimoine et produits de placement*. |
| 6,9 %, 9,5 % ou 12 % | *Sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion des jeux (selon leur nature)*. |

La CSG est déductible au regard de l'impôt sur le revenu à hauteur de 5,1 % pour les revenus d'activité, du patrimoine et de placement, 3,8 % pour les revenus de remplacement et 4,2 % pour les pensions de retraite ou d'invalidité.

Le recouvrement de la CSG varie selon la nature des revenus. La CSG est :

– ***prélevée à la source*** pour les revenus d'activité et de remplacement ainsi que pour les produits de placement soumis au barème progressif de l'impôt sur le revenu ;

– ***recouvrée par l'administration fiscale*** pour les revenus du patrimoine, les produits de placement non prélevés à la source et les sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion des jeux.

## ■ *La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)*

La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) est *un prélèvement de nature fiscale sur l'ensemble des revenus ayant pour objet d'apurer le déficit cumulé du régime général de la Sécurité sociale*.

Elle est versée à la ***Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)***, créée à cet effet. La CRDS sera recouvrée jusqu'à l'extinction de la dette.

Gualino.

Le taux de la CRDS est de ***0,5 %***. Son assiette est plus large que celle de la CSG. Elle s'étend à la quasi-totalité des revenus des personnes physiques à l'exception des revenus correspondant aux minima sociaux et aux intérêts du livret A et des livrets assimilés.

L'assiette de la CRDS pour les revenus d'activité et pour les allocations de chômage tient compte de la réduction forfaitaire de 1,75 % pour frais professionnels.

La CRDS est non déductible au titre de l'impôt sur le revenu. Son recouvrement est identique à celui de la CSG.

## 3 Les autres sources de financement

Le régime général de la Sécurité sociale bénéficie d'autres sources de financement, notamment :

– *un prélèvement social de 4,5 %* : seuls sont concernés par ce prélèvement les revenus du patrimoine, les revenus de placement et les revenus de l'épargne exonérés d'impôt sur le revenu ;

– *un forfait social de 20 % à la charge de l'employeur* : il concerne les différentes formes d'épargne salariale (taux fixé à 8 % pendant 6 ans pour les entreprises de moins de 50 salariés concluant un premier ou un nouvel accord) ainsi que les indemnités de rupture conventionnelle dans la limite de 2 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale ;

– *un forfait social de 8 % à la charge de l'employeur* : il concerne les contributions patronales de prévoyance complémentaire exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale pour les employeurs de 10 salariés et plus ;

– *une contribution sur les actions gratuites et les stock-options* : le taux de la contribution patronale est de 30 % exigible le mois suivant la date de la décision d'attribution des options ou des actions et le taux de la contribution salariale est de 10 % au moment de la levée d'option ;

– *une taxe assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France auprès des pharmacies par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques*. Son taux est de 0,17 % ;

– *une contribution sur l'assurance obligatoire automobile* : 15 % du montant de la prime d'assurance ;

– *des taxes sur le tabac, sur les alcools et sur les boissons mélangées ou énergisantes* ;

– *des droits sur les jeux* ;

– *le remboursement par l'État de mesures d'exonérations de cotisations*…

Gualino.

# L'assujettissement au régime général de la Sécurité sociale

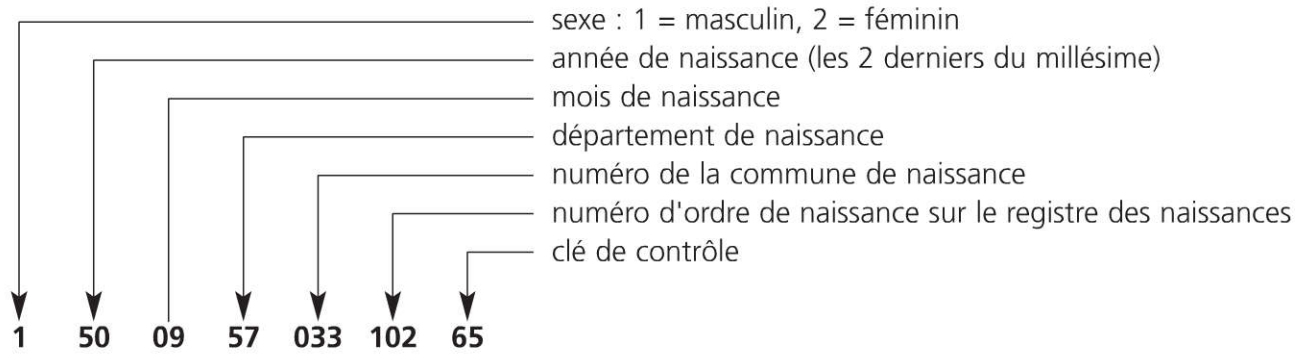
**Chapitre 3**

*Sont assujetties obligatoirement au régime général de Sécurité sociale toutes les personnes salariées ou travaillant à quelque titre que ce soit sur le territoire français, quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat.*

## 1 L'immatriculation et l'affiliation du salarié

L'immatriculation et l'affiliation concernent toute personne de l'un ou de l'autre sexe, quels que soient son âge (même titulaire d'une pension) et sa nationalité, salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs et quels que soient le montant et la nature de sa rémunération, la forme, la nature ou la validité de son contrat.

### Exemple de numéro d'immatriculation




Gualino.

L'immatriculation du salarié est l'opération administrative au terme de laquelle on attribue à l'assuré social un numéro de Sécurité sociale. Elle est faite lors de la 1re embauche. Elle incombe, en principe, à l'employeur qui utilise à cet effet la déclaration préalable à l'embauche (DPAE).

L'assuré social reçoit sa carte Vitale et une attestation papier sur lesquelles figurent son numéro d'immatriculation définitif et immuable (13 chiffres, parfois suivi de 2 chiffres constituant une clé de contrôle).

L'affiliation est le rattachement de l'assuré à la CPAM de la circonscription dans laquelle se trouve sa résidence habituelle.

## 2 L'immatriculation et l'affiliation de l'employeur

L'immatriculation est l'opération administrative au terme de laquelle on attribue à l'entreprise un numéro URSSAF.

Elle incombe à l'employeur dans les 8 jours qui suivent :

– soit l'ouverture ou l'acquisition d'une entreprise employant du personnel salarié ; en ce cas, l'opération est faite auprès d'un centre de formalités des entreprises ;

– soit l'embauche du premier salarié ; en ce cas, l'opération est faite à l'aide de la déclaration préalable à l'embauche (DPAE).

L'affiliation est le rattachement de l'employeur à l'URSSAF de la circonscription dans laquelle se trouve son entreprise.

Si l'entreprise comprend plusieurs établissements fixes et géographiquement distincts du siège social, chacun d'eux doit être immatriculé et l'URSSAF compétente est celle de la circonscription dans laquelle se situe l'établissement.

Gualino.

# Le contentieux du régime général de la Sécurité sociale

**Chapitre 4**

*Les différends relatifs à l'état du malade ou de la victime d'un accident du travail, à l'assujettissement à la Sécurité sociale, à l'attribution des prestations, à l'invalidité, au paiement des cotisations, à la tarification des accidents du travail sont du ressort des juridictions spécifiques au régime général de la Sécurité sociale.*

## 1 Le contentieux général

Le contentieux général concerne ***les différends nés de l'assujettissement à la Sécurité sociale, du paiement des cotisations et de l'attribution des prestations***.

L'organisation du contentieux général de la Sécurité sociale comprend :

– ***la commission de recours amiable (CRA)*** : elle n'est pas une juridiction. Elle est composée de 4 administrateurs désignés par le conseil d'administration de l'organisme (2 appartiennent à la même catégorie que le demandeur). La CRA de la CNAVTS comprend 6 administrateurs (3 employeurs et 3 salariés) ;

– ***le tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS)*** : il est composé d'un magistrat professionnel et de 2 assesseurs : un salarié et un employeur, nommés pour 3 ans par le Premier président de la cour d'appel sur proposition des organisations syndicales les plus représentatives.

Toute décision contestée doit d'abord être soumise à la CRA dans un délai de 2 mois (1 mois pour une décision concernant le recouvrement des cotisations). En cas de maintien de la décision, le litige peut être porté devant le TASS dans un délai de 2 mois (un mois en cas de silence de la CRA).

Le TASS statue en premier et dernier ressort jusqu'à 4 000 . Le jugement peut faire l'objet d'un appel (délai : 1 mois pour un jugement en premier ressort) et/ou d'un pourvoi en cassation (délai : 2 mois après appel ou pour un jugement en premier et dernier ressort).

Gualino.

## 2 Le contentieux technique

Le contentieux technique concerne les différends relatifs :

– à *l'invalidité* : contestation relative à l'état ou au degré d'invalidité en cas d'accident ou de maladie non professionnels et à l'état d'inaptitude au travail ou à l'état d'incapacité permanente de travail et au taux d'incapacité, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;

– à *la tarification des accidents du travail* : fixation du taux de cotisation d'accident du travail, cotisations supplémentaires, classement du risque.

L'organisation du contentieux technique de la Sécurité sociale comprend :

– *le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI)* : il est présidé par un magistrat honoraire de l'ordre administratif ou judiciaire assisté de 2 assesseurs (un salarié et un employeur), nommés pour 3 ans par ordonnance du Premier président de la cour d'appel ;

– *la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail* : elle est présidée par un magistrat de la cour d'appel et comprend plusieurs sections composées d'un président et de 2 assesseurs (un salarié et un employeur).

Toute contestation du taux d'invalidité ou d'incapacité doit d'abord être soumise au TCI dans un délai de 2 mois à partir du jour où elle a été notifiée (un recours amiable est d'abord possible en cas d'incapacité liée à un accident du travail ou une maladie professionnelle). Le jugement peut faire l'objet d'un appel devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail et/ou d'un pourvoi en cassation dans les mêmes délais que pour le TASS.

## 3 Le contentieux de l'expertise médicale

Le contentieux de l'expertise médicale concerne *les différends relatifs à l'état du malade ou de la victime d'un accident du travail*. La demande peut émaner du malade ou de la victime d'un accident du travail, de la CPAM ou du juge de la juridiction compétente.

Le médecin-expert est désigné d'un commun accord entre le médecin traitant de l'assuré et le médecin conseil de la CPAM. En cas de désaccord, il est désigné par le directeur de l'Agence régionale de santé (ARS). L'expert remet son rapport dans un délai de 48 h au médecin traitant et au médecin conseil. Il dispose ensuite d'un délai d'un mois, à compter de la réception du protocole d'expertise, pour établir un rapport complet et l'adresser au service médical de la CPAM. La CPAM se prononce au vu des conclusions du médecin-expert et notifie sa décison à l'assuré dans les 15 jours qui suivent.

Le juge n'est pas lié par l'avis de l'expert et il peut demander une nouvelle expertise.

Gualino.

# Les prestations du régime général de la Sécurité sociale

PARTIE 2


Chapitre 5 - L'assurance maladie 37
Chapitre 6 - L'assurance maternité 55
Chapitre 7 - L'assurance invalidité 61
Chapitre 8 - L'assurance décès 65
Chapitre 9 - L'assurance accidents du travail et maladies professionnelles 69
Chapitre 10 - L'assurance vieillesse 81
Chapitre 11 - Les prestations familiales 93


Gualino.

Gualino.

# L'assurance maladie

**Chapitre 5**

*L'assurance maladie comporte des prestations en nature destinées au remboursement total ou partiel des dépenses médicales liées à la maladie ainsi que des prestations en espèces destinées à compenser la perte de salaire consécutive à un arrêt de travail.*

## 1 Les prestations en nature

Les prestations en nature sont ***destinées au remboursement total ou partiel des dépenses médicales, para-médicales et des frais d'hospitalisation***.

Les bénéficiaires de ces prestations sont l'assuré et ses ayants droit.

### ■ *L'ouverture des droits aux prestations en nature*

#### a) Les conditions d'ouverture des droits pour l'assuré

Les conditions d'ouverture des droits aux prestations en nature varient selon la situation de l'assuré.

| Situation de l'assuré | Conditions à remplir par l'assuré pour l'ouverture des droits aux prestations en nature |
|---|---|
| Salarié | Droits ouverts si, à la date des soins, l'une des conditions suivantes est remplie :<br>– avoir travaillé 60 heures, ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 60 fois la valeur du SMIC horaire, pendant un mois civil ou 30 jours consécutifs ;<br>– avoir travaillé 120 heures, ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 120 fois la valeur du SMIC horaire, pendant 3 mois civils ou 3 mois de date à date ;<br>– avoir travaillé au moins 1 200 heures, ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois la valeur du SMIC horaire dans l'année civile. |

Gualino.

| Situation de l'assuré | Conditions à remplir par l'assuré pour l'ouverture des droits aux prestations en nature |
|---|---|
| Salarié intérimaire ou saisonnier | Droits ouverts si, à défaut de remplir les conditions générales d'ouverture des droits, l'une des conditions suivantes est remplie :<br>– avoir travaillé au moins 800 heures pendant 1 an ;<br>– avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire pendant 1 an. |
| Premier emploi | Droits ouverts pour 3 mois à la date d'entrée dans le régime. À l'issue de cette période, une nouvelle période de 3 mois est ouverte si les 2 conditions suivantes sont remplies :<br>– avoir moins de 25 ans ;<br>– avoir travaillé au moins 60 heures, ou cotisé sur 60 fois la valeur du SMIC horaire depuis le début de l'activité. |
| Allocataire de Pôle emploi | *Indemnisé par Pôle emploi* : droits ouverts pendant toute la durée du versement de l'allocation chômage.<br>*Non indemnisé par Pôle emploi* : droits ouverts pendant pendant 1 an, à compter de la date de rupture de votre contrat de travail. |
| Étudiant | Affiliation obligatoire au régime étudiant de Sécurité sociale au moment de l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur auprès d'une mutuelle étudiante. Les modalités d'affiliation varient selon l'âge de l'étudiant :<br>– de 16 à 20 ans : affiliation gratuite ;<br>– de 20 à 28 ans : affiliation payante.<br>Si l'étudiant exerce une activité salariée ou s'il est ayant droit d'un assuré social il est dispensé de l'obligation d'être affilié au régime étudiant de Sécurité sociale. |
| Détenu | Droits ouverts pendant la durée de l'incarcération. |
| Autres catégories | Droits ouverts pour la personne bénéficiaire d'une pension ou allocation vieillesse, d'une préretraite, d'une rente d'accident du travail (incapacité d'au moins 66,66 %), de l'allocation aux adultes handicapés, de l'allocation de parent isolé. |

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 met en place *une protection universelle maladie (PUMA) permettant la prise en charge des frais de santé (maladie et maternité) pour toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière* (au moins 3 mois).

### b) Les conditions d'ouverture des droits pour l'ayant droit

Les droits aux prestations en nature peuvent être ouverts, non à titre personnel mais du fait du lien avec l'assuré. *Les ayants droit d'un assuré* sont :

– *le conjoint, le concubin ou le pacsé qui n'exerce pas d'activité* ;

Gualino.

– *le conjoint non divorcé ou pacsé séparé qui n'exerce pas d'activité* ;
– *le cohabitant à la charge effective et permanente de l'assuré depuis plus de 12 mois*, soit le compagnon de même sexe, soit tout autre personne avec ou sans lien de parenté ;
– *les enfants à la charge de l'assuré, du conjoint ou pacsé ayant droit, légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs ou recueillis* :
  • de moins de 16 ans,
  • jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent leurs études ou, si leur scolarité a été retardée pour des raisons médicales, jusqu'à la fin de l'année au cours de laquelle ils ont 21 ans,
  • jusqu'à 20 ans s'ils sont dans l'impossibilité de travailler par suite d'infirmité ou de maladie chronique ;
– *les ascendants* (parents, grands-parents), les descendants (enfants, petits-enfants), *les collatéraux* (frère/sœur, neveu/nièce, oncle/tante), *les alliés* (beau-frère/belle-sœur, beau-père/belle-mère, neveu, nièce, oncle ou tante par alliance) 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.

*Les ayants droit autonomes* : à partir de l'âge de 16 ans, l'ayant droit peut être, à sa demande, un ayant droit autonome. L'ayant droit autonome bénéficie du remboursement de ses soins à titre personnel, par virement de sa caisse sur son propre compte bancaire ou postal.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 prévoit, avec la protection universelle maladie, *la suppression du statut d'ayant droit majeur*. Toute personne majeure devient un assuré à part entière. Sauf demande contraire, la personne majeure qui a la qualité d'ayant droit au 31 décembre 2015 peut conserver son statut jusqu'au 31 décembre 2019 au plus tard.

### c) Le maintien des droits

Tout bénéficiaire, assuré ou ayant droit, conserve ses droits aux prestations en nature des assurances maladie et maternité pour une durée de 1 an à partir de :

– la cessation d'activité salariée ;
– la perte de la qualité d'ayant droit ;
– la fin ou l'arrêt des études ;
– la fin de l'indemnisation de l'assurance chômage (sans limitation de durée si le demandeur d'emploi est toujours à la recherche d'un emploi et inscrit à Pôle emploi ou s'il est âgé de 55 ans et plus) ;
– la date de libération (en cas d'incarcération).

À l'issue de cette période, la personne bénéficie de la protection universelle maladie (*cf.* chapitre 14).

Gualino.

En cas de décès ou de rupture de la vie commune, le maintien des droits en faveur des ayants droit est prolongé jusqu'à ce que le dernier enfant ait atteint l'âge de 3 ans.

Toute personne qui a eu au moins 3 enfants à sa charge bénéficie sans limitation de durée de l'assurance maladie et maternité (en qualité d'assuré pour les ayants droit).

## ■ *Les modalités de la prise en charge des dépenses médicales*

### a) La carte Vitale

La carte Vitale est la ***carte d'assuré social attestant du rattachement de l'assuré à un organisme d'assurance maladie***. Elle est délivrée vie par le régime dont relève l'assuré. C'est une carte électronique nominative et inter-régime, adressée à toute personne de plus de 16 ans (12 ans à la demande des parents). La carte Vitale contient la biométrie, c'est-à-dire la photo de l'assuré, ainsi que les renseignements administratifs nécessaires au remboursement des soins. Elle doit être mise à jour chaque année, auprès des CPAM ou sur une des bornes de mise à jour Vitale, afin d'actualiser les informations qu'elle contient.

***La carte européenne d'assurance maladie*** atteste des droits à l'assurance maladie et permet, lors d'un séjour temporaire en Europe, de bénéficier de la prise en charge des soins médicalement nécessaires, quel que soit le motif du déplacement (vacances, études, détachement professionnel…) et sous réserve de respecter les formalités en vigueur dans le pays de séjour. Chaque personne de la famille doit avoir sa propre carte, y compris les enfants de moins de 16 ans. Elle est valable un an et délivrée gratuitement sur demande.

### b) Les modalités du remboursement

*1) La justification des frais*

L'assuré doit, pour se faire rembourser, fournir à sa caisse primaire la feuille de soins (papier ou électronique) délivrée par le médecin, accompagnée, si nécessaire, de l'ordonnance rédigée par le médecin prescripteur. La feuille de soins indique la nature de l'acte thérapeutique et le montant des honoraires du médecin.

*2) L'entente préalable*

Certains traitements, pour être remboursés (ex. : traitements d'orthopédie dento-faciale, séances de kinésithérapie...), impliquent d'obtenir de la caisse primaire un accord préalable. La demande d'entente préalable est faite par l'assuré à l'aide d'un imprimé spécial, fourni, rempli et signé par le praticien devant accomplir l'acte. La caisse primaire dispose d'un délai de réponse de 15 jours à compter de la réception de la demande. Le défaut de réponse dans le délai équivaut à un accord.

Gualino.

*3) Les tarifs de responsabilité*

Les tarifs de responsabilité (également appelés tarifs opposables ou tarifs conventionnels) constituent les limites de remboursement de la Sécurité sociale concernant les dépenses médicales. Ces tarifs sont fixés :

– ***soit par convention*** (ex. : médecins conventionnés) : des conventions sont passées entre l'UNCAM et les organisations syndicales de médecins avec un double objectif : la fixation des honoraires médicaux et la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé en fixant pour l'année un taux d'évolution prévisible des dépenses médicales ;

– ***soit par arrêté ministériel*** (ex. : optique).

*4) Le paiement des prestations*

Les prestations sont, en principe, payées à l'assuré ou à l'ayant droit autonome par virement bancaire dans les 5 jours environ en cas d'utilisation de la carte Vitale auprès du professionnel de santé (médecin généraliste ou spécialiste, chirurgien-dentiste, pharmacien, infirmière…).

L'assuré ou l'ayant droit autonome peut avoir le suivi de ses remboursements directement sur le site *www.ameli.fr* de l'assurance maladie.

*5) Le tiers payant*

Le tiers payant dispense de faire l'avance des frais de santé ; l'assuré ne règle que la partie des frais non remboursée par la Sécurité sociale, celle-ci de son côté règle directement les frais à sa charge aux médecin, pharmacien et établissement de soins concernés. Il se pratique en cas d'hospitalisation ou auprès des pharmaciens. Les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS bénéficent du tiers payant intégral (y compris auprès des médecins). Il sera généralisé pour tous les assurés en 2017.

## c) Le médecin traitant

Le médecin traitant soigne son patient et le suit tout au long de ses soins. Il tient à jour son dossier médical : résultats d'examens, diagnostics, traitements… Si nécessaire, il l'oriente vers un spécialiste ou un service hospitalier. Il recueille les informations et les résultats, et coordonne son suivi médical.

*1) Le choix du médecin traitant*

L'assuré choisit librement son médecin traitant, en accord avec celui-ci, qui peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste exerçant en cabinet, à l'hôpital ou dans un centre de santé. Une fois que l'assuré a choisi son médecin traitant, il remplit et signe avec lui le formulaire de « *déclaration de choix du médecin traitant* » puis l'adresse à sa caisse d'assurance maladie. L'assuré peut librement changer de médecin traitant s'il le souhaite.

Gualino.

À partir de 16 ans, l'enfant choisit son médecin traitant en accord avec au moins un de ses parents (ou avec le titulaire de l'autorité parentale).

L'assuré demeure libre de choisir ou non un médecin traitant. Si l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant, il est moins remboursé. Le niveau de prise en charge est défini par le conseil de l'UNCAM.

*2) La consultation du médecin traitant*

L'assuré doit consulter son médecin traitant pour son suivi médical habituel. Pour tous les actes médicaux réalisés ou recommandés par le médecin traitant, le taux actuel de remboursement est maintenu.

Dans certains cas, sa consultation n'est pas nécessaire ou simplement impossible :

– consultation, pour des actes précis, d'un ophtalmologiste, d'un gynécologue, d'un psychiatre, d'un neuropsychiatre ou d'un dentiste ;
– absence du médecin traitant ; dans ce cas, l'assuré peut consulter son remplaçant ;
– vacances ou déplacement de l'assuré ;
– urgence (aussi bien à l'hôpital qu'auprès d'un médecin de permanence) ;
– maladie chronique, l'assuré peut accéder directement à son médecin spécialiste si son suivi ou le traitement le prévoit ;
– enfants de moins de 16 ans, les parents peuvent les emmener directement chez le pédiatre, chez un médecin généraliste ou chez un médecin spécialiste.

Dans tous ces cas, le taux actuel de remboursement est maintenu.

*3) Le parcours de soins coordonnés (PSC)*

Le médecin traitant assure les soins courants du patient. Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, il peut orienter le patient vers un autre praticien, désigné également par le terme de médecin correspondant.

Deux situations peuvent se présenter :

– ***le suivi régulier*** : le médecin traitant peut orienter son patient vers un autre médecin pour des soins réguliers ;
– ***l'avis ponctuel*** : le médecin traitant peut orienter son patient vers un spécialiste pour un avis ponctuel.

L'assuré demeure libre d'accéder à un médecin spécialiste en dehors de l'orientation par son médecin traitant. Dans ce cas, il est moins remboursé et le médecin spécialiste peut pratiquer un dépassement d'honoraires. Le niveau de prise en charge est défini par le conseil de l'UNCAM.

Gualino.

### d) Le dossier médical partagé (DMP)

*Le dossier médical partagé (DMP) est créé par l'assuré lui-même*, en lien si besoin avec son médecin traitant, à partir de son compte Ameli, l'espace personnel dont il dispose sur le site de l'assurance maladie. Il est alimenté automatiquement avec les données de remboursements de soins des 12 drniers mois. Il doit aussi contenir les comptes rendus d'hospitalisation, les résultats biologiques, les radiographies, les courriers entre médecins spécialistes et médecin traitant… L'assuré peut donner l'autorisation aux professionnels de santé auxquels il a recours d'accéder à son DMP pour le consulter et le compléter.

Le DMP sera testé dans 8 départements pilotes d'ici fin juin 2016 avant un démploiement sur l'ensemble du territoire d'ici fin 2017.

L'ouverture du DMP par l'assuré n'a pas un caractère obligatoire.

## ■ *La prise en charge des dépenses médicales*

### a) La participation de l'assuré aux dépenses médicales

*1) Le ticket modérateur*

***Le ticket modérateur est la partie des dépenses restant à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale***, avant déduction des participations, franchises médicales ou forfait hospitalier à la charge de l'assuré. Son montant varie selon la nature des prestations, de l'acte ou du traitement dispensé et du respect ou non du parcours de soins coordonnés.

Il peut être pris en charge partiellement ou totalement par les organismes complémentaires.

Dans certains cas, la participation de l'assuré peut être supprimée soit en raison de la nature de sa maladie, soit en considération de sa situation personnelle. Il est alors pris en charge à 100 % mais sur la base des tarifs conventionnels.

*2) La participation forfaitaire de 1 euro*

***La participation forfaitaire de 1 € s'applique sur toute consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste, sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale***. Elle ne s'applique pas aux consultations, actes ou soins réalisés par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes), aux actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation d'une ou plusieurs journées… ***Elle ne peut être prise en charge par les organismes complémentaires***.

Elle est déduite directement du montant des remboursements. Dans le cas du tiers payant, elle est récupérée par la caisse primaire auprès de l'assuré sur les prestations à venir.

Gualino.

Le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire des soins au cours d'une année civile est fixé à 50.

Les mineurs, les femmes enceintes et les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS en sont exonérés.

*3) La participation forfaitaire de 18 euros*

***La participation forfaitaire de 18 € s'applique sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60***. Elle est réglée directement au professionnel de santé ou à l'établissement de santé. ***Elle peut être prise en charge par les organismes complémentaires***.

La participation forfaitaire ne s'applique pas pour certains types d'actes (radiographie, imagerie par résonance magnétique, scanographie...) et pour certains frais (frais de transport d'urgence en cas d'une hospitalisation, frais d'hospitalisation à partir du 31e jour consécutif, prothèses dentaires…).

Les personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100 % en raison de leur situation ou de leur état de santé ou de la CMU-C en sont exonérées.

*4) Les franchises médicales*

***Les franchises médicales s'appliquent sur les boîtes de médicaments*** (à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation), ***les actes paramédicaux*** (infirmier, masseur-kinésithérapeute… à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation) et ***les transports sanitaires*** (à l'exception des transports d'urgence). ***Elles ne peuvent être prises en charge par les organismes complémentaires***.

En cas de dispense d'avance des frais, la franchise est soit versée directement par l'assuré à l'assurance maladie, soit récupérée sur les prestations de toute nature à venir.

Le montant des franchises est de :

– ***0,50 € par boîte de médicaments et par acte paramédical*** ;

– ***2 € par transport sanitaire***.

La franchise est due dans la limite globale d'un plafond fixée à 50 € par personne et par an.

Les mineurs, les femmes enceintes et les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS en sont exonérés.

*5) Le forfait hospitalier*

***Le forfait hospitalier consiste en une participation aux frais d'hébergement et d'entretien pour toute hospitalisation de plus d'une journée***. Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé, y compris le jour de sortie. Il est réglé directement à l'établissement de santé. ***Il peut être pris en charge par les organismes complémentaires***.

Gualino.

Son montant, fixé par arrêté ministériel, est de :

– ***18 € par jour*** à l'hôpital ou en clinique ;

– ***13,50 € par jour*** dans un service de psychiatrie d'un établissement de santé.

Certaines personnes en sont exonérées : les femmes enceintes, les victimes d'un AT ou d'une MP, les bénéficiaires de la CMU-C…

### b) La prise en charge des honoraires médicaux

*1) Les différentes catégories de praticiens*

Il existe 2 catégories de médecins :

– ***les médecins conventionnés*** : 2 secteurs tarifaires :

- *secteur 1* : médecin s'engageant à appliquer les tarifs conventionnels. Il n'est pas autorisé à les dépasser sauf exceptionnellement pour exigence particulière du patient,
- *secteur 2* : médecin pratiquant des honoraires libres. Le dépassement n'est pas pris en charge par l'assurance maladie qui ne rembourse que la part correspondant au tarif conventionnel ;

– ***les médecins non conventionnés*** : médecin libéral exerçant en dehors du champ conventionnel. Il fixe librement ses honoraires.

Le médecin doit indiquer sur sa plaque son secteur d'appartenance conventionnelle.

*2) Le taux de remboursement*

Le taux de remboursement dépend du choix du médecin, conventionné ou non, et du respect ou non du parcours de soins coordonnés :

– ***médecins conventionnés*** :

- *dans le cadre du parcours de soins coordonnés* : 70 % du tarif conventionnel,
- *hors du parcours de soins coordonnés* : 30 % du tarif conventionnel ;

– ***médecins non conventionnés*** : le remboursement s'effectue sur la base d'un tarif d'autorité fixé par arrêté, soit 1 € pour une consultation.

### c) La prise en charge des médicaments

*1) Les médicaments*

***Un médicament est une substance ou composition possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies***. Il doit avoir été prescrit par un médecin ou un chirurgien-

Gualino.

dentiste (sous certaines conditions, par une sage-femme) et figurer sur la liste des spécialités remboursables, fixée par arrêté ministériel.

Les médicaments sont classés en 3 catégories d'après ***le service médical rendu (SMR)*** :

– les médicaments dits à SMR majeur ou important ;

– les médicaments dits à SMR modéré ou faible ;

– les médicaments dits à SMR insuffisant.

Ce classement a des conséquences sur le remboursement ou non du médicament : les 2 premières catégories ouvrent droit à remboursement, la 3e non.

*2) Les médicaments génériques*

Un laboratoire qui découvre un médicament en garde l'exclusivité pendant plusieurs années. Passé ce délai, les autres laboratoires peuvent fabriquer ce médicament avec la même molécule ; il est alors appelé médicament générique. Il est identique à l'original et soigne de façon analogue.

Le pharmacien doit délivrer le médicament générique, s'il existe, à la place du médicament inscrit sur l'ordonnance du médecin – ***droit de substitution*** – sauf si le médecin a porté la mention manuscrite « *non substituable* » avant la dénomination du médicament prescrit. En l'absence de cette mention, si le patient refuse le médicament générique, il doit faire l'avance des frais.

*3) Le taux de remboursement*

Le taux de remboursement est fixé en fonction de l'intérêt thérapeutique du médicament ou du service médical rendu :

– ***100 %***: médicaments irremplaçables pour affections graves et invalidantes ;

– ***65 %*** : médicaments ayant un SMR majeur ou important ;

– ***30 %*** : médicaments ayant un SMR modéré ;

– ***15 %*** : médicaments ayant un SMR faible ;

– ***0 %*** : médicaments ayant un SMR insuffisant.

Le taux de remboursement s'applique soit sur la base du prix limite de vente fixé réglementairement, soit sur la base d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) destiné à prendre en charge, sur la base d'un tarif unique, des produits équivalents en termes d'efficacité (médicaments génériques et médicaments de marque). Le TFR est déterminé à partir du prix des génériques les moins chers.

Depuis la suppression de la vignette pharmaceutique (vignette blanche, bleue ou orange) qui renseignait sur le prix et les conditions de prise en charge du médicament, le pharmacien remet au patient muni d'une prescription médicale une facture détaillée – ***le ticket Vital*** – imprimé sur le

Gualino.

verso de l'original de l'ordonnance. Le ticket Vital donne le prix, le taux de prise en charge et, le cas échéant, le tarif forfaitaire de responsabilité pour chaque médicament remboursable délivré.

### d) La prise en charge de l'hospitalisation

*1) La démarche à suivre lors d'une hospitalisation*

Le patient doit présenter lors de son admission à l'hôpital ou en clinique :

– la carte Vitale ou l'attestation de droits ;

– la carte ou l'attestation de complémentaire santé ou bien l'attestation des droits à la CMU ;

– la lettre du médecin traitant ;

– les documents médicaux qui peuvent s'avérer nécessaires (carte de groupe sanguin, carnet de vaccination ou de santé, résultats d'analyse ou d'examens, radios…).

Le service des admissions remet un bulletin de situation au patient qui doit l'envoyer dans les plus brefs délais à sa caisse primaire.

*2) Le taux de remboursement*

Le taux de remboursement est fonction du lieu d'hospitalisation :

– ***hôpital public ou clinique conventionnée*** : ***80 % du tarif de Sécurité sociale***. Les frais d'hospitalisation sont directement pris en charge par la caisse primaire, l'assuré garde à sa charge 20 % des frais d'hospitalisation, le forfait hospitalier, les suppléments pour confort particulier et les dépassements d'honoraires des médecins ;

– ***clinique privée non conventionnée*** : les frais d'hospitalisation sont directement réglés par l'assuré, la caisse primaire lui remboursant 80 % du tarif de Sécurité sociale.

***Les frais d'hospitalisation sont pris en charge à 100 %*** du tarif de Sécurité sociale dans les cas suivants :

– hospitalisation qui dure plus de 30 jours consécutifs, à partir du 31e jour d'hospitalisation ;

– hospitalisation de la femme enceinte ou d'un bébé âgé de moins de 30 jours ;

– hospitalisation en raison d'un AT ou d'une MP, d'une affection de longue durée ou de sévices sexuels subis par un mineur ;

– titulaire d'une rente accident du travail pour incapacité d'au moins 66 %, d'une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou de veuve invalide, d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, ou d'une pension militaire ;

– assuré bénéficiaire de l'aide médicale de l'État.

Gualino.

## e) Les autres prises en charge

| | |
|---|---|
| **Vaccination** | |
| Conditions à remplir | Sur prescription médicale et figurer dans la liste des vaccins pris en charge.<br>Le vaccin doit être un vaccin simple (ex. : coqueluche, diphtérie, grippe, hépatite B, oreillons, tétanos…) ou un vaccin associé (association de plusieurs vaccins simples). |
| Taux de remboursement | 65 % sur la base du prix indiqué sur la vignette.<br>Le vaccin Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) est pris en charge à 100 % pour les enfants âgés de 12 mois à 17 ans inclus.<br>Le vaccin anti-grippal est pris en charge à 100 % à partir de 65 ans ou pour la personne atteinte de certaines affections (diabète, insuffisance respiratoire chronique grave…). |
| **Analyses et examens de laboratoire** | |
| Conditions à remplir | Sur prescription médicale.<br>Être inscrit à la nomenclature des actes de biologie. |
| Taux de remboursement | 60 % ou 70 % du tarif conventionnel selon l'acte (100 % pour le dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C). |
| **Optique** | |
| Conditions à remplir | Sur prescription médicale.<br>Renouvellement à l'identique des verres : possibilité de se rendre directement chez l'opticien si la prescription médicale date de moins de 3 ans. |
| Taux de remboursement | *Avant 18 ans* : sans limitation annuelle d'attribution avant 6 ans ; dans la limite d'une paire de lunettes (verres et monture) par an entre 6 et 18 ans :<br>– monture : 60 % sur la base d'un tarif fixé à 30,49 € ;<br>– verres : 60 % sur la base de tarifs variant en fonction du degré de correction.<br>*À partir de 18 ans* : sans limitation annuelle d'attribution :<br>– monture : 60 % sur la base d'un tarif fixé à 2,84 € ;<br>– verres : 60 % sur la base de tarifs variant en fonction du degré de correction ;<br>– lentilles de contact : 60 % sur la base d'un forfait annuel fixé à 39,48 € pour certaines indications médicales (astigmatisme irrégulier, myopie ≥ à 8 dioptries…). |
| **Prothèses dentaires** | |
| Conditions à remplir | Sur prescription médicale.<br>Appareils inscrits sur la Liste des produits et prestations (LPP). |
| Taux de remboursement | 70 % du tarif de responsabilité : détartrage : 28,92 €, couronne : 107,50 €, appareil dentaire (1 à 3 dents) : 64,50 €, appareil dentaire (14 dents) : 182,50 €…<br>Le traitement d'orthodontie est pris en charge s'il est commencé avant 16 ans. |

Gualino.

| Prothèses auditives | |
|---|---|
| Conditions à remplir | Sur prescription médicale.<br>Appareils inscrits sur la Liste des produits et prestations (LPP). |
| Taux de remboursement | *Avant 20 ans* : 60 % sur la base d'un tarif de responsabilité variant selon le type d'appareil (de 900 € à 1 400 €).<br>*À partir de 20 ans* : 60 % sur la base d'un tarif forfaitaire fixé à 199,71 €.<br>L'entretien des prothèses (piles, réparation) est pris en charge à 60 % sur la base d'une allocation forfaitaire annuelle fixée à 36,59 €. |
| **Appareillage** | |
| Conditions à remplir | Sur prescription médicale et accord préalable obligatoire de la caisse primaire.<br>Appareils inscrits sur la Liste des produits et prestations (LPP).<br>La LPP établit la liste des produits et des prestations remboursables par l'Assurance maladie (matériels de traitement et de maintien à domicile, appareillage orthopédique, dispositifs médicaux et produits implantables...), leurs références ainsi que les tarifs, dits tarifs de responsabilité, servant de base au remboursement. |
| Taux de remboursement | 60 % du tarif de responsabilité (100 % pour grand appareillage : orthèse, véhicule pour handicapé physique). La prise en charge comprend les frais d'acquisition (dans la limite du tarif de responsabilité), les frais de réparation, d'entretien et de renouvellement. |
| **Cures** | |
| Conditions à remplir | Sur prescription médicale et accord préalable obligatoire de la caisse primaire. |
| Taux de remboursement | Forfait de surveillance médicale : 70 % du tarif conventionnel.<br>Forfait thermal (soins et traitements de la cure) : 65 % du tarif conventionnel.<br>Frais de transport (65 % sur la base du billet SNCF 2e classe) et frais d'hébergement (65 % sur la base d'un forfait). |
| **Frais de transport** | |
| Conditions à remplir | Sur prescription médicale attestant que l'état du malade justifie l'usage du moyen de transport prescrit (ambulance si justification d'un transport allongé ou d'une surveillance constante, taxi, transport en commun, véhicule personnel…). |
| Taux de remboursement | 100 % si la prescription précise que le transport est en rapport avec la maladie (radiothérapie, chimiothérapie, dialyse…).<br>Voiture : 65 % sur la base du tarif des indemnités kilométriques en vigueur.<br>Transport en commun : 65 % sur la base du prix d'un ticket de métro, de RER… ou d'un billet de 2e classe pour le train.<br>Personne accompagnante : remboursement si trajet en transport en commun et si l'état du malade ou son âge (– 16 ans) nécessite la présence d'un tiers. |

Gualino.

Les victimes d'actes de terrorisme bénéficient pendant un an de l'exonération de toute participation (ticket modérateur, franchises médicales, participations forfaitaires de 1 € et de 18 €, forfait journalier hospitalier) et de l'assouplissement des conditions et formalités pour l'attribution des indemnités journalières maladie et AT-MP. Les dépenses supplémentaires sont remboursées à l'assurance maladie par l'État.

## 2 Les prestations en espèces

Les prestations en espèces sont ***destinées à compenser la perte de salaire provoquée par la maladie ou l'accident*** – non professionnel – constatée par un médecin.

Les prestations en espèces sont constituées par des ***indemnités journalières (IJ)*** versées durant l'arrêt de travail prescrit par le médecin.

Le bénéficiaire de ces prestations est l'assuré.

### ■ *L'ouverture des droits aux prestations en espèces*

Les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces varient selon la situation de l'assuré.

| Situation de l'assuré | Conditions à remplir par l'assuré pour l'ouverture des droits aux prestations en espèces |
|---|---|
| Salarié | Droits ouverts appréciés au jour de l'interruption de travail et variables selon que l'arrêt de travail est inférieur ou supérieur à 6 mois :<br>– *pour un arrêt de travail ne dépassant pas 6 mois* :<br>• soit avoir cotisé sur au moins 1 015 fois le SMIC horaire au cours des 6 mois civils précédant l'interruption de travail,<br>• soit avoir travaillé au moins 200 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'interruption de travail ;<br>– *au-delà du 6e mois d'arrêt de travail : 2 conditions* :<br>• d'une part, être immatriculé depuis au moins 12 mois à la date d'interruption du travail,<br>• d'autre part, avoir :<br>– soit cotisé, pendant les 12 mois civils précédant l'arrêt de travail, sur au moins 2 030 fois le SMIC horaire dont 1 015 fois au moins au cours des 6 premiers mois,<br>– soit travaillé au moins 800 heures au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'interruption de travail, dont 200 heures pendant les 3 premiers mois. |
| Allocataire de Pôle emploi | Droits ouverts pendant toute la durée du versement de l'allocation chômage et durant les 12 mois suivant cette période (sauf si le bénéficiaire devient retraité). |
| Maintien des droits | Tout bénéficiaire conserve ses droits aux prestations en espèces des assurances maladie et maternité et aux prestations des assurances invalidité et décès pour une durée de 1 an à partir du jour où il cesse de remplir les conditions. |

Gualino.

## ■ *L'arrêt de travail*

### a) Les formalités à remplir par l'assuré

L'assuré qui se trouve dans l'obligation d'interrompre son travail en raison d'une incapacité physique médicalement constatée doit faire l'objet d'une prescription d'arrêt de travail.

L'assuré doit :

– ***aviser sa caisse primaire et son employeur*** (ou Pôle emploi s'il est indemnisé) ***dans les 48 heures suivant la date d'interruption du travail***. À cet effet, il transmet l'avis médical d'arrêt de travail, après avoir complété les rubriques le concernant :

  • les volets 1 et 2 au service médical de sa caisse primaire (le volet 1 comportant le motif de l'arrêt est conservé par le service médical, le volet 2 est transmis aux services administratifs),

  • le volet 3 à son employeur (ou à Pôle emploi s'il est indemnisé).

  Tout retard apporté à produire l'avis médical d'arrêt de travail peut entraîner une réduction de 50 % du montant des indemnités journalières concernant la période écoulée entre la date de prescription de l'arrêt et la date d'envoi ;

– ***faire parvenir à sa caisse primaire l'attestation de salaire établie par son employeur*** précisant la période pendant laquelle il a effectivement interrompu son travail. L'employeur peut directement adresser l'attestation de salaire à la caisse primaire ou la remplir en ligne.

L'assuré doit procéder de la même façon en cas de prolongation de l'arrêt de travail initial. Cette prolongation doit, en principe, être décidée par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant, sous peine de faire perdre au salarié son droit à indemnisation. Cependant l'indemnisation perdure si la prolongation d'arrêt de travail est prescrite :

– à l'occasion d'une hospitalisation ;

– par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ;

– par le médecin remplaçant le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin remplaçant le médecin traitant.

### b) Le contrôle médical

L'assuré en arrêt de travail peut faire l'objet de contrôles pour vérifier sa présence à son domicile ou être convoqué par le médecin-conseil de la caisse primaire en vue d'un contrôle médical.

L'assuré malade doit respecter les obligations suivantes :

– ***respecter les heures de présence à domicile*** si son état autorise des sorties (9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures), sauf en cas de sorties libres ;

Gualino.

– *ne se livrer à aucune activité, rémunérée ou non* ;

– *ne pas quitter la circonscription de sa caisse primaire sans autorisation préalable de celle-ci* ;

– *en cas de reprise anticipée de l'activité, en informer la caisse primaire dans les 24 heures ;*

– *se rendre aux convocations éventuellement adressées par le service du contrôle médical*.

En cas d'inobservation volontaire de ces obligations ou si le médecin-conseil considère que l'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifié, les indemnités journalières de Sécurité sociale peuvent être réduites ou supprimées.

### c) L'arrêt de travail de plus de 3 mois

Au cours de toute interruption de travail dépassant 3 mois, le médecin-conseil, en liaison avec le médecin traitant, peut solliciter le médecin du travail pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix.

## ■ *Les indemnités journalières (IJ)*

### a) La durée d'attribution

Les indemnités journalières sont dues *pour chaque jour d'interruption de travail qu'il soit ouvrable ou non*.

La *durée maximale de versement* est variable :

– *affections ou maladies ordinaires* : pas plus de 360 indemnités journalières sur une période de 3 années consécutives ;

– *affections chroniques ou maladies de longue durée* : pendant une période de 3 ans calculée de date à date. Le délai recommence à courir si l'assuré a repris son travail depuis au moins un an de façon continue.

### b) Le délai de carence

Les indemnités journalières sont versées *à compter du 4e jour d'arrêt de travail*, c'est-à-dire à l'expiration d'un *délai de carence de 3 jours*.

Le délai de carence s'applique à chaque arrêt de travail, sauf :

– prolongation de l'arrêt de travail initial ;

– reprise d'activité entre 2 arrêts de travail n'ayant pas dépassé 48 heures ;

– arrêts de travail successifs dues à une affection de longue durée.

Gualino.

### c) Le montant de l'indemnité journalière

***Le salaire journalier de base*** servant au calcul de l'indemnité journalière est égale à ***1/91,25e du salaire de référence***. Le salaire de référence est calculé à partir du salaire servant de base au calcul de la cotisation due pour le risque maladie, dans la limite de 1,8 SMIC, des 3 mois précédant l'arrêt de travail ou des 3 mois précédant la rupture du contrat de travail pour l'assuré indemnisé par Pôle emploi (intérimaire ou saisonnier, moyenne des salaires des 12 mois précédant l'arrêt).

***Le montant de l'indemnité journalière*** est égal à ***50 % du salaire journalier de base***. Elle est majorée à compter du 31e jour d'arrêt de travail continu si l'assuré a 3 enfants à charge. Son montant est alors égal à 66,66 % du salaire journalier de base. L'indemnité journalière ne peut dépasser les limites suivantes :

– ***montant maximal de l'indemnité journalière*** : 1/730e x 1,8 SMIC x 12 ;

– ***montant maximal de l'indemnité journalière majorée*** : 1/547,5e x 1,8 SMIC x 12.

Les indemnités journalières sont versées tous les 14 jours. Elles peuvent être revalorisées lorsque l'arrêt de travail se prolonge au-delà de 3 mois.

Les indemnités journalières sont soumises à l'impôt sur le revenu, sauf si elles concernent une affection de longue durée, à la CSG et à la CRDS.

## ■ *L'indemnité complémentaire versée par l'employeur*

Le salarié a ***droit à des indemnités complémentaires*** versées par l'employeur s'il remplit les conditions suivantes :

– justifier d'un an d'ancienneté dans l'entreprise au premier jour de l'absence ;

– avoir justifié de son incapacité par un certificat médical dans les 48 heures ;

– être pris en charge par la Sécurité sociale ;

– être soigné en France ou dans l'un des pays de l'Union européenne ;

– se soumettre, éventuellement, à une contre-visite médicale.

L'indemnité complémentaire est versée à partir du 8e jour de l'arrêt (délai de carence de 7 jours calendaires). Elle est calculée selon les modalités suivantes :

– ***pendant les 30 premiers jours*** : 90 % de la rémunération brute que le salarié aurait perçue s'il avait continué à travailler ;

– ***pendant les 30 jours suivants*** : 2/3 de cette même rémunération.

Les durées d'indemnisation sont augmentées de 10 jours par période entière de 5 ans d'ancienneté au-delà de l'année d'ancienneté exigée au départ sans que chacune d'elle puisse dépasser 90 jours.

Gualino.

L'employeur déduit du montant de l'indemnité complémentaire l'indemnité journalière versée par la Sécurité sociale ainsi que les prestations complémentaires versées par un régime de prévoyance pour la seule part correspondant au financement de l'employeur.

En cas d'arrêts successifs, la durée d'indemnisation est limitée, au cours d'une période de 12 mois consécutifs, à la durée d'indemnisation acquise, par le salarié, au titre de l'ancienneté. Le changement d'année civile n'ouvre donc pas droit à une nouvelle période d'indemnisation.

L'employeur peut décider de soumettre le salarié absent pour maladie à une contre-visite médicale, par un médecin de son choix, en contrepartie de son obligation de maintenir tout ou partie de sa rémunération pendant son arrêt de travail. La contre-visite doit avoir lieu pendant les heures où le salarié doit être présent à son domicile sans que le médecin contrôleur soit tenu d'informer ce dernier de son passage.

Si le salarié est absent (sauf cas d'absence légitime) ou refuse de recevoir le médecin contrôleur, l'employeur a le droit de supprimer le versement des indemnités complémentaires.

Si le médecin contrôleur conclut à l'aptitude du salarié à reprendre son travail avant la date prévue par le médecin traitant du salarié, le refus de ce dernier de se soumettre à cette décision ne constitue pas une faute. Par contre, il perd le droit aux indemnités complémentaires pour la période postérieure au contrôle.

Lorsque le médecin contrôleur a été dans l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré ou lorsqu'il conclut à l'absence de justification de l'arrêt de travail, il transmet un rapport au service du contrôle médical de la caisse primaire de l'assuré. Au vu de ce rapport, le service du contrôle médical doit soit procèder à un nouvel examen de la situation de l'assuré si le rapport a fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, soit demander à la caisse primaire de suspendre les indemnités journalières si le rapport a conclu à l'absence de justification de l'arrêt de travail.

## ■ *Le maintien du salaire par l'employeur*

L'employeur peut maintenir l'intégralité du salaire au salarié en arrêt soit de sa propre initiative, soit en application d'une convention collective. Dans ce cas, il est subrogé dans les droits du salarié aux indemnités journalières. La caisse primaire verse directement à l'employeur les indemnités journalières.

Le maintien du salaire peut être soumis à l'obligation pour le salarié d'accepter de se soumettre à une contre-visite médicale par un médecin choisi par l'employeur (les conséquences de l'absence du salarié lors de la visite du médecin contrôleur, de son refus du contrôle ou de l'avis du médecin contrôleur sur son aptitude à reprendre le travail sont identiques à celles du versement des indemnités complémentaires).

Gualino.

# L'assurance maternité

**Chapitre 6**

*L'assurance maternité comporte des prestations en nature destinées au remboursement des dépenses médicales liées à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ainsi que des prestations en espèces destinées à compenser la perte de salaire consécutive à l'arrêt de travail avant et après la naissance, à l'adoption ou au congé de paternité.*

## 1 Les prestations en nature

Les prestations en nature sont destinées au ***remboursement de l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examen de laboratoire, d'appareillage*** (essentiellement ceinture de grossesse) ***et d'hospitalisation***, qu'ils soient ou non en rapport avec la grossesse, l'accouchement et ses suites.

Les bénéficiaires de ces prestations sont l'assurée ou les ayants droit de l'assuré(e).

### ■ *L'ouverture des droits aux prestations en nature*

Les conditions d'ouverture des droits aux prestations en nature pour l'assurée ou les ayants droit de l'assuré(e) sont les ***mêmes conditions que celles requises pour l'assurance maladie*** ; les droits sont appréciés au début du 9e mois avant la date présumée de l'accouchement ou à la date du début du repos prénatal, soit de l'accouchement s'il survient avant le début du repos prénatal.

### ■ *La déclaration de grossesse*

La femme enceinte doit ***déclarer sa grossesse à sa caisse primaire et à sa caisse d'allocations familiales, dans les 14 premières semaines***, au moyen de l'imprimé « *Premier examen prénatal* » remis par son médecin. La caisse primaire lui adresse un carnet de santé, le « *Guide de surveillance médicale mère et nourrisson* », indispensable pour percevoir les prestations.

© Gualino.

### ■ *La surveillance médicale de la mère et de l'enfant*

La ***femme enceinte*** bénéficie d'une ***protection médicale particulière et obligatoire*** :

– *7 examens prénataux* : le 1er examen avant la fin du 3e mois de grossesse, c'est le plus complet, puis un examen par mois ;

– *1 examen postnatal* : dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement.

Un examen du futur père est effectué si l'examen de la mère ou les antécédents familiaux le justifient.

***L'enfant*** bénéficie, lui aussi, d'une ***protection médicale particulière et obligatoire*** :

– 9 examens au cours de la 1re année, respectivement dans les 8 jours suivant la naissance, avant la fin du premier mois puis au cours des 2e, 3e, 4e, 5e, 6e, 9e et 12e mois de l'enfant ;

– 3 examens au cours de la seconde année de l'enfant au cours des 16e, 20e et 24e mois ;

– 1 examen tous les 6 mois au cours des 4 années suivantes.

### ■ *La prise en charge des dépenses médicales*

***L'assurée ou l'ayant droit de l'assuré(e) bénéficie d'une prise en charge à 100 % du tarif conventionnel de l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examen de laboratoire, d'appareillage et d'hospitalisation***, qu'ils soient ou non en rapport avec la grossesse, l'accouchement et ses suites, ***à partir du premier jour du 6e mois de la grossesse jusqu'à 12 jours après la date réelle de l'accouchement***.

La femme enceinte bénéficie, pendant cette période, de l'exonération du ticket modérateur, des participations forfaitaires de 1 € et de 18 €, des franchises médicales et du forfait hospitalier.

Certains actes, en rapport avec la grossesse, sont pris en charge à 100 % dès la déclaration de grossesse.

Lorsque l'accouchement a lieu avant le début de cette période, l'assurance maternité prend en charge l'ensemble des frais à compter de la date d'accouchement et jusqu'à l'expiration de ladite période.

Dans de nombreux cas, le système du tiers payant s'applique notamment pour tous les frais liés à l'accouchement à l'hôpital ou en clinique conventionnée.

## 2 Les prestations en espèces

Les prestations en espèces ou ***indemnités journalières (IJ)*** sont destinées à compenser la perte de salaire pendant le congé maternité (ou d'adoption) ou le congé de paternité.

Gualino.

Le bénéficiaire de ces prestations est l'assurée en cas de maternité, l'assuré(e) en cas d'adoption ou l'assuré dans le cas du congé de paternité.

## ■ *L'ouverture des droits aux prestations en espèces*

Les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces varient selon la situation de l'assurée.

## ■ *Le congé maternité*

La femme salariée enceinte a droit à un *congé maternité avant et après l'accouchement* (le congé prénatal et le congé postnatal).

| Situation de l'assurée | Conditions à remplir par l'assurée pour l'ouverture des droits aux prestations en espèces |
|---|---|
| Salariée | Droits ouverts appréciés au début du 9e mois avant la date présumée de l'accouchement ou à la date du début du repos prénatal ou à la date de l'arrivée de l'enfant adopté au foyer. Si l'accouchement intervient avant la date prévue, les droits ne sont pas remis en cause.<br>La salariée doit remplir 4 conditions :<br>– avoir travaillé au moins 200 heures au cours des 3 mois précédant ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois précédant (activité ponctuelle ou saisonnière : avoir travaillé au moins 800 heures ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le SMIC horaire, au cours de l'année précédant l'événement) ;<br>– avoir 10 mois d'immatriculation à la date présumée de l'accouchement ;<br>– déclarer sa grossesse et subir les examens obligatoires ;<br>– respecter un arrêt de travail minimal de 8 semaines. |
| Allocataire de Pôle emploi | Droits ouverts si la femme enceinte a bénéficié ou avait bénéficié au cours des 12 derniers mois d'une allocation de Pôle emploi ou si elle a cessé son activité salariée depuis moins de 12 mois. C'est l'activité, avant l'indemnisation chômage, qui détermine les règles d'attribution et le calcul de l'indemnité journalière. |

La femme enceinte n'est pas obligée d'utiliser son droit au congé. Mais l'employeur ne peut en aucun cas l'accepter au travail pendant une période de 8 semaines (2 semaines avant l'accouchement et 6 semaines après).

La femme enceinte qui a déjà au moins 2 enfants à charge ou qui attend des jumeaux peut demander à sa caisse primaire à avancer le début de son congé prénatal de 2 semaines maximum dans le premier cas et de 4 semaines maximum dans le deuxième cas. Dans les deux cas, la durée du congé postnatal est réduit d'autant.

Gualino.

La femme enceinte peut reporter une partie de son congé prénatal (les 3 premières semaines maximum) sur son congé postnatal à condition d'en faire la demande à sa caisse primaire et que son médecin traitant ou sa sage-femme atteste que son état de santé lui permet de prolonger son activité avant la naissance.

En cas d'état pathologique résultant de la grossesse ou de l'accouchement, attesté par un certificat médical, la durée du congé maternité est augmentée dans la limite de :

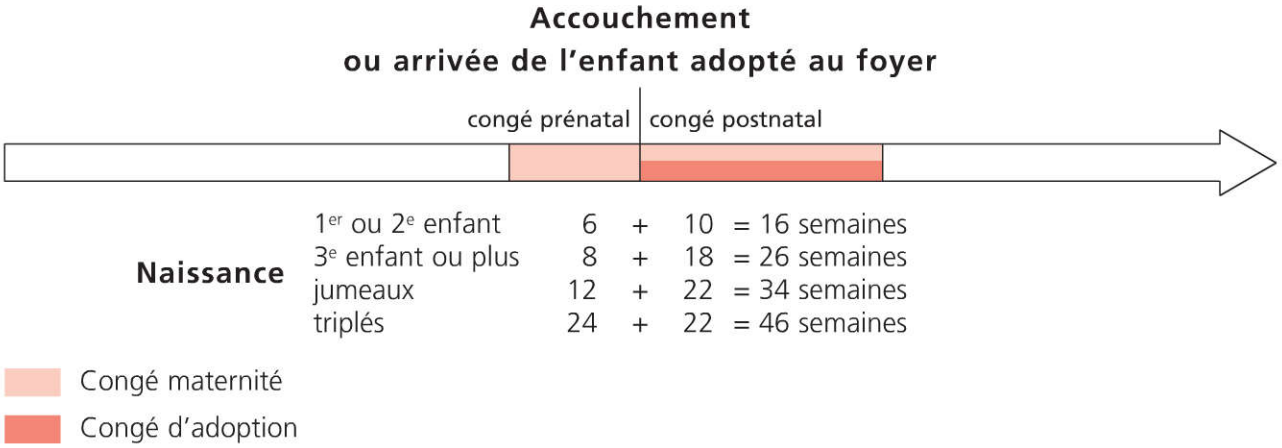
– 2 semaines avant la date présumée de l'accouchement (indemnités journalières de maternité) ;

– 4 semaines après la date de l'accouchement (indemnités journalières de maladie).

Si l'enfant décède, la durée du congé maternité n'est pas remise en cause.

Le droit aux prestations en espèces est maintenu en cas d'état pathologique résultant de la grossesse, d'accouchement prématuré, d'accouchement tardif ou d'hospitalisation de l'enfant au-delà de la 6e semaine suivant l'accouchement.

**Durée du congé maternité ou du congé d'adoption selon le nombre d'enfants**




## ■ *Le congé d'adoption*

Un *congé d'adoption* est *accordé à la mère et/ou au père adoptifs*.

Le droit au congé est ouvert aux salariés :

– à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou une œuvre d'adoption autorisée confie un enfant en vue de son adoption ;

Gualino.

– ou qui adoptent un enfant étranger sous réserve d'avoir reçu un agrément et de justifier que l'enfant a été autorisé à entrer sur le territoire à ce titre.

Le congé d'adoption part du jour où l'enfant adopté arrive au foyer ou dans un délai de 7 jours calendaires avant l'arrivée de l'enfant.

La ***durée*** du congé d'adoption est ***égale à celle du congé postnatal***.

Le congé d'adoption peut être réparti entre les deux parents sous réserve que l'un et l'autre remplissent les conditions d'ouverture de droits pour en bénéficier. En cas de partage du congé entre la mère et le père adoptifs, la durée du congé est augmentée de :

– 11 jours pour une adoption simple (un seul enfant) ;

– 18 jours pour une adoption multiple (plusieurs enfants).

La durée du congé ne peut être fractionnée, entre la mère et le père adoptifs, qu'en 2 périodes dont la plus courte est au moins égale à 11 jours. Ces deux périodes peuvent être simultanées.

## ■ *Le congé paternité et d'accueil de l'enfant*

*Après la naissance de l'enfant, le père salarié ainsi que, le cas échéant, le conjoint salarié de la mère ou la personne salariée liée à elle par un pacte civil de solidarité (PACS) ou vivant maritalement avec elle, bénéficie d'un congé de paternité et d'accueil de l'enfant*.

La durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant est de :

– ***11 jours calendaires*** consécutifs au plus pour la naissance d'un enfant ;

– ***18 jours calendaires*** consécutifs au plus en cas de naissance multiple.

Les jours calendaires incluent les jours habituellement non travaillés, donc y compris les samedis, dimanches et jours fériés.

Le congé paternité n'est pas fractionnable. Il doit être pris dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant. Si le père le souhaite, il peut prendre un congé paternité d'une durée inférieure.

***Les conditions d'ouverture de droits aux indemnités journalières (IJ)*** s'apprécient à la date du début du congé de paternité. L'assuré(e) doit remplir 4 conditions :

– avoir 10 mois d'immatriculation à la date du début du congé de paternité ;

– avoir travaillé au moins 200 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant la date du début du congé de paternité, ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois précédant la date du début du congé de paternité ;

– adresser à la CPAM la justification de la filiation de l'enfant ou de son lien avec la mère de l'enfant ;

– cesser toute activité salariée ou assimilée.

Gualino.

## ■ *Les indemnités journalières (IJ)*

Les indemnités journalières sont dues ***pour chaque jour du congé maternité ou du congé d'adoption ou du congé de paternité et d'accueil de l'enfant qu'il soit ouvrable ou non***. Elles sont ***attribuées sans délai de carence***.

Le ***salaire journalier de base*** est égal à ***1/91,25e du salaire de référence diminué d'un taux de cotisation forfaitaire de 21 %***. Le salaire de référence est calculé à partir des salaires soumis à cotisations, pris en compte dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale, des 3 mois précédant le congé prénatal ou le congé d'adoption ou des 3 mois précédant la rupture du contrat de travail pour l'assurée indemnisée par le Pôle emploi (travail discontinu ou saisonnier : 1/365e du montant plafonné du salaire des 12 mois antérieurs au congé prénatal ou congé d'adoption).

Le ***montant de l'indemnité journalière est égal au salaire journalier de base*** dans les limites suivantes :

– ***indemnité journalière maximum*** : 1/30e du PMSS diminué d'un taux de cotisation forfaitaire de 21 % ;

– ***indemnité journalière minimum*** : 1/365e du montant minimum de la pension d'invalidité.

Les indemnités journalières sont revalorisées dans les mêmes conditions que celles versées par l'assurance maladie.

Si la grossesse s'interrompt ou doit être interrompue, les indemnités journalières sont versées pour la durée du repos observé dans la limite du congé légal de maternité.

Pendant la durée du congé d'adoption, si les deux parents adoptifs sont salariés et remplissent les conditions, les indemnités journalières sont servies au père sans que la mère ait à y renoncer.

Les indemnités journalières sont soumises à l'impôt sur le revenu, à la CSG et à la CRDS.

L'employeur peut maintenir l'intégralité de la rémunération au salarié(e) en congé maternité, en congé d'adoption ou en congé paternité et d'accueil de l'enfant soit de sa propre initiative, soit en application d'une convention collective. Dans ce cas, il est subrogé dans les droits du salarié(e) aux indemnités journalières. La caisse primaire verse directement à l'employeur les indemnités journalières.

## ■ *L'interruption volontaire de grossesse (IVG)*

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est prise en charge à 100 %. Elle doit avoir lieu avant la fin de la 12e semaine de grossesse, soit 14 semaines après le 1er jour des dernières règles.

Les mineures de moins de 15 ans bénéficient de la gratuité et du secret pour les consultations médicales en vue de la prescription d'un contraceptif, pour les examens de biologie réalisés dans ce cadre ainsi que pour la délivrance de contraceptifs.

Gualino.

# L'assurance invalidité

**Chapitre 7**

*L'assurance invalidité a pour objet d'accorder à l'assuré une pension d'invalidité destinée à compenser la perte de salaire résultant de la réduction de sa capacité de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle.*

## 1 La pension d'invalidité

L'assurance invalidité a pour but d'***assurer un revenu de remplacement à un assuré présentant une invalidité*** réduisant au moins des 2/3 sa capacité de travail ou de gain.

Le bénéficiaire de cette prestation est l'assuré.

### ■ *Les conditions d'ouverture des droits pour l'assuré*

Les conditions d'ouverture des droits à la pension d'invalidité sont de 2 ordres :

– ***des conditions médicales*** : la réduction d'au moins 2/3 de sa capacité de travail ou de gain constatée par le médecin-conseil de sa caisse primaire (non consécutive à un accident du travail, une maladie professionnelle, une affection d'origine militaire ou une faute intentionnelle) ;

– ***des conditions administratives*** :

- ne pas avoir atteint l'âge légal de départ à la retraire (*cf.* p. 82),
- avoir été immatriculé depuis au moins 12 mois à la date de l'arrêt de travail suivi d'invalidité, ou à la date de la constatation médicale de l'invalidité,
- justifier des mêmes conditions que celles requises par l'assurance maladie pour un arrêt de plus de 6 mois.

Gualino.

## ■ Les formalités à remplir par l'assuré

L'initiative pour liquider une pension d'invalidité relève soit de la caisse primaire, soit de l'assuré :

– ***la caisse primaire*** : si l'assuré a épuisé ses droits aux prestations de l'assurance maladie, la caisse primaire doit lui faire connaître la date d'expiration de ses droits ainsi que sa décision de procéder à la liquidation d'une pension d'invalidité, si elle estime que son état réduit sa capacité de gain au moins des 2/3 ;

– ***l'assuré*** : si la caisse primaire n'a pas pris l'initiative de liquider la pension d'invalidité de l'assuré, elle doit l'informer du délai qui lui est imparti pour présenter sa demande de mise en invalidité.

La ***décision de la caisse primaire*** doit intervenir, après avis du médecin-conseil du service médical, dans le ***délai de 2 mois*** qui suit :

– soit la date de sa propre notification à l'assuré ;

– soit la date de réception de la demande de l'assuré.

Le défaut de réponse dans le délai vaut décision de rejet. L'assuré dispose en cas de contestation du recours en contentieux général ou du recours en contentieux technique selon la nature du rejet.

## ■ Le montant de la pension d'invalidité

Le salaire moyen de base pour le calcul du montant de la pension est déterminé à partir des salaires des 10 meilleures années d'activité (salaires soumis à cotisations dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale), revalorisées chaque année de la même façon que pour les retraites.

Un pourcentage est appliqué à ce salaire en fonction de la catégorie d'invalidité attribuée à l'assuré.

Le montant de la pension d'invalidité est de :

| Catégories d'invalidité | | Montant de la pension d'invalidité |
|---|---|---|
| 1re catégorie | Invalide capable d'exercer une activité professionnelle rémunérée. | 30 % du salaire annuel moyen |
| 2e catégorie | Invalide incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque. | 50 % du salaire annuel moyen |
| 3e catégorie | Invalide incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. | 50 % du salaire annuel moyen<br>+<br>majoration pour tierce personne<br>40 % de la pension |

Gualino.

Les montants minimum et maximum pour la pension d'invalidité sont fixés, au 1er avril 2015, à :

– montant minimum : 281,66 € ;

– montant maximum : 951 € (1re catégorie) et 1 585 € (2e et 3e catégorie) ;

– montant de la majoration pour tierce personne : 1 103,08 € .

La pension est versée mensuellement. Son montant est revalorisé chaque année au 1er avril.

La pension d'invalidité peut être :

– ***révisée*** en cas d'aggravation de l'état de l'assuré ;

– ***suspendue*** en tout ou en partie en cas de reprise d'une activité professionnelle, salariée ou non salariée, si le montant cumulé de la pension d'invalidité et des salaires ou gains de l'intéressé dépasse, pendant 2 trimestres consécutifs, le salaire trimestriel moyen de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi d'invalidité.

À l'âge légal de départ à la retraite, la pension d'invalidité est remplacée par une pension vieillesse sauf si l'assuré qui continue à exercer une activité professionnelle s'y oppose (dans ce cas, la pension d'invalidité continue à être versée jusqu'à l'âge d'attribution du taux plein). Le montant de la pension vieillesse ne peut être inférieur à celui de la pension d'invalidité.

La pension d'invalidité est soumise à l'impôt sur le revenu, à la CSG et à la CRDS.

## ■ *La protection sociale de l'assuré invalide*

L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité bénéficie du remboursement à 100 % des prestations en nature des assurances maladie et maternité (sauf médicaments à vignette bleue ou orange).

Il est soumis aux participations forfaitaires de 1 € et de 18 € , aux franchises médicales et au forfait hospitalier.

Si l'assuré a repris une activité professionnelle, il peut percevoir des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie ou pour maternité.

Les ayants droit de l'assuré bénéficient de la prise en charge de leurs soins en cas de maladie ou de maternité, aux tarifs de remboursement habituels.

## ■ *Le conjoint survivant de l'assuré invalide*

Le conjoint survivant d'un assuré décédé titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une pension vieillesse au titre de l'inaptitude au travail a droit à une pension d'invalidité de veuf ou de veuve s'il est lui-même atteint d'une invalidité permanente. Son montant est égal à 54 % de la pension principale dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré décédé (*cf.* p. 67).

Gualino.

## 2 L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)

Une allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) peut être versée en complément d'une pension d'invalidité afin de porter les ressources à un montant minimal.

L'ASI est accordée si les ressources du demandeur sont inférieures à un plafond mensuel fixé, au 1er avril 2015, à :

– pour une personne seule : 702,00 € /mois (8 424,05 € /an) ;

– pour un ménage (y compris concubinage) : 1 229,61 € /mois (14 755,32 € /an).

Le montant mensuel de l'ASI est fixé, au 1er avril 2015, à :

– pour un allocataire : 403,76 € ;

– pour deux allocataires : 666,27 € .

Le montant de l'ASI est revalorisé chaque année au 1er avril.

L'ASI est une allocation différentielle. Si le montant des ressources du bénéficiaire additionné au montant maximum de l'ASI dépasse le plafond des ressources fixé pour son obtention, le montant de l'allocation est réduit à hauteur du dépassement.

L'ASI n'est soumise ni à l'impôt sur le revenu, ni à la CSG et ni à la CRDS.

Les sommes versées au titre de l'ASI sont récupérées en partie ou en totalité sur la succession, si son actif net dépasse 39 000 € .

## 3 La carte d'invalidité

L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité classée en 3e catégorie peut bénéficier, sous certaines conditions, d'une carte d'invalidité, attribuée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), en fonction de son handicap.

Elle donne droit, pour son titulaire, à certains avantages et facilite sa vie quotidienne :

– une exonération éventuelle de la redevance télévisuelle ;

– des avantages fiscaux ;

– des réductions de tarifs dans les transports en commun ;

– des places réservées dans les transports en commun ;

– des places de stationnement réservées ;

– des priorité aux guichets dans les organismes publics, si votre carte porte la mention « *station debout pénible* »…

Gualino.

# L'assurance décès

**Chapitre 8**

*L'assurance décès est destinée à garantir aux ayants droit de l'assuré décédé le paiement d'un capital décès leur permettant de faire face aux frais immédiats entraînés par le décès.,*

## 1 Le capital décès

Le capital décès est destiné à ***couvrir partiellement les frais occasionnés par le décès de l'assuré*** (notamment les frais d'obsèques) et à ***compenser durant la période consécutive au décès la perte de ressources que l'assuré procurait à son foyer par l'exercice d'une activité salariée***.

Les bénéficiaires de ces prestations sont les ayants droit de l'assuré décédé.

### ■ *Les conditions à remplir par l'assuré décédé*

L'assuré doit être dans l'une des situations suivantes moins de 3 mois avant son décès :

– exerçer une activité salariée tout en remplissant la condition minimale d'heures de travail ou de cotisations ;

– percevoir une allocation du régime d'assurance chômage ou du régime de solidarité et justifier à la date de cessation d'activité des conditions minimales d'heures de travail ou de cotisations ;

– être titulaire d'une pension d'invalidité ;

– bénéficier d'une rente allouée au titre de la législation accident du travail – maladie professionnelle, correspondant à une incapacité physique permanente d'au moins 66,66 % ;

– être en situation de maintien de droits.

Gualino.

## ■ *Les conditions et les formalités à remplir par les bénéficiaires*

Les conditions à remplir sont différentes selon que les bénéficiaires sont prioritaires ou non.

| | |
|---|---|
| **Bénéficiaires prioritaires** | Personnes étant, au jour du décès, à la charge effective totale et permanente de l'assuré et dont les ressources annuelles sont inférieures à un montant fixé chaque année au 1er janvier, et par ordre de préférence :<br>– le conjoint (même séparé) ou le partenaire d'un PACS ;<br>– les enfants ;<br>– les ascendants ;<br>– toute autre personne à charge.<br>En cas de droit égal de priorité, le capital décès doit être partagé. |
| **Bénéficiaires non prioritaires** | Si aucune des personnes prioritaires n'a fait de demande dans un délai d'un mois qui suit le décès, le capital décès est versé, sans que l'intéressé ait à justifier d'avoir été à la charge de l'assuré, dans l'ordre de préférence suivant :<br>– le conjoint (non séparé) ou le partenaire d'un PACS ;<br>– à défaut, les descendants ;<br>– à défaut, les ascendants.<br>En cas de pluralité de descendants ou d'ascendants, le capital décès est partagé en parts égales. |

La demande de capital décès doit être adressée à la caisse primaire dont dépendait l'assuré sur un formulaire spécial « *Demande de capital décès* » accompagné :

– de l'acte de décès ;

– de pièces justificatives permettant le calcul du montant du capital décès (bulletins de salaire, attestation d'employeur) ;

– d'une fiche d'état civil faisant apparaître le lien de parenté avec le défunt.

## ■ *Le montant du capital décès*

Le capital décès est ***égal à un montant forfaitaire de manière à garantir plus d'équité entre les assurés***. Le montant forfaitaire, déterminé par décret, est fixé par référence au SMIC. Il devrait être fixé à 3 384 €.

Le capital décès n'est soumis ni à l'impôt sur les successions, ni à la CSG et ni à la CRDS.

Gualino.

## 2 Les prestations restant dues à la personne décédée

Les prestations en nature ou en espèces dues qui n'ont pas été versées à la personne décédée de son vivant, sont versées aux héritiers par la caisse primaire dont la personne décédée dépendait au vu de l'acte de décès et d'un certificat d'hérédité (montant des prestations dues ≤ 5 300 €) ou d'un certificat de propriété (montant des prestations dues > 5 300 €).

Lorsque le remboursement ne dépasse pas 2 400 €, il est effectué en faveur de l'héritier qui en fait la demande et se porte fort pour ses cohéritiers.

## 3 La pension d'invalidité de veuf ou de veuve (PIVV)

La pension de veuve ou de veuf invalide (PIVV) est accordée au conjoint survivant de l'assuré défunt à condition qu'il remplisse les conditions suivantes :

– *être âgé de moins de 55 ans* ;

– *être atteint d'une invalidité médicalement reconnue* réduisant d'au moins 2/3 sa capacité de travail ou de gain ;

– *justifier que l'assuré était*, à la date de son décès, soit *bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou de vieillesse*, soit titulaire de droits à une pension d'invalidité ou de vieillesse.

Le montant de la pension varie selon l'âge auquel l'assuré est décédé :

– *assuré décédé avant l'âge légal de départ à la retraite* : 54 % de la pension d'invalidité de 2e catégorie dont l'assuré bénéficiait ou aurait bénéficié ;

– *assuré décédé après l'âge légal de départ à la retraite* : 54 % de la pension de vieillesse dont l'assuré bénéficiait ou aurait bénéficié.

Des montants minimum et maximum sont fixés pour la pension de veuve ou de veuf invalide.

Le montant de la pension est majoré de 10 % si le bénéficiaire a eu au moins 3 enfants.

La pension de veuve ou de veuf invalide peut se cumuler, dans une certaine limite, avec des avantages personnels d'invalidité, de vieillesse ou d'accident du travail, et avec la reprise d'une activité professionnelle.

Le bénéficiaire de la pension peut, s'il n'a pas atteint l'âge légal de départ à la retraite, bénéficier de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) (*cf.* p. 64).

La pension est *attribuée jusqu'à l'âge de 55 ans*, âge où elle est remplacée par la pension de vieillesse de veuve ou de veuf (PVVV) d'un montant égal (*cf.* p.91).

Gualino.

Le versement de la pension prend fin lorsque son bénéficiaire cesse d'être invalide ou se remarie ; cependant, elle peut être rétablie en cas de divorce ou de nouveau veuvage.

La pension est versée mensuellement. Elle est soumise à l'impôt sur le revenu, à la CSG et à la CRDS.

Gualino.

# L'assurance accidents du travail et maladies professionnelles

**Chapitre 9**

*L'assurance accidents du travail et maladies professionnelles s'applique à toute personne titulaire d'un contrat de travail. Elle comporte des prestations en nature pour la réparation des dommages corporels, des prestations en espèces en cas d'incapacité temporaire et une rente en cas d'incapacité permanente.*

## 1 Les bénéficiaires de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles

***Tout salarié ou toute personne travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs*** ou chefs d'entreprise.

Sous réserve de modalités particulières d'application, toute personne qui, bien que n'étant pas à proprement parler sous la subordination d'un employeur, exerce une activité l'exposant à des risques professionnels, notamment :

– le stagiaire de la formation professionnelle continue ;

– l'élève ou l'étudiant pour tout accident survenu au cours d'enseignements dispensés en ateliers, en laboratoires ou à l'occasion de stages effectués dans le cadre de leurs études ou lors des examens comportant des épreuves pratiques ;

– le demandeur d'emploi participant à des actions dispensées ou prescrites par Pôle emploi ;

– le bénévole participant à des organismes à objet social ;

– le détenu exécutant un travail pénal.

***Le droit à prestations est ouvert*** à tout assujetti au régime général ***sans qu'aucune durée d'immatriculation ou d'activité professionnelle antérieure ne soit exigée***.

Gualino.

## 2 L'accident du travail (AT) et l'accident de trajet

### ■ *L'accident du travail (AT)*

L'accident du travail (AT) est un *accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail*, quelle qu'en soit la cause, *à toute personne travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs*.

*Deux conditions* sont requises :

– *un fait accidentel* : fait précis et soudain, au cours ou à l'occasion du travail, à l'origine d'une lésion corporelle et constatée par un médecin ;

– *un fait lié au travail* : survenir sur le lieu et pendant le temps de travail ou, pour un salarié en mission, résulter d'actes inhérents à la vie professionnelle.

Dès lors que ces 2 conditions sont remplies, l'accident a un caractère professionnel et ce quelle qu'en soit la cause.

### ■ *L'accident de trajet*

Est assimilé à un accident du travail *tout accident survenu au salarié pendant le trajet aller-retour entre* :

– le lieu de travail et la résidence principale du salarié ou sa résidence secondaire si elle présente un caractère de stabilité ;

– le lieu de travail et le lieu où le salarié prend habituellement ses repas.

Le trajet commence au-delà des limites de la résidence du salarié et ne doit pas être interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités de la vie courante. Il doit être le plus direct et être parcouru en un temps et à un horaire normal.

### ■ *Les conditions de prise en charge de l'accident du travail*

#### a) Les formalités à accomplir par la victime

Le salarié victime d'un accident du travail ou d'un accident de trajet doit en *informer ou faire informer* – directement ou par lettre recommandée – *l'employeur* (ou son représentant) *dans les 24 heures* qui suivent l'accident (sauf en cas de force majeure).

La victime fait constater ses lésions par un médecin à l'aide de la feuille d'accident.

Gualino.

### b) Les formalités à accomplir par l'employeur

L'employeur doit ***déclarer***, sauf exception, ***tout accident du travail ou de trajet à la caisse primaire dont relève la victime dans un délai de 48 heures*** (non compris dimanches et jours fériés) à partir du moment où il en a été informé. La déclaration d'accident du travail est envoyée par lettre recommandée avec AR (utilisation d'un imprimé spécial) ou saisie en ligne sur le site *www.net-entreprises.fr*. En cas d'arrêt de travail, l'employeur doit adresser à la caisse primaire ou remplir en ligne l'attestation de salaire permettant le calcul des indemnités journalières.

***L'employeur doit***, dès qu'il est informé de l'accident, ***délivrer à la victime une feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle*** portant désignation de la caisse primaire chargée du service des prestations. Cette feuille d'accident permet à la victime de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

Tout accident n'entraînant ni arrêt de travail ni soins médicaux donnant lieu à prise en charge peut, au lieu d'être déclaré à la caisse primaire, être inscrit, dans un délai de 48 heures, sur un registre spécial, « *le registre de déclarations des accidents bénins* ».

### c) Les formalités à accomplir par le médecin

Le médecin consulté par la victime de l'accident est amené à établir :

– ***un certificat médical initial*** dans lequel il décrit la ou les lésions, précise si cet accident donne lieu à un arrêt de travail et indique quelle sera la suite des soins. S'il y a lieu, il établit des certificats de prolongation ;

– ***un certificat médical final*** dans lequel il indique les conséquences définitives de l'accident.

Chaque certificat est établi en double exemplaire (un pour la CPAM et un pour la victime).

### d) L'instruction par la caisse primaire

La caisse primaire dispose d'un ***délai de 30 jours***, à compter de la date à laquelle elle a reçu la déclaration d'accident et le certificat médical initial délivré par le médecin de la victime ***pour instruire le dossier et statuer sur le caractère professionnel de l'accident***.

Pendant ce délai, éventuellement prolongé de 2 mois, la caisse primaire peut procéder à :

– ***un contrôle médical*** auquel le salarié doit se soumettre ;

– ***une expertise médicale*** en cas de désaccord entre le médecin-conseil et le médecin traitant de la victime ;

– ***une autopsie*** : en cas de décès de la victime si la caisse primaire l'estime utile ;

Gualino.

– ***une enquête légale*** si la blessure risque d'entraîner la mort ou une incapacité permanente totale de travail ou lorsque la victime est décédée.

La décision de la caisse primaire doit être motivée et notifiée à la victime. L'absence de réponse dans les délais équivaut à reconnaissance du caractère professionnel de l'accident. En cas de refus de prise en charge, la notification doit indiquer les voies de recours et les délais de recevabilité de la contestation. L'employeur et le médecin traitant sont informés de cette décision.

## 3 Les maladies professionnelles (MP)

### ■ *La maladie professionnelle (MP)*

La maladie professionnelle (MP) est une ***maladie due*** :

– ***à une action lente et prolongée de certains agents nocifs*** avec lesquels le salarié a été en contact pendant le travail ;

– ***à une infection microbienne sur le lieu de travail*** ;

– ***à une ambiance ou une attitude entraînée par le travail***.

Pour être reconnue comme maladie professionnelle, l'affection doit :

– soit être une maladie désignée dans un des tableaux de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ces tableaux. Pour chaque maladie, les tableaux indiquent :
  - la désignation de la maladie ou affections provoquées par la maladie,
  - la liste des travaux susceptibles de les provoquer,
  - le délai de prise en charge : la première constatation médicale doit être faite au plus tard dans le délai fixé pour chaque maladie ou affection à partir de la cession d'exposition aux risques ;

– soit être une maladie non désignée par un des tableaux lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle a entraîné soit son décès, soit une incapacité permanente égale à 25 %.

### ■ *Les conditions de prise en charge de la maladie professionnelle*

#### a) Les formalités à accomplir par le médecin

Si le médecin traitant consulté par le salarié constate que ce dernier est atteint d'une maladie professionnelle, il établit et lui remet un certificat médical, le ***certificat médical initial***, décrivant avec précision la nature et les symptômes de la maladie. Il indique également la durée des soins et, éventuellement, de l'arrêt de travail s'il en prescrit un.

Gualino.

Le certificat médical initial comprend plusieurs volets :

– *les volets 1 et 2 à joindre à la déclaration de maladie professionnelle* que le salarié doit faire auprès de sa caisse primaire ;

– *le volet 3 que le salarié doit conserver* ;

– *le volet 4* « *certificat d'arrêt de travail* » à adresser, par le salarié, à l'employeur (ou à Pôle emploi) en cas d'arrêt de travail.

À l'issue de la période de soins, le médecin traitant établit un *certificat médical final*, indiquant les conséquences de la maladie professionnelle : la guérison ou la consolidation.

En cas de rechute après la guérison ou la consolidation, il établit un certificat médical de rechute.

### b) Les formalités à accomplir par la victime

La victime d'une maladie professionnelle doit en *aviser sa caisse primaire dans les 15 jours qui suivent la cessation du travail*. La date de la première constatation de la maladie est assimilée à la date de l'accident.

La déclaration est faite au moyen du formulaire « *Déclaration de maladie professionnelle* » en y joignant l'attestation de salaire remise par l'employeur ainsi que 2 exemplaires du certificat médical délivré par le médecin traitant.

La caisse primaire remet à la victime d'une maladie professionnelle une *feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle*, son utilisation est la même qu'en cas d'accident du travail.

### c) L'instruction par la caisse primaire

La caisse primaire dispose d'un *délai de 3 mois* à compter de la date à laquelle elle a reçu la déclaration de maladie professionnelle et le certificat médical initial délivré par le médecin de la victime *pour instruire le dossier et pour statuer sur le caractère professionnel de celle-ci*.

Pendant ce délai, éventuellement prolongé de 3 mois, la caisse primaire procède aux constatations nécessaires dans les mêmes conditions que pour un accident du travail.

La décision de la caisse primaire doit être motivée et notifiée à la victime. L'absence de réponse dans les délais équivaut à la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie. En cas de refus de prise en charge, la notification doit indiquer les voies de recours et les délais de recevabilité de la contestation.

Gualino.

## 4 Les prestations en nature

Les prestations en nature sont ***destinées au remboursement de tous les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de prothèses et d'appareillages ainsi que les frais de réadaptation et réinsertion*** relatifs à l'accident du travail, à l'accident de trajet ou à la maladie professionnelle et à ses suites.

Les dépenses prises en charge concernent :

– ***les soins*** : 100 % du tarif conventionnel (jusqu'à guérison ou consolidation et postérieurement pour les soins directement consécutifs à l'accident du travail, à l'accident de trajet ou à la maladie professionnelle) pour les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, les frais d'hospitalisation et les frais de transport. ***L'assuré n'a pas à faire l'avance des frais*** (sauf pour les frais de transport). L'assuré est soumis à la participation forfaitaire de 1 € et aux franchises médicales ;

– ***les prothèses et les appareillages*** : prise en charge sur prescription médicale de toute prothèse ou appareillage nécessaire en raison de son infirmité ;

– ***la réadaptation et la réinsertion*** : prise en charge des frais de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle, si la victime ne peut reprendre son ancien métier sans une nouvelle adaptation ou si elle doit envisager une reconversion.

## 5 Les prestations en espèces

Les prestations en espèces ou ***indemnités journalières (IJ)*** sont ***destinées à compenser la perte de salaire en cas d'interruption de travail*** provoquée par l'accident du travail, l'accident de trajet ou la maladie professionnelle.

Le salaire du jour de l'accident étant dû par l'employeur, les indemnités journalières sont versées ***à partir du lendemain de l'arrêt de travail sans délai de carence***. Elles sont ***dues pour chaque jour d'interruption de travail qu'il soit ouvrable ou non***.

***Le salaire journalier de base*** est égal à ***1/30,42e du salaire de référence diminué d'un taux de cotisation forfaitaire de 21 %*** dans la limite de 0,834 % du plafond annuel de Sécurité sociale. Le salaire de référence est calculé à partir du salaire brut du mois précédant l'arrêt de travail (rappel de salaire, primes et gratifications sont pris en compte pour la fraction afférente au mois).

Le ***montant de l'indemnité journalière*** est égal à :

– ***60 % du salaire journalier de base pendant les 28 premiers jours***,
montant maximum : plafond annuel de Sécurité sociale x 0,834 % x 60 % ;

Gualino.

– *80 % du salaire journalier de base à partir du 29e jour*,
montant maximum : plafond annuel de Sécurité sociale x 0,834 % x 80 %.

***L'indemnité journalière ne peut dépasser le montant du gain journalier net perçu par la victime***. Il se calcule à partir du salaire de référence diminué d'un taux de cotisation forfaitaire de 21 %. Si le montant de l'indemnité journalière est supérieur au gain journalier net, elle est réduite à ce montant.

***En cas de rechute***, la victime bénéficie des mêmes indemnités calculées sur le salaire qu'elle percevait avant l'arrêt de travail.

Les conditions de contrôle des arrêts de travail pour cause d'accident du travail, d'accident de trajet ou de maladie professionnelle sont alignées sur celles prévues en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie.

Les indemnités journalières sont versées tous les 14 jours. Elles sont revalorisées au-delà du 3e mois consécutif d'arrêt de travail.

Les indemnités journalières sont non soumises à l'impôt sur le revenu (à hauteur de 50 % de leur montant), mais assujetties à la CSG et à la CRDS.

***L'indemnité complémentaire versée par l'employeur*** s'applique dans les mêmes conditions que pour la maladie sauf que, dans le cas de l'accident du travail et de la maladie professionnelle, l'indemnisation s'applique à compter du premier jour de l'arrêt de travail.

L'employeur peut maintenir l'intégralité du salaire au salarié en arrêt soit de sa propre initiative, soit en application d'une convention collective. Dans ce cas, il est obligatoirement subrogé dans les droits du salarié aux indemnités journalières. La caisse primaire verse directement à l'employeur les indemnités journalières.

## 6 L'inaptitude du salarié

La victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut accéder, pendant son arrêt de travail, sur sa demande et avec l'accord du médecin traitant, aux actions de formation professionnelle continue. Elle bénéficie alors du maintien de l'indemnité journalière accident du travail.

Le salarié bénéficie d'un examen par le médecin du travail après une absence d'au moins 8 jours pour cause d'accident du travail ou après une absence pour cause de maladie professionnelle.

Cet examen a pour seul objet d'apprécier l'aptitude de l'intéressé à reprendre son ancien emploi, la nécessité d'une adaptation des conditions de travail ou d'une réadaptation du salarié ou

Gualino.

éventuellement de l'une et de l'autre de ces mesures. Cet examen doit avoir lieu lors de la reprise du travail et au plus tard dans un délai de 8 jours.

Si le salarié est déclaré par le médecin du travail inapte à reprendre son emploi, l'employeur est tenu de lui proposer, dans un délai d'un mois au maximum à compter de la date de l'examen de reprise du travail, un autre emploi approprié à ses capacités et aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations, transformations de postes ou aménagement du temps de travail.

Pendant ce délai, le salarié bénéficie de l'indemnité temporaire d'inaptitude (ITI) d'un montant égal à celui de l'indemnité journalière perçue pendant l'arrêt de travail précédant l'avis d'inaptitude. L'indemnité temporaire d'inaptitude est versée à compter du 1er jour qui suit l'avis d'inaptitude jusqu'à ce que le salarié soit reclassé ou licencié, dans la limite du délai d'un mois.

À l'issue du délai d'un mois, l'employeur peut prononcer le licenciement s'il justifie :

– soit de l'impossibilité où il se trouve de proposer un emploi. Il est tenu de faire connaître par écrit les motifs qui s'opposent au reclassement ;

– soit du refus par le salarié de l'emploi proposé.

Si le salarié n'est pas reclassé à l'issue de ce délai ou s'il n'est pas licencié, l'employeur est tenu de verser à l'intéressé, dès l'expiration de ce délai, le salaire correspondant à l'emploi que celui-ci occupait avant la suspension de son contrat de travail. Ces dispositions s'appliquent également en cas d'inaptitude à tout emploi dans l'entreprise constatée par le médecin du travail.

## 7 La rente d'incapacité permanente

À la fin du traitement :

– soit il y a ***guérison*** : la victime retrouve la totalité de sa capacité de travail ;

– soit il y a ***consolidation*** : la victime garde des séquelles de son accident du travail ou de trajet ou de sa maladie professionnelle qui entraînent ***une incapacité permanente, partielle ou totale*** de travail. Dans ce cas, le salarié a ***droit à une rente d'incapacité permanente***.

La rente d'incapacité permanente est ***attribuée à partir du lendemain de la date de consolidation en fonction d'un taux d'incapacité permanente***. La date de consolidation est fixée par la caisse primaire dès réception du certificat médical final établi par le médecin traitant de la victime et après avis du médecin-conseil. Elle correspond au moment où la lésion se fixe et prend un caractère permanent et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente découlant de l'accident (sous réserve des chutes et des révisions possibles).

Gualino.

Le ***montant de la rente*** d'incapacité permanente est obtenu ***en multipliant le salaire de base annuel par le taux de la rente*** :

– ***le salaire de base annuel*** : il est constitué par le salaire perçu par la victime (comme pour les indemnités journalières) pendant les 12 mois qui ont précédé l'arrêt de travail.

Pour le calcul de la rente, un salaire minimal est fixé pour déterminer la partie du salaire de base annuel prise en compte. Ce salaire minimal est revalorisé périodiquement.

Le salaire de base annuel est pris en compte :

- en totalité jusqu'à 2 fois le montant du salaire minimal,
- pour 1/3 en ce qui concerne la partie du salaire de base annuel comprise entre 2 fois et 8 fois le montant du salaire minimal. La partie du salaire supérieure à 8 fois ce montant n'est pas prise en compte ;

– ***le taux d'incapacité*** : il mesure la réduction permanente de la capacité professionnelle du salarié. Il est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'âge, les facultés physiques et mentales, les aptitudes et la qualification professionnelle de la victime ;

– ***le taux de la rente*** : il est calculé en réduisant de moitié la partie du taux d'incapacité inférieure à 50 % et en multipliant par 1,5 la partie du taux supérieure à 50 %.

Exemple : si le taux d'incapacité est de 60 %, le taux de la rente est égal à :

(50/2) + [(60 – 50) x 1,5] = 25 + (10 x 1,5) = 25 + 15 = 40 %

Le montant de la rente est majoré de 40 % lorsque le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 % et que l'état de la victime l'oblige à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne.

Toute aggravation ou amélioration de l'état de la victime, après consolidation ou guérison apparente, peut donner lieu soit à la suppression de la rente, soit à son attribution, soit à une nouvelle fixation du taux de la rente. La révision peut intervenir soit à la demande de la caisse primaire (à la suite d'un contrôle médical), soit à la demande de la victime ou de ses ayants droit en cas de décès.

***Les modalités du paiement de la rente*** dépendent du taux d'incapacité :

– ***taux d'incapacité inférieur à 10 %*** : elle est versée sous forme d'un capital dont le montant forfaitaire est fixé par décret ;

– ***taux d'incapacité égal ou supérieur à 10 %*** : elle est versée chaque trimestre si le taux d'incapacité est inférieur à 50 %, chaque mois si le taux est égal ou supérieur à 50 %. Elle peut être convertie en capital facultativement après 5 ans.

Le montant de la rente est revalorisé au 1er avril de chaque année.

La rente n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu, à la CSG et à la CRDS.

Gualino.

## 8 L'indemnisation en cas de décès de la victime

Les ayants droit de la victime décédée à la suite d'un accident du travail, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle peuvent prétendre à une ***rente viagère destinée à compenser la perte de ressources que l'assuré procurait à son foyer par l'exercice d'une activité salariée ou par la perception d'une rente***.

Le décès doit être la ***conséquence directe*** de l'accident du travail, de l'accident de trajet ou de la maladie professionnelle.

Le montant de la rente viagère correspond à ***un pourcentage du salaire annuel de la victime*** (identique à celui utilisé pour le calcul de la rente d'incapacité permanente) ; il est ***variable selon le bénéficiaire*** :

– ***le conjoint, le concubin ou le pascé*** :
  - *non divorcé ni séparé de corps* : 40 % (lorsqu'il atteint 55 ans ou avant cet âge lorsqu'il est atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50 %, le montant de la rente viagère est porté à 60 %),
  - *séparé de corps ou l'ex-conjoint divorcé* : 20 % (sans être inférieur à la moitié de la rente de 40 % si la victime avait un nouveau conjoint) ;
– ***les enfants jusqu'à leur 20e anniversaire*** : 25 % pour chacun des 2 premiers enfants et 20 % pour chaque enfant suivant (30 % par enfant si orphelin de père et de mère) ;
– ***les ascendants*** : 10 % pour chacun des ascendants sans pouvoir dépasser 30 %, sinon chacune des rentes est réduite proportionnellement.

Le total des rentes viagères allouées aux différents bénéficiaires de la victime décédée ne peut dépasser 85 % du salaire annuel de la victime, sinon le montant de chacune des rentes est réduit proportionnellement.

La rente viagère est versée chaque trimestre si le taux est inférieur à 50 %, chaque mois si le taux est égal ou supérieur à 50 %.

Le montant de la rente viagère est revalorisé au 1er avril de chaque année.

La rente viagère n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu, à la CSG et à la CRDS.

Gualino.

## 9 Les incidences d'une faute sur les droits de la victime

Les droits à réparation résultant d'un accident du travail, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle peuvent être modifiés si la faute est imputable à l'employeur (ou à l'un de ses préposés) ou à la victime elle-même.

### ■ *La faute intentionnelle*

La faute intentionnelle traduit *un acte ou une omission, librement consenti et impliquant l'intention de nuire*. On distingue :

– *la faute intentionnelle imputable à la victime* : la victime perd tout droit aux prestations en espèces dues pour un AT mais garde le bénéfice des prestations en nature ;

– *la faute intentionnelle imputable à l'employeur, à un salarié de l'entreprise ou à un tiers extérieur à l'entreprise* : la victime peut demander à l'auteur de l'accident la réparation du préjudice, en plus des prestations versées par la CPAM. La Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) peut intenter contre l'auteur de l'accident, une action en remboursement des sommes payées à la victime. Elle peut aussi imposer une cotisation supplémentaire à l'employeur.

### ■ *La faute inexcusable*

La faute inexcusable se distingue de la faute intentionnelle par *l'absence d'intention de provoquer le dommage* :

– *la faute inexcusable de l'employeur* : l'employeur est tenu envers ses salariés à une obligation générale de résultat en matière de sécurité. La reconnaissance de la faute inexcusable est possible lorsqu'il avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver. Elle est automatique lorsqu'il a été averti par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou des salariés du risque qui s'est finalement réalisé. La faute inexcusable peut être le fait de l'employeur ou de ceux qu'il s'est substitué dans la direction, c'est-à-dire de ceux qui dirigent l'exécution du travail (cadres, chefs de chantier…). L'auteur de la faute est responsable sur son patrimoine personnel.

  L'employeur peut s'assurer pour lui et ses représentants contre les conséquences financières d'une faute inexcusable. La responsabilité pénale de l'employeur ou de ses représentants reste entière.

  La victime a droit à une majoration du montant de sa rente. Elle peut aussi demander à l'employeur réparation du préjudice. La CARSAT récupère la majoration de la rente par la perception d'une cotisation complémentaire à la charge de l'employeur. Elle peut en outre imposer à l'employeur une cotisation supplémentaire ;

Gualino.

– ***la faute inexcusable de la victime*** : elle est caractérisée par une faute volontaire du salarié, d'une exceptionnelle gravité, exposant sans raison son auteur à un danger dont il aurait dû avoir conscience (ivresse). Ces critères sont cumulatifs. Dans ce cas, le montant de la rente peut être réduit.

## ■ *La faute d'un tiers*

Lorsque l'accident du travail est imputable à une personne autre que l'employeur ou ses préposés, la CPAM est tenue de servir à la victime les prestations légales prévues.

L'assuré ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par la Sécurité sociale (réparations correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par l'assuré, au préjudice esthétique et d'agrément… ainsi qu'au préjudice moral des ayants droit en cas d'accident suivi de mort).

Si la responsabilité du tiers auteur de l'accident est entière ou si elle est partagée avec la victime, la CPAM est admise à poursuivre le tiers pour le remboursement des prestations mises à sa charge.

L'employeur peut aussi exercer un recours contre le tiers en réparation du préjudice subi du fait de l'accident de son salarié (remboursement du salaire maintenu pendant l'arrêt de travail).

Gualino.

# L'assurance vieillesse

**Chapitre 10**

*L'assurance vieillesse est destinée à garantir à l'assuré une pension de vieillesse résultant de sa durée d'activité et du montant de ses cotisations ainsi que, sous certaines conditions, une pension de réversion au conjoint survivant de l'assuré décédé ou disparu.*

## 1 La pension de vieillesse

La pension de vieillesse est destinée à ***assurer des ressources à l'assuré qui ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite ne désire plus exercer son activité professionnelle***.

***Le départ en retraite est un droit mais non une obligation***. Le salarié peut, s'il le souhaite, travailler jusqu'à l'âge de 70 ans, âge à compter duquel l'employeur peut décider unilatéralement de le mettre à la retraite.

Le bénéficiaire de la pension de vieillesse est l'assuré.

### ■ *Les conditions d'ouverture du droit à la pension de vieillesse*

L'assuré doit remplir les 3 conditions suivantes :

– ***avoir cotisé au moins un trimestre au régime général d'assurance vieillesse*** ;

– ***avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite*** ; l'assuré peut retarder sa demande de retraite soit pour acquérir les trimestres requis pour avoir une pension à taux plein, soit pour bénéficier d'une majoration de sa pension ;

– ***avoir cessé son activité professionnelle*** ; la reprise d'une activité professionnelle après liquidation de la retraite est possible.

© Gualino.

## ■ *L'âge légal de départ à la retraite*

L'âge légal de départ à la retraite dépend de la date de naissance de l'assuré :

– *assuré né avant le 1er juillet 1951* : *60 ans* ;

– *assuré né entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1954* : *l'âge légal de départ à la retraite est progressivement augmenté :*

- *assurés nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1951 : 4 mois supplémentaires,*
- *assurés nés entre le 1er janvier 1952 et le 31 décembre 1954 : 5 mois supplémentaires pour chaque génération* ;

– *assuré né à compter du 1er janvier 1955* : *62 ans*.

## ■ *Le montant annuel de la pension de vieillesse*

Le montant annuel de la pension est déterminé par la formule suivante :

$$Pv = T \times SAM \times \frac{D}{d}$$

**Pv** : pension de vieillesse annuelle
**T** : taux de la pension
**SAM** : salaire annuel moyen brut
**D** : durée d'assurance dans le régime général limitée à la durée maximum
**d** : durée d'assurance maximum retenue (ou durée de référence)

### a) La durée d'assurance au régime général (D)

La durée d'assurance au régime général est *l'ensemble des trimestres pris en compte par le régime général d'assurance vieillesse*. Elle est limitée au nombre de trimestres retenus pour la durée d'assurance maximum retenue.

Pour déterminer la durée d'assurance au régime général on comptabilise :

– *les périodes de cotisations au régime général* : un trimestre est validé si l'assuré a cotisé sur la base de 150 heures de SMIC, en vigueur au 1er janvier de l'année considérée, avec un maximum de 4 trimestres par année. Le plafond mensuel de cotisations retenues pour le décompte des périodes d'assurance est fixé à 1,5 fois le SMIC mensuel.

Lorsqu'une année compte moins de 4 trimestres validés, les cotisations non utilisées pour la validation d'un trimestre sont reportées sur l'année suivante ou sur l'année pécédente si ces années comptent également moins de 4 trimestres validés ;

– *les périodes assimilées* : les périodes où l'assuré a perçu des prestations (maladie, maternité, invalidité et accident du travail), des revenus de remplacement (allocations chômage, allocations de solidarité, RSA…), a effectué son service national ;

Gualino.

– *les majorations de périodes d'assurance applicables* :

- *à la mère au titre de la grossesse et de l'accouchement* : 4 trimestres pour chacun de ses enfants,
- *à la mère ou au père en cas d'adoption* : 4 trimestres pour chaque enfant adopté durant sa minorité, à ses parents au titre de l'incidence sur leur vie professionnelle de l'accueil de l'enfant et des démarches préalables à celui-ci. Les parents désignent d'un commun accord le bénéficiaire de la majoration ou, le cas échéant, définissent la répartition entre eux de cet avantage,
- *à la mère ou au père au titre de l'éducation* : 4 trimestres pour chaque enfant mineur au titre de son éducation pendant les 4 années suivant sa naissance ou son adoption. Les parents désignent d'un commun accord le bénéficiaire de la majoration ou, le cas échéant, définissent la répartition entre eux de cet avantage,
- *aux parents ayant élevé un enfant handicapé ouvrant droit à l'AEEH et son complément* : majoration d'un trimestre par période d'éducation de 30 mois, dans la limite de 8 trimestres (cumul possible avec la majoration de trimestre pour enfant attribuée à la mère ou au père),
- *au père ou à la mère qui a bénéficié d'un congé parental d'éducation* (durée effective du congé),
- *à l'assuré atteignant l'âge d'attribution du taux plein qui, ne totalisant pas le nombre de trimestres d'assurance requis, diffère sa demande de pension* : majoration de sa durée d'assurance de 2,5 % par trimestre postérieur à cet âge, avec un maximum de 150 trimestres.

L'assuré, âgé d'au moins 20 ans et de moins de 67 ans et dont la pension de retraite dans le régime général n'a pas été liquidée, peut demander ***le rachat de 12 trimestres au maximum***, à un tarif qui varie en fonction de son âge et de ses revenus, des périodes suivantes :

– années d'études, précédant l'affiliation à un régime, ayant donné lieu à l'obtention d'un diplôme ;

– années civiles ayant donné lieu à affiliation à l'assurance vieillesse du régime général sans pour autant permettre la validation de 4 trimestres d'assurance.

Un tarif préférentiel de rachat de 4 trimestres d'études au maximum est instauré à condition que le rachat soit effectué dans un délai de 10 ans suivant la fin des études. L'étudiant peut, dans la limite de 2 trimestres, demander la prise en compte des stages prévus dans son cursus et éligibles à la gratification, sous réserve d'en faire la demande dans les 2 ans suivant la fin du stage et du versement de cotisations. Ils sont déduits des trimestres rachetables au titre des années d'études.

### b) La durée d'assurance maximum (d)

La durée d'assurance maximum retenue est le ***nombre de trimestres pris en compte par le régime général d'assurance vieillesse***. ***Depuis le 1er janvier 2009, elle évolue au même rythme que la durée d'assurance exigée des assurés pour l'obtention d'une pension à taux plein***.

Gualino.

### c) Le taux de la pension (T)

Le taux de la pension dépend de l'âge du demandeur et de sa durée d'assurance tous régimes de base confondus.

*1) Le taux plein de 50 %*

L'assuré doit pour bénéficier d'une retraite à taux plein :

– ***avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite tout en ayant cotisé, tous régimes de base confondus, le nombre de trimestres requis pour bénéficier du taux plein*** : depuis le 1er janvier 2009, le nombre de trimestres requis – 160 trimestres – est majoré d'un trimestre par génération pour atteindre ***164 trimestres pour les assurés nés en 1952. Fixé à 165 trimestres pour les assurés nés en 1953 et 1954***, puis à ***166 trimestres pour les assurés nés en 1955, 1956 et 1957***, il augmentera ensuite, pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1958, d'un trimestre toutes les 3 générations pour atteindre ***172 trimestres (43 ans) pour les assurés nés en 1973 et après*** ;

– ***avoir atteint l'âge d'attribution du taux plein*** : pour les assurés nés avant le 1er juillet 1951, l'âge d'obtention du taux plein est fixé à 65 ans ; pour les assurés nés après le 1er juillet 1951, l'âge d'obtention du taux plein correspond à l'âge légal de départ en retraite augmenté de 5 ans.

*2) Le taux minoré*

L'assuré prenant sa retraite entre l'âge légal de départ à la retraite et l'âge d'attribution du taux plein, sans atteindre le nombre de trimestres requis, voit son taux de pension minoré.

***Le coefficient de minoration pour chaque trimestre manquant est fixé selon l'année de naissance de l'assuré***. Il est de 1,25 % pour les assurés nés à partir de 1952.

Le taux de la pension est diminué de la moitié de la valeur du coefficient de minoration pour chaque trimestre manquant par rapport soit à la durée exigée pour le taux plein, soit du nombre de trimestres séparant l'âge atteint par l'assuré, à la date d'effet de sa pension, de l'âge légal du taux plein en fonction de son année de naissance. Le nombre de trimestres est arrondi au chiffre supérieur. Le plus petit nombre est retenu. Le taux minoré ne peut pas être inférieur à 25 %.

### d) Le salaire annuel moyen (SAM)

Le salaire annuel moyen ***correspond à la moyenne des salaires bruts perçus au cours des 25 meilleures années civiles d'assurance*** dans la limite du plafond de la Sécurité sociale en vigueur au cours de l'année considérée. Les salaires servant de base au calcul sont revalorisés à l'aide de cœfficients de majoration fixé par arrêté ministériel pour tenir compte de l'inflation.

Gualino.

### e) Le montant de la pension de vieillesse (Pv)

Le montant de la pension de vieillesse pour une ***pension à taux plein*** ne peut être :

– ***ni supérieur à un maximum*** égal à ***50 % du plafond de la Sécurité sociale*** ;

– ***ni inférieur à un minimum contributif*** de 629,62 €/mois ***ou à un minimum contributif majoré*** de 688 €/mois au 1er octobre 2015. Le minimum contributif, majoré ou non, complète la pension vieillesse à hauteur de ce minimum. Il est attribué si l'assuré remplit les conditions cumulatives suivantes : bénéficier d'une retraite à taux plein, avoir liquidé toutes ses retraites de base et complémentaires et ne pas percevoir, au 1er octobre 2015, plus de 1 128,96 € par mois toutes retraites de base et complémentaires confondus. Il est servi intégralement si l'assuré justifie d'une durée d'assurance au régime général équivalent à la durée d'assurance nécessaire pour le taux plein ; à défaut, son montant est réduit proportionnellement.

Le montant de la pension de vieillesse est revalorisé au 1er octobre de chaque année.

Le montant de la pension de vieillesse est majoré dans les cas suivants :

– ***la surcote*** : tout assuré qui travaille au-delà de l'âge légal de départ à la retraite tout en justifiant d'une durée d'assurance nécessaire à l'obtention d'une retraite à taux plein, bénéficie d'une majoration de pension. Le taux de cette majoration est de 1,25 % pour chaque trimestre accompli. Le principe de la surcote est appliqué aux beneficiaires du minimum contributif ;

– ***la bonification pour enfants*** : si l'assuré a élevé au moins 3 enfants à sa charge ou à celle de son conjoint pendant 9 ans avant leur 16e anniversaire, il bénéficie d'une majoration de 10 % ; chacun des conjoints peut y prétendre pour sa pension ;

– ***la majoration pour tierce personne*** : l'assuré titulaire d'une pension de vieillesse attribuée pour inaptitude au travail qui a besoin d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie bénéficie d'une majoration. Cette majoration est égale à 40 % de sa pension sans pouvoir être inférieure à un minimum fixé à 1 103,08 €/mois depuis le 1er avril 2014 (*cf.* p. 63).

### f) La liquidation de la pension

*L'assuré demande la liquidation de sa pension auprès de la CARSAT de son lieu de résidence* (ou de son dernier lieu de travail s'il réside à l'étranger). ***Le point de départ de la pension est fixé au 1er jour du mois choisi par l'assuré***.

Tout assuré reçoit à l'âge de 35 ans, puis tous las 5 ans, un relevé individuel de situation sur ses droits à retraite (de base et complémentaires). Il peut, à tout moment, demander aux organismes de retraite un relevé actualisé par voie électronique. Il reçoit dans le courant de l'année de ses 55 ans une estimation de sa future retraite tous régimes confondus.

Gualino.

### g) Le paiement de la pension

La pension de vieillesse est versée mensuellement et à terme échu par mandat postal ou, sur demande de l'assuré, par virement postal, bancaire ou sur un livret de caisse d'épargne.

Si la pension annuelle est inférieure à un montant fixé à 156,24 € au 1er octobre 2015, elle donne lieu à un versement forfaitaire unique égal à 15 fois le montant annuel de la retraite.

La pension de vieillesse est soumise à l'impôt sur le revenu, à la CSG et à la CRDS.

## ■ *Le départ en retraite avant l'âge légal*

### a) Les assurés justifiant d'une incapacité d'origine professionnelle

Depuis le 1er juillet 2011, *tout assuré frappé d'un taux d'incapacité d'origine professionnelle* :

– *d'au moins 20 %*, peut partir en retraite *dès l'âge de 60 ans* à taux plein même s'il ne justifie pas de la durée d'assurance requise ;

– *compris entre 10 % et 20 %*, peut bénéficier de la même mesure mais après avis favorable d'une commission pluridisciplinaire.

### b) Les assurés justifiant d'une longue carrière

*Tout assuré ayant effectué une longue carrière peut bénéficier de sa pension de vieillesse avant l'âge légal de départ à la retraite*. Ce dispositif concerne les assurés ayant commencé à travailler *avant l'âge de 20 ans*.

Selon les situations, le départ anticipé à la retraite peut avoir lieu dès l'âge de 60 ans ou avant l'âge de 60 ans.

Pour bénéficier du dispositif de départ anticipé à la retraite, l'assuré doit remplir les *trois conditions cumulatives* suivantes :

– *un âge de début d'activité* : l'assuré doit avoir travaillé avant l'âge anniversaire de 20 ans ;

– *une durée d'assurance cotisée avant l'âge de début d'activité* : l'assuré doit justifier d'au moins 5 trimestres cotisés à la fin de l'année civile au cours de laquelle est survenu son 16e, 17e ou 20e anniversaire ou 4 trimestres s'il est né au cours du 4e trimestre de ces mêmes années ;

– *une durée d'assurance minimale cotisée* (périodes de travail avec cotisation sur le salaire) :

- *pour une retraite à 60 ans* : l'assuré doit justifier de la durée d'assurance cotisé pour le taux plein, tous régimes de base confondus,
- *pour une retraite avant 60 ans* : l'assuré doit justifier de la même durée, majorée de 4 ou 8 trimestres selon l'âge de début d'activité.

Gualino.

Sont réputés avoir donné lieu à cotisation pour le bénéfice de la retraite anticipée pour longue carrière :

– 4 trimestres au titre du service national ;

– 4 trimestres maximum au titre du chômage ;

– 2 trimestres au titre du versement de la pension d'invalidité ;

– 4 trimestres au titre des périodes de maladie, maternité, invalidité et accident du travail ;

– l'ensemble des trimestres acquis au titre de la maternité.

*Le départ devient possible dès que le salarié remplit toutes les conditions*.

## ■ *Le compte personnel de prévention de la pénibilité*

*Tout salarié exposé à un ou plusieurs des facteurs de risques professionnels susceptibles de laisser des traces durables identifiables et irréversibles sur sa santé acquiert des points* (1 ou 2 points par trimestre d'exposition) *qui figurent sur son compte personnel de prévention de la pénibilité*.

*Les 10 facteurs de risques professionnels pris en compte sont ceux liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail*.

Le compte pénibilité est mis en place depuis le 1er janvier 2015 pour 4 de ces 10 facteurs et au 1er janvier 2016 pour les autres. Il est financé par une contribution à la charge de l'employeur.

*Les points peuvent être utilisés de 3 manières* : *financer une action de formation* permettant une reconversion dans un emploi moins pénible, *assurer un complément de rémunération lors d'un passage à temps partiel* en fin de carrière ou *acquérir des trimestres de retraite permettant d'avancer l'âge de départ à la retraite*, jusqu'à 2 ans plus tôt que l'âge légal de départ à la retraite, et d'augmenter la durée d'assurance afin de déterminer le taux de pension.

## ■ *Le départ en retraite des assurés handicapés et de leurs aidants*

*Tout assuré handicapé peut liquider sa pension de vieillesse à taux plein dès 55 ans* s'il respecte les 3 conditions cumulatives suivantes :

– justifier d'une durée d'assurance minimale (la durée d'assurance pour le taux plein est diminuée de 40 à 80 trimestres selon l'âge de l'assuré) ;

– justifier d'une durée d'assurance minimale cotisée (la durée d'assurance cotisée pour le taux plein est diminuée de 60 à 100 trimestres selon l'âge de l'assuré) ;

– justifier d'un taux d'incapacité permanent de 50 % pendant ces périodes.

*Tout assuré handicapé justifiant d'un taux d'incapacité permanent de 50 % peut liquider sa pension à taux plein dès l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite*.

Gualino.

Tout aidant familial bénéficie de l'affiliation gratuite et obligatoire à l'assurance vieillesse du régime général de la Sécurité sociale. S'il assume, au foyer familial, la prise en charge permanente d'un adulte handicapé dont l'incapacité permanente est supérieure à un taux fixé par décret, il bénéficie d'une majoration de durée d'assurance d'un trimestre par période de 30 mois, dans la limite de 8 trimestres.

## ■ *La retraite progressive*

La retraite progressive est la ***possibilité, pour un assuré du régime général ou agricole de poursuivre une activité professionnelle à temps partiel*** auprès de son employeur, ***tout en faisant liquider une partie de sa pension de retraite***. Le dispositif est ouvert aux salariés qui travaillent à temps partiel ou qui passent à temps partiel au moment de leur demande de retraite progressive.

L'assuré doit remplir les ***trois conditions cumulatives*** suivantes :

– ***avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite diminué de 2 ans***, sans pouvoir être inférieur à 60 ans ;

– ***justifier d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes fixées à 150 trimestres validés dans le régime général et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires*** ;

– ***exercer une activité professionnelle à temps partiel comprise entre 80 % et 40 % de la durée légale ou conventionnelle du travail applicable dans l'entreprise***, soit entre 28 heures et 14 heures pour la durée légale du travail.

***Le montant de la retraite progressive est égal à la différence entre 100 % et la quotité de travail à temps partiel par rapport à la durée du travail à temps complet dans l'entreprise***. Pour un travail à temps partiel de 65 %, l'assuré en retraite progressive percevra 35 % de sa retraite.

L'assuré bénéficie d'une fraction identique de sa retraite complémentaire.

Le salarié en retraite progressive continue à acquérir des droits lui permettant d'obtenir une seconde liquidation de pension. Il peut, avec l'accord de son employeur, cotiser sur un salaire à temps plein.

La pension de vieillesse est soumise à l'impôt sur le revenu, à la CSG et à la CRDS.

## ■ *Le cumul emploi-retraite*

L'assuré social peut cumuler sa pension et le revenu d'une activité professionnelle – n'ouvrant droit à aucun avantage de vieillesse – s'il remplit les ***3 conditions*** suivantes :

– ***avoir rompu son contrat de travail*** ;

Gualino.

– *avoir liquidé l'ensemble de ses pensions des régimes de retraite obligatoires*, de base comme complémentaires ;

– *avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite dès lors qu'il justifie d'une durée d'assurance* et de périodes reconnues équivalentes nécessaires *pour bénéficier d'une retraite à taux plein ou*, à défaut, *avoir atteint l'âge d'attribution du taux plein, quelle que soit sa durée d'assurance*.

La reprise de l'activité peut avoir lieu chez le dernier employeur.

Pour l'assuré qui n'a pas cotisé la durée nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein, le cumul emploi-retraite n'est possible que dans certaines limites qui s'appliquent pour l'ensemble des régimes et pour l'ensemble des revenus d'activités perçus :

– le plafond de cumul emploi-retraite à respecter est soit le dernier salaire d'activité perçu avant la liquidation de la pension de retraite, soit un montant équivalent à 160 % du SMIC ;

– si la reprise de l'activité a lieu chez le dernier employeur, elle ne peut intervenir, au plus tôt, que 6 mois après la date d'entrée en jouissance de la pension. Elle est possible sans aucun délai si elle a lieu chez un autre employeur.

### ■ *La mise à la retraite à partir de l'âge d'attribution du taux plein*

L'employeur doit, s'il envisage de mettre à la retraite un salarié en mesure de bénéficier d'une retraite à taux plein, interroger par écrit le salarié, 3 mois avant son anniversaire, sur son intention de quitter volontairement l'entreprise pour bénéficier d'une pension de vieillesse.

Le salarié dispose d'un délai d'un mois pour faire connaître sa réponse. En l'absence de réponse ou en cas de réponse négative, l'employeur ne peut mettre le salarié à la retraite pendant l'année qui suit.

La même procédure est applicable les années suivantes, c'est-à-dire jusqu'aux 70 ans du salarié, âge à compter duquel l'employeur peut décider unilatéralement de le mettre à la retraite ;

L'employeur doit, dans la déclaration annuelle des données sociales (DADS) adressée à l'URSSAF, indiquer le nombre de salariés partis en préretraite ou placés en cessation anticipée d'activité, mis à la retraite d'office ainsi que le nombre de salariés âgés d'au moins 55 ans licenciés ou ayant bénéficié de la rupture conventionnelle au cours de l'année civile précédant la déclaration.

## 2 La pension de réversion

La pension de réversion permet de *faire bénéficier le conjoint survivant ou divorcé, âgé de 55 ans, d'un assuré décédé ou disparu depuis plus d'un an d'une fraction de la pension de retraite dont il bénéficiait ou aurait pu bénéficier à l'âge de sa retraite*.

Gualino.

Pour bénéficier du droit à ouverture, ***les ressources*** personnelles du conjoint survivant ou, le cas échéant, celles du ménage, ***ne doivent pas excéder un plafond annuel*** fixé à :

– ***2 080 fois le taux horaire du SMIC*** si le conjoint survivant vit seul ;

– ***3 328 fois le taux horaire du SMIC*** si le conjoint survivant vit en ménage.

L'ensemble des ressources, y compris les avantages personnels de retraite du conjoint survivant, est pris en compte. En revanche, la majoration pour enfants en est exclue.

***Le montant de la pension de réversion*** ne peut être ni supérieur à un montant maximum ni inférieur à un montant minimum :

– ***le montant maximum*** : il est égal à 54 % de la pension de vieillesse ;

– ***le montant minimum*** : il est égal à 283,87 €/mois au 1er octobre 2015 si l'assuré décédé justifiait d'au moins 60 trimestres d'assurance dans le régime général. Dans le cas contraire, il est réduit à autant de soixantièmes que l'assuré décédé justifiait de trimestres d'assurance.

Son montant est porté à 60 % dès que le conjoint survivant atteint l'âge d'obtention du taux plein et si sa retraite totale mensuelle n'excède pas 853,24 € par mois au 1er octobre 2015.

Le montant de la pension de réversion peut se voir appliquer deux types de majorations :

– ***la bonification de 10 % pour enfants*** : elle est accordée aux mêmes conditions que pour la pension de retraite ;

– ***la majoration pour enfants à charge*** : une majoration par enfant à charge fixée à 96,30 €/mois au 1er octobre 2015 est accordée à condition de ne pas avoir atteint l'âge d'obtention du taux plein et de ne pas être titulaire d'un avantage personnel de retraite.

La pension de réversion est ***répartie entre tous les bénéficiaires potentiels***, c'est-à-dire tous les ex-conjoints et le conjoint survivant, proportionnellement à la durée de leurs mariages respectifs.

La pension de réversion est payée selon les mêmes modalités que la pension de retraite. Elle est revalorisée au 1er octobre de chaque année.

La pension de réversion est soumise à l'impôt sur le revenu, à la CSG et à la CRDS.

## 3 L'allocation veuvage (AV)

L'allocation veuvage est destinée à permettre au conjoint survivant d'un assuré décédé de retrouver progressivement une certaine autonomie financière.

Pour bénéficier de l'allocation veuvage, le conjoint survivant doit remplir les conditions suivantes :

– être âgé de moins de 55 ans ;

Gualino.

– résider en France ;

– ne pas vivre en concubinage, ni être remarié, ni avoir conclu un pacte civil de solidarité ;

– disposer de ressources trimestrielles inférieures à 3,75 fois le montant mensuel de l'allocation.

L'allocation cesse d'être versée à l'issue d'une période de 2 ans ou lorsque le bénéficiaire remplit toutes les conditions pour bénéficier de la pension de réversion.

Le montant de l'allocation veuvage est égal à 602,72 €/mois au 1er octobre 2015. Si les ressources du bénéficiaire dépassent le plafond, l'allocation est diminuée de la valeur de ce dépassement.

L'allocation veuvage est payée selon les mêmes modalités que la pension de retraite. Elle est revalorisée au 1er avril de chaque année.

L'allocation veuvage est soumise à l'impôt sur le revenu, à la CSG et à la CRDS.

## 4 La pension de vieillesse de veuf ou de veuve (PVVV)

La pension de vieillesse de veuf ou de veuve *remplace la pension d'invalidité de veuf ou de veuve dès que le conjoint survivant atteint 55 ans*.

Le conjoint survivant d'un assuré décédé titulaire d'une pension de vieillesse au titre de l'inaptitude au travail ou d'une pension d'invalidité doit remplir l'une des conditions suivantes :

– *être âgé de 55 ans et titulaire d'une pension d'invalidité de veuf ou de veuve* ;

– *devenir invalide après 55 ans*.

Le montant de la pension de vieillesse de veuf ou de veuve est égal à la pension d'invalidité de veuf ou de veuve, le montant ne peut être :

– ni supérieur à 54 % de la pension principale ou de la rente dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré décédé ;

– ni inférieur à 281,66 €/mois au 1er avril 2015.

Les règles du cumul et des majorations pour enfants sont les mêmes que pour la pension de réversion.

Le montant de la pension est revalorisé au 1er avril de chaque année.

La pension de vieillesse de veuf ou de veuve est soumise à l'impôt sur le revenu, à la CSG et à la CRDS.

Gualino.

## 5 L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) a pour but d'***assurer un minimum vieillesse à toute personne âgée***. L'ASPA est une ***allocation non contributive***, elle n'est pas la contrepartie d'un versement de cotisation.

L'ASPA est attribuée à toute personne remplissant les conditions suivantes :

– *être âgé d'au moins 65 ans (abaissé à l'âge minimum légal de départ à la retraite pour inaptitude au travail)* ;

– *justifier d'une résidence stable et régulière sur le territoire métropolitain ou dans un département d'outre-mer* ;

– *ne pas disposer de ressources supérieures à un plafond annuel* fixé, au 1er octobre 2015, à :

- pour une personne seule : 9 600 € /an,
- pour un ménage (y compris concubinage) : 14 904 € /an.

Le calcul des ressources inclut le montant des allocations à percevoir.

Le montant maximum servi au titre de l'ASPA varie selon la composition du foyer. Il est fixé, au 1er octobre 2015, à :

– ***pour une personne seule*** ou lorsque seul un des conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS en bénéficie : 800 € /mois ;

– ***pour les deux conjoints***, concubins ou partenaires liés par un PACS : 1 242 € /mois. Dans ce cas, le montant est servi par moitié à chacun des 2 allocataires concernés.

Le montant de l'ASPA est revalorisé au 1er avril de chaque année.

L'ASPA est versée à taux réduit – ***allocation différentielle*** – en cas de dépassement des ressources. Elle est liquidée et servie soit par la caisse de retraite qui sert au demandeur un avantage de retraite de base, soit par le service de l'ASPA géré par la Caisse des dépôts et consignations si la personne ne relève d'aucun régime de base obligatoire d'assurance vieillesse. Les sommes servies au titre de l'ASPA sont recouvrées sur la partie de la succession excédant 39 000 € .

L'ASPA peut être révisée, suspendue ou supprimée à tout moment lorsqu'il est constaté que l'une des conditions exigées pour son service n'est pas remplie ou lorsque les ressources de l'allocataire ont varié.

L'ASPA remplace toutes les anciennes prestations constitutives du minimum vieillesse (l'allocation aux vieux travailleurs salariés, le secours viager, l'allocation vieillesse aux mères de famille, l'allocation spéciale vieillesse et l'allocation supplémentaire). Les bénéficiaires actuels de ces prestations continuent de les percevoir, mais ils peuvent y renoncer pour bénéficier de l'ASPA.

Gualino.

# Les prestations familiales

**Chapitre 11**

*Les prestations familiales sont destinées à compenser les charges de famille que supporte le chef de famille de nationalité française ou non, ayant à sa charge un ou plusieurs enfants, et résidant en France.*

## 1 Les règles communes aux prestations familiales

### ■ *Les conditions générales d'attribution des prestations familiales*

***L'allocataire est le père ou la mère***. Le couple a la possibilité de choisir qui du père ou de la mère sera l'allocataire. Si ce droit d'option n'est pas exercé, la mère est automatiquement l'allocataire. L'allocataire peut être une personne autre que les parents si elle a la charge effective et permanente de l'enfant.

***Les conditions générales d'attribution des prestations à l'allocataire*** sont :

– ***résider en France***, il peut être un français, un ressortissant d'un État de l'Union européenne ou un étranger non membre de l'Union européenne justifiant de la régularité de son séjour en France ;

– ***assumer la charge effective et permanente de l'enfant*** (c'est-à-dire assumer de manière générale les frais d'entretien et la responsabilité d'éducation de l'enfant).

L'enfant est considéré à charge :

- *jusqu'à la fin de l'obligation scolaire* : tout enfant âgé de moins de 16 ans,
- *au-delà de l'obligation scolaire* : tout enfant de moins de 20 ans (21 ans pour certaines allocations) à condition que la rémunération qu'il perçoit ne dépasse pas 55 % du SMIC, calculé sur la base de la durée légale du travail.

Gualino.

L'enfant doit résider en France. Il est considéré comme résidant en France même s'il accomplit un ou plusieurs séjours à l'étranger justifiés par ses études.

Les enfants d'un travailleur étranger – restant dans le pays d'origine – ouvrent droit à certaines prestations s'il existe des accords internationaux ;

– ***ne pas***, pour certaines allocations, ***dépasser un plafond annuel de ressources qui varie selon la situation de l'allocataire*** (nombre d'enfants à charge, personne isolée ou couple). Ce plafond est fixé chaque année par décret.

Les ressources prises en considération sont les revenus nets catégoriels retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu de l'année écoulée, déduction faite des frais de garde pour enfants à charge âgés de moins de 7 ans au 31 décembre (hors frais d'entretien et de nourriture), des pensions alimentaires versées et de l'abattement en faveur des personnes âgées ou invalides.

Tout litige relève du contentieux général de la Sécurité sociale. Il est obligatoirement porté devant la commission de recours amiable.

### ■ *Le paiement des prestations familiales*

Le montant des prestations familiales correspond, en général, à un pourcentage de la ***base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF)***. Cette base mensuelle est fixée par décret chaque année au 1er avril. Elle est égale à 406,21 € au 1er avril 2015.

Les prestations familiales sont versées mensuellement et à terme échu par la caisse d'allocations familiales (CAF) du lieu de résidence de la famille (ou de la caisse de mutualité sociale agricole pour les travailleurs agricoles). Le paiement est fait en principe par virement.

Les prestations familiales sont non soumises à l'impôt sur le revenu et à la contribution sociale généralisée (CSG), mais soumises à la CRDS sauf pour l'AEEH et la prime de déménagement.

Chaque CAF dispose d'un fonds d'action sanitaire et sociale qui lui permet d'accorder des secours en argent, des prêts pour l'amélioration de l'habitat et des bons de séjour en colonie de vacances. Elle met à la disposition des familles ou personnes en difficulté des travailleurs familiaux et des aides ménagères. Elle participe aussi au financement des crèches, jardins d'enfants...

## 2 Les prestations familiales

Les prestations familiales sont destinées à atténuer les charges de famille que supporte l'allocataire – salarié ou non – pour élever ses enfants ou pour faire face à certaines situations (le logement, le handicap…).

Gualino.

## ■ *Les prestations familiales liées à la présence d'un ou plusieurs enfants*

| Prestations familiales | % de la BMAF |
|---|---|
| **Allocations familiales (AF)** | |
| Compenser les dépenses occasionnées par l'éducation de 2 enfants ou plus :<br>– sans condition de ressources ;<br>– majoration pour chacun des enfants à charge de plus de 14 ans (sauf pour l'aîné dans les familles de moins de 3 enfants) : 16 % de la BMAF.<br>Depuis le du 1er juillet 2015, les allocations familiales sont modulées en fonction des ressources du foyer. Le montant de l'allocation est :<br>– divisé par 2 si les ressources du foyer sont comprises entre 6 000 € et 8 000 € ;<br>– divisé par 4 si les ressources du foyer sont supérieures à 8 000 €.<br>Un mécanisme de lissage doit être instauré par décret pour éviter les effets de seuil. | *deux enfants* :<br>32 %<br>*par enfant en plus* :<br>41 % |
| **Complément familial (CF)** | |
| Compenser les dépenses occasionnées par l'éducation de 3 enfants ou plus de plus de 3 ans (jusqu'à l'âge de 21 ans) :<br>– ne pas dépasser un plafond annuel de ressources.<br>Un complément différentiel est dû lorsque les ressources excèdent le plafond d'un montant inférieur à une somme déterminée par décret.<br>Un Le montant du CF est majoré si les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre d'enfants à charge. | 41,65 %<br><br>49,99 % |
| **Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)** | |
| *La prime à la naissance ou à l'adoption* : compenser les dépenses occasionnées par la naissance d'un enfant ou par l'adoption d'un enfant de moins de 20 ans :<br>– ne pas dépasser un plafond annuel de ressources ;<br>– déclarer sa grossesse dans les 14 premières semaines ;<br>– versée au cours du 7e mois de grossesse (adoption, mois suivant l'arrivée au foyer). | *Naissance :* 229,75 %<br>*Adoption :* 459,50 % |
| *L'allocation de base* : compenser les dépenses liées à l'arrivée d'un enfant :<br>– ne pas dépasser un plafond annuel de ressources ;<br>– avoir fait passer à l'enfant les examens médicaux obligatoires ;<br>– pas de cumul avec le CF ;<br>– versée à compter du mois de naissance de l'enfant et jusqu'au mois précédent son 3e anniversaire (en cas d'adoption de moins de 20 ans, pendant 3 ans).<br>Le montant de l'allocation est modulé selon le niveau des ressources du foyer. Il est divisé par 2 si les ressources dépassent un certain seuil, fixé par décret.<br>La modulation est appliquée depuis le 1er avril 2014 pour les enfants nés ou adoptés à compter de cette date, et à compter du 1er avril 2017, pour les autres enfants. | 45,95 % |

Gualino.

| Prestations familiales | % de la BMAF |
|---|---|
| **Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) (suite)** | |
| ***La prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE)*** : compenser la perte de revenu dû au fait de cesser totalement ou partiellement son activité professionnelle pour vouloir s'occuper de son ou ses enfants :<br>– sans condition de ressources ;<br>– avoir exercé une activité professionnelle minimale ;<br>– cesser de travailler (taux plein) ou travailler à temps partiel (taux partiel variable) ;<br>– pas de cumul avec le CF et l'AJPP.<br>Versée à chacun des parents pendant 6 mois si un enfant à charge ou pendant 3 ans si 2 enfants à charge ou plus (ou jusqu'au 3e anniversaire du dernier) répartis entre les 2 parents (2 ans pour l'un et 1 an pour l'autre). | *Taux plein* : 96,62 %<br>*Taux partiel* :<br>*Temps partiel de 50 % maximum* : 62,46 %<br>*Temps partiel entre 50 % et 80 %* : 36,03 % |
| ***Le complément de libre choix du mode de garde (CLCMG)*** : compenser la charge occassionnée par l'emploi d'une assistante maternelle agréée ou d'une garde d'enfant à domicile ou par le recours à une association ou une entreprise habilitée pour au moins 16 heures par mois :<br>– au moins un enfant de moins de 6 ans ;<br>– avoir une activité professionnelle minimale, salarié ou non-salarié. | *Selon ressources*<br>*Enfant –3 ans*<br>de 43,14 % à 208,53 %<br>*Enfant de 3 à 6 ans*<br>de 21,57 % à 104,26 % |
| **Allocation journalière de présence parentale (AJPP)** | |
| Compenser la perte de revenu occassionnée par le fait de cesser son activité professionnelle pour s'occuper de son enfant victime d'une maladie, d'un accident ou d'un handicap grave rendant indispensable une présence soutenue et des soins contraignants :<br>– sans condition de ressources ;<br>– crédit de 310 jours ouvrés pour un même enfant et par maladie, correspondant au nombre maximum d'allocations journalières, à utiliser pendant une période de 3 ans au maximum. Le crédit de 310 jours ouvrés peut ne pas être utilisé en continu ;<br>– pas de cumul avec le complément de libre choix d'activité de la PAJE, le complément et la majoration de l'AEEH et l'AAH ;<br>– complément pour frais, sous conditions de ressources, si l'état de l'enfant exige des dépenses supérieures à un montant fixé à 27,19 % de la BMAF. | *personnes en couple*<br>10,63 %<br>*personne seule*<br>12,63 % |
| **Allocation de soutien familial (ASF)** | |
| Compenser les dépenses occasionnées par l'éducation d'un enfant pour le père ou la mère vivant seul(e), lorsque l'un des parents se soustrait au versement d'une pension alimentaire ou pour la personne ayant recueilli cet enfant :<br>– sans condition de ressources. | *orphelin père et mère*<br>33 %<br>*Autres cas*<br>24,76 % |

Gualino.

| Prestations familiales | % de la BMAF |
|---|---|
| **Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)** | |
| Compenser les dépenses occasionnées par la charge d'un enfant atteint d'une incapacité permanente égale ou supérieure à 80 % (entre 50 et 80 % si l'enfant fréquente un établissement d'éducation spécialisée) :<br>– sans condition de ressources ;<br>– complément accordé, en fonction de la catégorie du handicap, si l'état de l'enfant entraîne des dépenses particulières ou nécessite le recours à une tierce personne ou contraint l'un des parents à réduire ou cesser son activité (majoration parent isolé). | *par enfant concerné*<br>32 % |
| **Allocation de rentrée scolaire (ARS)** | |
| Compenser les dépenses occasionnées par la rentrée scolaire d'un ou plusieurs enfants à charge âgés de 6 ans à 18 ans au plus en scolarité ou en apprentissage :<br>– ne pas dépasser un plafond annuel de ressources ;<br>– versée, pour chaque enfant, au début de l'année scolaire en fonction de son âge. Une allocation différentielle est dûe lorsque les ressources excèdent le plafond d'un montant inférieur à une somme déterminée par décret. | *par enfant concerné :*<br>6-10 ans : 89,72 %<br>11-14 ans : 94,67 %<br>15-18 ans : 97,95 % |

## ■ *Les prestations familiales liées au logement*

| Prestations ou allocations de logement | Montant |
|---|---|
| **Allocation de logement (AL)** | |
| *L'allocation de logement familial (ALF)* : compenser une partie des dépenses liées au loyer ou au remboursement du prêt pour l'accession à la propriété de la résidence principale :<br>– ne pas dépasser un plafond annuel de ressources ;<br>– être dans l'une des situations suivantes :<br>• bénéficier de l'une des prestations familiales (AF, CF, PAJE, ASF, AEEH),<br>• ménage de moins de 40 ans (pendant 5 ans à compter du mariage),<br>• ménage ou personne ayant un enfant à charge ou un ascendant à charge ;<br>– consacrer au logement principal un pourcentage minimum de ressources. | variable en fonction :<br>– des ressources ;<br>– du loyer ou du prêt ;<br>– du nombre de personnes à charge. |
| *L'allocation de logement social (ALS)* : compenser une partie des dépenses liées au loyer ou au remboursement du prêt pour l'accession à la propriété de la résidence principale :<br>– ne pas dépasser un plafond annuel de ressources ;<br>– toute personne quel que soit son âge, sa situation familiale ou professionnelle et bénéficiant d'aucune allocation répondant au même objet (AL, APL) ;<br>– consacrer au logement principal un pourcentage minimum de ressources. | |

Gualino.

| Prestations ou allocations de logement | Montant |
|---|---|
| **Aide personnalisée au logement (APL)** | |
| Compenser une partie des dépenses liées au loyer ou au remboursement d'un prêt d'accession à la propriété (PAP), d'un prêt d'accession sociale (PAS) ou d'un prêt conventionné (PC) destiné à la construction, l'achat ou l'amélioration de la résidence principale (ou d'un logement destiné à être loué) :<br>– ne pas dépasser un plafond annuel de ressources ;<br>– toute personne quel que soit son âge, sa situation familiale ou professionnelle. | variable en fonction :<br>– des ressources ;<br>– du loyer ou du prêt ;<br>– du statut d'occupation. |
| **Prêt à l'amélioration de l'habitat** | |
| Compenser les dépenses occassionnées par des travaux destinés à l'amélioration de la résidence principale (locataire ou propriétaire) :<br>– sans condition de ressources ;<br>– percevoir au moins une prestation familiale (sauf AAH, l'APL ou l'allocation de logement versée aux personnes sans enfant).<br>Le taux du prêt est de 1 %. Il est remboursable en 36 mensualités égales. | 80 % des dépenses engagées dans la limite de 1 067,14 € |
| **Prime de déménagement** | |
| Compenser une partie des dépenses liées au déménagement à l'occasion de la naissance d'un 3e enfant ou plus :<br>– déménager entre le 1er jour du mois suivant le 3e mois de grossesse et le dernier jour du mois qui précède les 2 ans du 3e enfant, du 4e enfant... ;<br>– remplir les conditions d'ouverture à l'AL, l'ALS ou l'APL dans les 6 mois au plus qui suivent le déménagement. | *3 enfants* :<br>240 % de la BMAF<br>*par enfant en plus* :<br>+ 20 % % de la BMAF |

Gualino.

# Les autres formes de la protection sociale

**PARTIE 3**


**Chapitre 12** - La prévoyance complémentaire 101
**Chapitre 13** - Les retraites complémentaires 105
**Chapitre 14** - La protection universelle maladie et la couverture maladie universelle complémentaire 109
**Chapitre 15** - La perte de l'autonomie 113
**Chapitre 16** - Le revenu de solidarité active (RSA) et la prime d'activité (PA) 119
**Chapitre 17** - L'aide sociale 123
**Chapitre 18** - L'aide médicale de l'État (AME) 125


Gualino.

Gualino.

# La prévoyance complémentaire

**Chapitre 12**

*La prévoyance complémentaire est destinée à offrir à toute personne une couverture sociale complémentaire venant s'ajouter à celle des régimes obligatoires de la Sécurité sociale.*

## 1 La complémentaire frais de santé

### ■ *La couverture minimale obligatoire*

*La couverture minimale obligatoire comprend la prise en charge totale ou partielle des dépenses suivantes* :

– ***la participation de l'assuré*** aux tarifs servant de base au calcul des prestations des organismes de Sécurité sociale pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires (maladie, maternité ou accident), ***à savoir le ticket modérateur*** ;

– *le forfait journalier hospitalier* ;

– ***les frais exposés***, en sus des tarifs de responsabilité, ***pour les soins dentaires*** prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale ***et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel*** admis au remboursement comme les frais d'optique ou les frais de prothèses auditives.

*L'employeur assure au minimum la moitié du financement de cette couverture*.

Gualino.

### ■ *La mise en place de la complémentaire frais de santé*

Depuis le 1er janvier 2016, ***tous les salariés doivent bénéficier d'une couverture complémentaire frais de santé d'un niveau au moins équivalent à la couverture minimale obligatoire***.

La couverture complémentaire frais de santé est mise en place :

– ***par une négociation de branche*** : les organisations liées par une convention collective de branche ou, à défaut, par des accords professionnels engagent une négociation afin de permettre aux salariés qui ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire frais de santé obligatoire, un niveau de leur branche ou de leur entreprise, d'accéder à une telle couverture ;

– ***par une négociation d'entreprise*** : l'employeur engage, dans le cadre de la négociation annuelle sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail, une négociation en vue d'instaurer une couverture complémentaire frais de santé obligatoire dès lors que les salariés de l'entreprise ne bénéficient pas d'une telle couverture ;

– ***par une décision unilatérale de l'employeur*** : l'employeur doit, dès lors que ses salariés ne bénéficient pas d'une telle couverture, la mettre en place par décision unilatérale. Les salariés sont informés de cette décision.

L'employeur doit financer au moins 50 % de la couverture complémentaire frais de santé quel que soit le niveau des garanties proposés.

## 2 La complémentaire prévoyance

*La complémentaire prévoyance couvre* :

– *le risque de décès* ;

– *les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité* ;

– *les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité*.

La couverture complémentaire prévoyance peut être mise en place :

– *soit par des conventions ou d'accords collectifs* ;

– *soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par l'employeur* ;

– ***soit par une décision unilatérale de l'employeur*** constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

Gualino.

# 3 Les organismes de prévoyance dans l'entreprise

## ■ *Les institutions de prévoyance*

Les institutions de prévoyance sont des organismes de droit privé – à but non lucratif – sont régies par le Code de la sécurité sociale.

Elles sont gérées paritairement. Chaque conseil d'administration doit être composé pour moitié de représentants employeurs et pour moitié de représentants soit du comité d'entreprise si l'institution de prévoyance est créée dans le cadre d'une entreprise ou de plusieurs entreprises, soit de salariés ou retraités.

## ■ *Les mutuelles*

Les sociétés mutualistes sont des ***groupements de personnes à but non lucratif***. Elles ont pour but d'***assurer, au moyen des cotisations de leurs membres, la prévention des risques sociaux et la réparation de leurs conséquences dans l'intérêt de ceux-ci et de leur famille***. Elles sont régies par le Code de la mutualité.

Les sociétés mutualistes ont des compétences territoriales ou professionnelles déterminées. Elles peuvent se regrouper en unions et fédérations. La Fédération nationale de la Mutualité française (FNMP) regroupe à elle seule près de 90 % de la mutualité.

***L'adhésion*** à une société mutualiste est, en principe, ***volontaire et individuelle***. Si l'adhésion est réalisée dans le cadre de la prévoyance collective, le salarié reste un membre participant à titre individuel.

Le fonctionnement de la société mutualiste est assuré par :

– ***l'assemblée générale*** : elle est composée des adhérents de la société ou par des délégués – au niveau départemental ou régional – élus par les adhérents. Elle se réunit chaque année pour élire le conseil d'administration et voter le rapport de gestion des administrateurs ;

– ***le conseil d'administration*** : il élit un bureau et un président. Le Conseil et le bureau assurent la gestion de la société.

La participation des adhérents à l'administration de leur mutuelle est une caractéristique de l'esprit mutualiste. Les décisions les plus importantes sont prises par l'assemblée générale.

En cas de prévoyance collective, la société mutualiste est gérée paritairement comme l'institution de prévoyance.

Gualino.

### ■ *Les compagnies d'assurance*

Les compagnies d'assurance sont soumises au Code des assurances. Elles peuvent ***participer à la prévoyance dans le cadre des contrats d'assurance de groupe au profit d'un ensemble de personnes présentant des caractères communs*** et relevant des mêmes conditions techniques pour la couverture d'un ou plusieurs risques.

### ■ *Le choix de l'organisme assureur*

*Le choix de l'organisme assureur de la complémentaire frais de santé et/ou de la complémentaire prévoyance est précédé d'une mise en concurrence préalable des différents organismes concernés*.

Les branches professionnelles peuvent recommander à leurs entreprises un ou plusieurs organismes assureurs pour la protection sociale de leurs salariés.

## 4 La portabilité des garanties santé et prévoyance

*Les salariés, garantis collectivement par une complémentaire frais de santé et éventuellement par une complémentaire prévoyance, bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail*, non consécutive à une faute lourde, *ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage*.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail, sans pouvoir excéder 12 mois.

L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Gualino.

# Les retraites complémentaires

**Chapitre 13**

*Les régimes complémentaires de retraite ont pour but d'assurer un complément de ressources qui s'ajoute à la pension de vieillesse du régime général. L'affiliation du salarié est obligatoire.*

## 1 Les régimes de retraite complémentaire

Les régimes de retraite complémentaire ont pour but d'***assurer un complément de ressources qui s'ajoute à la pension de vieillesse du régime général***. Ce sont des régimes de répartition, les cotisations encaissées dans l'année sont utilisées pour servir les retraites de la même année.

Les différents régimes ont été institués par accords nationaux interprofessionnels entre les organisations syndicales de salariés et d'employeurs. Les conseils d'administration de ces régimes sont gérés paritairement par des représentants des salariés et des employeurs.

***L'affiliation à un régime complémentaire de retraite est obligatoire*** pour tout salarié assujetti à l'assurance vieillesse du régime général.

Il existe deux régimes de retraites complémentaires :

– ***l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (ARRCO)*** : elle est un régime unique de retraite complémentaire. Tous les salariés doivent y être affiliés, y compris les cadres relevant de l'AGIRC, pour la partie de leur rémunération n'excédant pas le plafond de la Sécurité sociale ;

– ***l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC)*** : elle regroupe les institutions de retraite des cadres. Les cadres et assimilés doivent y être affiliés pour la partie de leur rémunération excédant le plafond de la Sécurité sociale dans la limite de 8 fois ce plafond.

Un régime unifié de retraite complémentaire doit être créé au 1er janvier 2019.

Gualino.

## 2 Le financement des régimes ARRCO et AGIRC

Le financement des régimes ARRCO et AGIRC est ***assuré par une double cotisation patronale et salariale*** calculée sur la même assiette que pour les cotisations destinées au financement de la Sécurité sociale. La répartition la plus fréquente est 60 % à la charge de l'employeur et 40 % à la charge du salarié.

Les taux de cotisation de retraite complémentaire (les taux contractuels) sont affectés d'un taux d'appel fixé à 125 % (il passera à 127 % en 2019). Ce taux d'appel est destiné à accorder un surplus de financement aux régimes de retraite. Les 25 % excédentaires sont non-productifs de points de retraite.

### Taux des cotisations des régimes ARRCO et AGIRC au 1er janvier 2016

| Plafond pour le calcul des cotisations | Employeur | Salarié |
|---|---|---|
| **Régime ARRCO (taux appel)** | | |
| **Salarié non-cadre** : | | |
| – tranche 1 (T 1) : 1 x plafond | 4,65 % | 3,10 % |
| – tranche 2 (T 2) : 1 x plafond à 3 x plafond | 12,15 % | 8,10 % |
| **Salarié cadre** : | | |
| – tranche A : 1 x plafond | 4,65 % | 3,10 % |
| **Régime AGIRC (taux appel)** | | |
| – tranche B : 1 x plafond à 4 x plafond | 12,75 % | 7,80 % |
| – tranche C : 4 x plafond à 8 x plafond[1] | 12,75 % | 7,80 % |
| – Contribution exceptionnelle temporaire (CET)[2] : 0 à 8 x plafond | 0,22 % | 0,13 % |
| – Assurance décès obligatoire : 1 x plafond | 1,50 % | — |

1. 20,55 % : jusqu'à 20 % la répartition est fixée par accord au sein de l'entreprise. Sur la fraction de cotisation appelée dépassant 20 % : 0,19 à la charge de l'employeur et 0,36 à la charge du salarié.
2. La contribution exceptionnelle temporaire (CET) est une cotisation de solidarité pour le régime AGIRC, elle est reconduite pour les années 2016 à 2018).

Les régimes de retraites complémentaires, comme les autres régimes de retraite, sont des régimes par répartition, les cotisations encaissées dans l'année étant utilisées pour servir les retraites de la même année.

Gualino.

Les régimes de retraites complémentaires appellent les cotisations ARRCO et AGIRC trimestriellement ou mensuellement en fonction du choix déclaratif de l'entreprise, soit sur une base exacte, soit sur une base prévisionnelle avec une régularisation annuelle.

## 3 La liquidation de la retraite complémentaire

La demande de liquidation de la retraite complémentaire peut être faite :

– *à l'âge d'attribution du taux plein fixé par le régime général de la Sécurité sociale pour obtenir une retraite complémentaire à taux plein* (entre 65 et 67 ans en fonction de son année de naissance). La liquidation de la retraite avant cet âge entraîne l'application d'un taux minoré ;

– *dès l'âge légal de départ à la retraite fixé par le régime général de la Sécurité sociale, par dérogation et sans abattement, si l'assuré justifie de la durée d'assurance qui permet d'obtenir dans le régime général une pension de vieillesse à taux plein et a fait liquider cette pension ou est inapte au travail*. Il en est de même pour l'assuré bénéficiant d'un départ anticipé en retraite.

Le surcoût de cette mesure est financé par une cotisation (à la charge de l'employeur et du salarié) versée à l'Association pour la gestion du fonds de financement de l'AGIRC et de l'ARRCO (AGFF) créée à cet effet.

| Plafond pour le calcul de la cotisation AGFF | Employeur | Salarié |
|---|---|---|
| Salarié non-cadre : | | |
| Tranche 1 ( T1) : 1 x plafond | 1,20 % | 0,80 % |
| Tranche 1 ( T1) : 1 x plafond à 3 x plafond | 1,30 % | 0,90 % |
| Salarié cadre : | | |
| Tranche A : 1 x plafond | 1,20 % | 1,20 % |
| Tranche B : 1 x plafond à 4 x plafond | 1,30 % | 1,30 % |
| Tranche C : 4 x plafond à 8 x plafond | 1,30 % | 1,30 % |

Les cotisations sont recouvrées par les institutions, dans les mêmes conditions que les cotisations des régimes AGIRC et ARRCO.

## 4 Le montant des retraites ARRCO et AGIRC

Le nombre de points acquis par le salarié au cours d'une année est obtenu en divisant le montant des cotisations versées par le salaire de référence (il représente le prix d'achat du point pour une année donnée ; il est fixé par l'institution de retraite concernée).

Gualino.

Le montant de la retraite annuelle est ***calculé en multipliant le nombre de points acquis par la valeur du point de retraite en vigueur au moment de la liquidation***. La valeur du point de retraite est fixée au 1er novembre de chaque année par le régime. Le montant de la retraite représente environ 30 % du salaire.

Des majorations familiales sont accordées pour l'assuré ayant des enfants à charge ou ayant élevé au moins 3 enfants à sa charge ou à celle de son conjoint pendant 9 ans avant leur 16e anniversaire.

Une ***pension de réversion*** est prévue, sous certaines conditions, pour le conjoint survivant :

– ***ARRCO*** : dès l'âge de 55 ans (sur la base de 60 % des points de l'assuré décédé) ;

– ***AGIRC*** : dès l'âge de 60 ans (sur la base de 60 % des points de l'assuré décédé) ou dès 55 ans à un taux minoré.

L'employeur doit constituer une couverture décès minimum pour ses cadres couverte par une cotisation de 1,50 % sur la tranche A. Le montant du capital décès varie en fonction du contrat souscrit par l'entreprise auprès de l'organisme d'assurance ou auprès de l'institution de retraite.

L'employeur a la possibilité d'instaurer par voie conventionnelle ou contractuelle un régime de retraite supplémentaire. La retraite supplémentaire vient compléter la retraite du régime général et celles des régimes ARCCO et AGIRC.

Gualino.

# La protection universelle maladie et la couverture maladie universelle complémentaire

**Chapitre 14**

*La protection universelle maladie assure un réel accès aux soins aux personnes qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière et qui ne relèvent d'aucun régime professionnel obligatoire. La couverture maladie universelle complémentaire permet aux personnes dont les revenus sont les plus faibles de bénéficier d'une complémentaire de santé gratuite.*

***La protection universelle maladie (PUMA) assure à toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière de bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé (maladie et maternité)*** en garantissant son affiliation au régime général de la Sécurité sociale.

La PUMA remplace la couverture maladie universelle de base (CMU).

## 1 La protection universelle maladie (PUMA)

### ■ *Les conditions à remplir pour bénéficier de la PUMA sur critère de résidence*

***Pour bénéficier de la protection universelle maladie (PUMA)***, c'est-à-dire pour être affilié au régime général de la Sécurité sociale, ***la personne doit résider sur le territoire français de manière stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois***. La stabilité de résidence est appréciée au regard des notions de foyer habituel et permanent ou de lieu de séjour principal (à savoir une présence effective de plus de 6 mois) en France.

***La personne de nationalité étrangère***, hors Union européenne, Espace économique européen ou Suisse, ***doit, en plus, justifier de sa situation régulière au moyen d'un titre de séjour en cours de validité*** ou de tout document attestant qu'elle en a fait la demande.

© Gualino.

La demande de la PUMA, c'est-à-dire de l'affiliation au régime général de Sécurité sociale, est faite auprès de la caisse primaire d'assurance maladie :

– du domicile de l'intéressé ;

– du lieu d'élection de domicile si la personne est sans domicile fixe (soit auprès d'un organisme agréé à cet effet, soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale).

***L'affiliation à la PUMA est gratuite si les revenus de la personne sont inférieurs à un plafond de ressources revalorisé chaque année***. L'ensemble des revenus d'activité ou non de l'avant dernière année civile précédant la demande sont pris en compte.

Le plafond de ressources est fixé jusqu'au 1er janvier 2016 à 9 611 €.

Au-delà du plafond de ressources, la ***cotisation annuelle de 8 %*** est calculée sur la base de l'ensemble des revenus pris en compte, après déduction du plafond de ressources.

*Exemple de calcul de cotisation pour un revenu excédant le plafond* :

Pour un revenu de 12 800 €, la cotisation sera de :

(12 800 – 9 611) x 8 % = 255,12 €.

La cotisation est due à la date de l'affiliation. Son paiement s'effectue par trimestre. Si le montant de la cotisation est inférieur ou égal à 41 € par trimestre, la personne en est dispensée et ne reçoit pas d'appel à cotisation.

L'affiliation à la PUMA est effective dès le dépôt de la demande.

### ■ *La prise en charge des soins avec la PUMA*

Le bénéficiaire de la PUMA bénéficie d'une ***prise en charge dans les mêmes conditions qu'un assuré ordinaire*** (système du tiers payant). Il est soumis aux contributions forfaitaires de 1 € et de 18 €, aux franchises médicales et au forfait hospitalier.

## 2 La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

### ■ *Les conditions d'ouverture des droits à la CMU-C*

Pour bénéficier de la CMU-C, la personne doit remplir les conditions suivantes :

– ***résider sur le territoire français de façon stable***, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois ;

– ***justifier de la régularité de sa situation si elle est de nationalité étrangère*** ;

Gualino.

– *disposer de ressources inférieures à un seuil* fixé par décret, au 1er juillet de chaque année. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge.

**Plafond annuel de ressources selon la composition du foyer le 1er juillet 2015**

| 1 personne | 2 personnes | 3 personnes | 4 personnes | 5 personnes et + |
|---|---|---|---|---|
| 8 645 € | + 50 % | + 30 % | + 30 % | + 40 % par personne |

Les ressources prises en compte pour l'octroi de la CMU-C sont toutes les ressources, imposables ou non imposables, perçues au cours des 12 mois civils précédant la demande. Ainsi, pour une demande effectuée en février 2016, les ressources prises en compte sont les ressources perçues du 1er février 2015 au 31 janvier 2016.

La protection complémentaire est gérée soit par la caisse primaire à laquelle le bénéficiaire est rattaché, soit par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance ou régime de prévoyance). Le choix est opéré par le bénéficiaire au moment de sa demande.

Toute personne dont les revenus ne dépassent pas de plus de 35 % les plafonds de ressources de la CMU-C a droit à une ***aide au paiement d'une complémentaire de santé (ACS)***. Les bénéficiaires de l'ACS bénéficient du tiers payant.

Le montant de l'ACS varie selon l'âge du bénéficiaire :

– moins de 25 ans : 100 € ;

– de 25 ans à 49 ans : 200 € ;

– de 49 ans à 59 ans : 350 € ;

– 60 ans et plus : 550 €.

## ■ *La prise en charge des soins avec la CMU-C*

Le bénéficiaire de la CMU-C bénéficie d'une ***prise en charge à 100 % du tarif de responsabilité*** (y compris le ticket modérateur) ***et du tiers payant***.

Il est exonéré des contributions forfaitaires de 1 € et de 18 €, des franchises médicales et du forfait hospitalier. Il bénéficie du système du tiers payant ; il n'a donc pas à avancer les frais liés aux soins.

Les médecins à honoraires libres « *secteur 2* » ne peuvent dépasser les tarifs conventionnels de la Sécurité sociale.

Gualino.

La prise en charge, dans la limite des tarifs de la CMU-C, varie selon les situations :

– ***en matière dentaire*** : les soins conservateurs (caries, détartrages, examens de contrôle), et les soins de prothèses dentaires et d'orthopédie dento-faciale ;

– ***en matière d'optique*** : un équipement de lunettes (soit 2 verres et une monture de lunettes) par an, l'opticien doit proposer des verres et une monture dans la gamme de prix des tarifs de la CMU-C ;

– ***en matière d'audioprothèses*** : une prothèse auditive analogique (externe) tous les 2 ans. En cas d'achat d'un appareil plus cher, le complément est à la charge du bénéficiaire ;

– ***autres produits (cannes, déambulateurs…)*** : les distributeurs proposent ces produits à des prix égaux aux tarifs de remboursement par l'assurance maladie.

Gualino.

# La perte d'autonomie

**Chapitre 15**

*La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a pour mission de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. La perte d'autonomie ouvre droit selon les cas soit à l'allocation aux adultes handicapés, soit à l'allocation personnalisée d'autonomie.*

## 1 La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public national à caractère administratif soumis au contrôle des autorités compétentes de l'État, est chargée :

– *de financer les aides permettant l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées* ;

– *de garantir une égalité de traitement* des personnes concernées par la perte d'autonomie sur l'ensemble du territoire ;

– *d'assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation* pour suivre la qualité du service visant à améliorer l'autonomie des personnes âgées et handicapées.

Le fonctionnement de la CNSA relève de la compétence :

– *du conseil* : il est chargé de définir les orientations et perspectives de l'action de la CNSA. Il est composé :

  • de représentants des associations œuvrant au niveau national en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées,

Gualino.

- de représentants des organisations syndicales représentatives des salariés et des employeurs,
- de parlementaires et de représentants des conseils généraux,
- de représentants de l'État,
- de représentants d'institutions intervenant dans les domaines de compétence de la CNSA,
- de personnalités qualifiées dans les domaines de compétence de la CNSA ;

– *du directeur* : il est responsable du bon fonctionnement de la CNSA. Il prépare les délibérations du conseil et met en œuvre leur exécution. Il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

*Un conseil scientifique*, composé d'experts, assiste le conseil et le directeur dans la définition des orientations et la conduite des actions de la CNSA.

*Le financement de la CNSA* est assuré notamment par :

– la contribution solidarité autonomie de 0,3 % (produit de la journée de solidarité : pour les salariés, une journée supplémentaire de travail non rémunérée de 7 heures et pour les employeurs le versement de la contribution de 0,3 %) ;

– la contribution additionnelle de 0,3 % sur les pensions retraites, les allocations de préretraites et les pensions d'invalidité, en sont exonérées les personnes dont les revenus de l'avant dernière année sont inférieurs à un plafond ;

– une fraction de la CSG (0,1 %) ;

– une contribution des caisses de retraite ;

– un transfert des crédits de l'assurance maladie consacrés aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

La CNSA conclut une convention d'objectifs et de gestion avec l'État comportant les engagements réciproques des signataires et des conventions avec les organismes nationaux d'assurance maladie et d'assurance vieillesse organisant leurs relations.

## 2 L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

*Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant*.

Gualino.

La reconnaissance du handicap est réalisée par la ***Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)*** instituée au sein des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

## ■ *L'allocation aux adultes handicapés (AAH)*

Pour bénéficier de l'AAH, la personne doit remplir les conditions suivantes :

– ***résider en France*** (pour un étranger être titulaire d'un titre de séjour régulier) ;

– ***avoir une incapacité permanente d'au moins 80 %*** reconnu par la CDAPH ***ou au moins 50 %*** si la CDAPH reconnaît l'***impossibilité d'exercer un emploi***, être âgé de moins de 60 ans et ne pas avoir travaillé depuis au moins 1 an ;

– ***avoir plus de 20 ans*** ou plus de 16 ans, si elle n'est plus considérée comme étant à charge pour le bénéfice des prestations familiales ;

– ***ne pas dépasser un plafond de ressources***.

Le montant de l'AAH est de 807,65 € /mois au 1er septembre 2015.

Si les ressources du bénéficiaire de l'AAH dépassent légèrement le plafond, le montant de l'AAH est réduit. S'il perçoit une pension (invalidité, retraite, rente d'accident du travail), il reçoit la différence entre le montant maximum et celui de sa pension ou rente.

Les revenus d'une activité professionnelle sont en partie exclus du montant des ressources servant au calcul de l'AAH. Les revenus d'activité professionnelle ne sont pas pris en compte pendant une durée maximum de 6 mois, et ce quel que soit le montant de ces revenus. Au-delà de cette durée, ces revenus sont pris en compte après l'application d'un abattement de 80 % pour la tranche de revenus inférieur ou égal à 30 % du SMIC puis 40 % au-delà de ce montant et sans limite dans le temps.

Le bénéficiaire de l'AAH peut, s'il remplit les conditions, percevoir en plus de l'AAH :

– soit ***le complément de ressources (CPR)*** – 179,31 € /mois – qui, ajouté à l'AAH à taux plein, forme ***la garantie de ressources pour les personnes handicapées (GRPH)*** : 986,66 € /mois au 1er septembre 2015 ;

– soit ***la majoration pour la vie autonome (MVA)*** : 104,77 € /mois.

L'allocataire qui remplit les conditions pour l'octroi de ces 2 avantages choisit de bénéficier de l'un ou de l'autre.

Le paiement de l'AAH et de son complément sont assurés par la CAF.

L'AAH n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu, à la CSG et à la CRDS.

Gualino.

### ■ *La prestation de compensation du handicap à domicile (PCH)*

Pour bénéficier de la PCH, la personne doit remplir les conditions suivantes :

– ***résider en France*** (pour un étranger être titulaire d'un titre de séjour régulier) ;

– ***avoir un handicap répondant à des critères*** prenant notamment en compte la nature et ***l'importance des besoins de compensation au regard du projet de vie*** ;

– ***être âgé de moins de 60 ans***.

La prestation de compensation est accordée par la CDAPH, sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et propose un plan personnalisé de compensation du handicap.

La PCH a le caractère d'une prestation en nature. Elle peut être versée, selon le choix du bénéficiaire, en nature ou en espèces. Elle est affectée à des charges liées à un besoin d'aides humaines ou techniques : assistance à domicile, aménagement du logement ou du véhicule, acquisition d'un lit médical, acquisition d'un fauteuil roulant, attribution et entretien des aides animalières…

La prestation est versée mensuellement sur la base de tarifs et de montants fixés par nature de dépense, dans la limite d'un taux de prise en charge. Le taux maximum de prise en charge est de 80 % ou 100 % selon les ressources de la personne handicapée.

## 3 L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) constitue :

– ***un droit universel*** pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie ;

– ***un droit égal***, le montant de la prestation sera le même sur tout le territoire à revenu et perte d'autonomie identique ;

– ***un droit personnalisé*** pour une allocation sur mesure, une modulation de l'allocation en fonction du degré de perte d'autonomie dans le cadre de plans d'aide individualisés, et en fonction des ressources.

L'APA doit permettre à toute personne âgée d'au moins 60 ans en perte d'autonomie, résidant en France de façon stable et régulière, de ***bénéficier de toutes les aides nécessaires pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne*** (déplacement, toilette…), qu'elle vieillisse chez elle ou qu'elle soit hébergée en maison de retraite.

Il existe ***une APA à domicile attribuée dans le cadre du maintien à domicile*** et ***une APA en établissement attribuée aux personnes âgées vivant en maison de retraite.***

Gualino.

## ■ *Les conditions d'ouverture des droits à l'APA*

Pour bénéficier de l'APA, le demandeur doit remplir les conditions suivantes :

– ***résider sur le territoire français de façon stable*** et pouvoir justifier de la régularité de sa situation si elle est de nationalité étrangère ;

– ***être âgé de 60 ans et plus*** ;

– ***connaître une perte d'autonomie nécessitant d'être aidé pour accomplir les actes de la vie quotidienne***, ou d'être surveillé régulièrement.

Le ***degré de perte d'autonomie*** est ***évalué à partir de la grille nationale AGGIR*** (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) qui permet, par l'application de différents critères, de déterminer si la personne peut accomplir un certain nombre d'actes essentiels de la vie quotidienne. Cette grille comporte 6 groupes, des personnes les moins autonomes (GIR 1) aux personnes ayant conservé leur autonomie (GIR 6). Les quatre premiers groupes bénéficient de l'APA. Les deux derniers groupes peuvent bénéficier des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

***Le dossier de la demande d'APA doit être adressée au président du conseil général***. Une procédure d'instruction est alors réalisée par une équipe médico-sociale afin d'évaluer le degré de perte d'autonomie.

La décision d'attribution de l'APA est prise par le président du conseil général sur la base de la proposition présentée par la commission de l'APA. Elle est notifiée au demandeur dans le délai de 2 mois à compter de la date d'enregistrement du dossier complet.

Le droit à l'APA est ouvert à compter de la date de la notification de la décision du département.

En cas de contestation, le bénéficiaire peut effectuer un recours amiable auprès de la commission de l'APA ou un recours contentieux auprès de la commission départementale d'aide sociale.

## ■ *Le montant de l'APA à domicile*

Le montant de l'APA à domicile est ***égal au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire, diminué du montant de la participation éventuellement laissé à sa charge*** calculé en fonction de ses ressources (le ticket modérateur).

Le bénéficiaire de l'APA faisant appel à un ou plusieurs salariés ou aux prestations d'un organisme agréé peut déduire de son impôt sur le revenu des dépenses engagées et non couvertes par l'APA, dans la limite d'un plafond. Il est en outre exonéré de la part patronale des cotisations de Sécurité sociale en cas d'emploi d'un ou plusieurs salariés.

Gualino.

L'APA à domicile est versée mensuellement soit directement à son bénéficiaire s'il rémunère une personne qu'il a lui-même recrutée ou un membre de sa famille (à l'exclusion du conjoint, concubin ou personne liée par un PACS), soit avec son accord à l'organisme agréé auquel il a fait appel.

L'APA à domicile n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu, à la CSG et à la CRDS.

## ■ *Le montant de l'APA en établissement*

La tarification des établissements comprend :

– ***le tarif d'hébergement***, réglé par la personne accueillie ou par l'aide sociale du département en cas d'insuffisance de revenus ;

– ***le tarif soins***, pris en charge par la Sécurité sociale ;

– ***le tarif dépendance*** réglé par la personne accueillie ou en partie par l'APA en établissement si la personne en bénéficie.

Le montant de l'APA en établissement est ***égal à la différence entre le tarif dépendance de l'établissement appliquable au GIR du bénéficiaire et la participation éventuelle laissée à sa charge*** calculée en fonction de ses ressources (le ticket modérateur).

L'APA en établissement est versée mensuellement soit directement à son bénéficiaire, soit avec son accord directement à l'établissement.

L'APA en établissement n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu, à la CSG et à la CRDS.

Gualino.

# Le revenu de solidarité active (RSA) et la prime d'activité (PA)

**Chapitre 16**

*Le revenu de solidarité active (RSA) est destiné à lutter contre la pauvreté.*
*La prime d'activité (PA) est destinée à garantir un complément de revenu à toute personne dont les revenus d'activité sont modestes.*

## 1 Le revenu de solidarité active (RSA)

### ■ *L'objectif du revenu de solidarité active (RSA)*

Le revenu de solidarité active (RSA) est destiné à ***assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence***.

Le RSA garantit à toute personne, qu'elle soit ou non en capacité de travailler, de disposer d'un revenu minimum.

### ■ *Les conditions d'ouverture des droits au RSA*

Pour bénéficier du RSA, la personne doit remplir les conditions suivantes :

– *être âgée :*

- ***de plus de 25 ans*** ou assumer la charge d'un ou plusieurs enfants nés ou à naître,
- ***de 18 ans au moins et de 25 ans au plus à condition d'avoir travaillé au moins 2 ans (3 214 heures) sur une période de référence de 3 ans précédant la date de la demande***. Si le jeune se trouve privé d'emploi, il peut, à l'issue de sa période de droits à l'assurance chômage, bénéficier de la garantie de ressources offerte par le RSA ;

– *résider en France de manière stable et effective* ;

© Gualino.

– *être française ou, pour la personne étrangère, être titulaire de la carte de résident ou avoir depuis au moins 5 ans un titre de séjour autorisant à travailler en France* (3 mois pour le ressortissant d'un État de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Suisse) ;
– *ne disposer d'aucun revenu d'activité*, la situation familiale (conjoint, concubin ou partenaire pacsé) et patrimonial du bénéficiaire est prise en compte.

Le RSA est attribué par le président du conseil départemental dans lequel le demandeur réside ou a élu domicile. La demande de RSA est déposée, au choix du demandeur, auprès d'organismes agréés. Le RSA est versé à compter du 1er jour du mois au cours duquel la demande a été déposée.

## ■ *Les droits et les obligations des bénéficiaires du RSA*

Le bénéficiaire du RSA :

– a *droit à un accompagnement social et professionnel adapté à ses besoins* organisé par un référent unique désigné par l'organisme auprès duquel le président du conseil départemental l'a orienté (Pôle emploi ou tout autre organisme participant au service public de l'emploi ou à l'insertion). Cet accompagnement donne lieu, dans un délai de 2 mois, à l'établissement d'un projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE) lorsqu'il est réalisé par Pôle emploi (ou d'un contrat, dans un délai d'un mois, lorsque l'accompagnement est réalisé par un autre organisme) ;
– est *tenu de rechercher un emploi, de créer sa propre activité ou d'entreprendre les actions nécessaires à une meilleure insertion sociale ou professionnelle*.

Les mêmes droits et devoirs s'appliquent au bénéficiaire et à son conjoint, concubin ou partenaire pascé, qui signent chacun le PPAE ou le contrat.

Le versement du RSA est suspendu, en tout ou partie, par le président du conseil départemental si le bénéficiaire manque à ses obligations.

## ■ *Le montant du RSA*

*Le montant du RSA varie en fonction de la composition du foyer et du nombre d'enfants à charge*. Son montant est majoré pour une femme isolée en état de grossesse ou pour une personne isolée assumant la charge d'un ou de plusieurs enfants. La durée de la période de majoration est prolongée jusqu'à ce que le dernier enfant ait atteint l'âge de 3 ans.

Le montant du RSA est révisé, le 1er avril de chaque année, en fonction de l'évolution des prix à la consommation hors tabac. Dans le cadre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté par le Gouvernement le 21 janvier 2013, il a été décidé d'une revalorisation de 10 % du RSA d'ici à 2017, hors l'indexation annuelle du RSA sur l'inflation. Dans ce cadre, le montant du RSA applicable à une personne seule a été fixé à 524,16 €, au 1er septembre 2015.

Gualino.

**Montant du RSA selon la composition du foyer**

| Nombre d'enfant(s) | Montant personne seule | Montant couple | Montant majoré parent isolé |
|---|---|---|---|
| 0 enfant | 100 % du RSA | + 50 % du RSA | 128,412 % du RSA |
| 1 enfant | + 50 % du RSA | + 30 % du RSA | + 42,804 % du RSA |
| 2 enfants | + 30 % du RSA | + 30 % du RSA | + 42,804 % du RSA |
| Par enfant en plus | + 40 % du RSA | + 40 % du RSA | + 42,804 % du RSA |

Le forfait logement prend en compte les aides au logement ou les avantages d'un logement occupé soit par son propriétaire, soit à titre gratuit. Il est évalué mensuellement et forfaitairement selon le nombre de personnes composant le foyer. Son montant est déduit du montant du RSA.

| Composition du foyer | Montant du forfait logement |
|---|---|
| Une personne seule | 12 % du montant forfaitaire (MF) calculé pour 1 personne |
| 2 personnes | 16 % du montant forfaitaire (MF) calculé pour 2 personnes |
| 3 personnes et plus | 16,5 % du montant forfaitaire (MF) calculé pour 3 personnes |

Le service du RSA est assuré par les caisses d'allocations familiales et, pour leurs ressortissants, par les caisses de mutualité sociale agricole.

Le RSA n'est pas soumis à l'impôt sur le revenu, à la CSG et à la CRDS.

### ■ *Le financement du RSA*

Le financement du RSA est assuré par l'attribution d'une partie du prélèvement de solidarité de 2 % sur les revenus du capital (1,1 % des 2%). Sont concernés l'ensemble des revenus d'épargne (assurance-vie, dividendes, revenus fonciers, plus-values), à l'exception du livret A, du livret développement durable, du livret jeune et du livret d'épargne populaire.

## 2 La prime d'activité (PA)

### ■ *L'objectif de la prime d'activité (PA)*

La prime d'activité (PA) se substitue, à compter du 1er janvier 2016, au RSA activité (versé en complément du RSA) ainsi qu'à la prime pour l'emploi. Elle a pour objet d'*inciter les travailleurs aux ressources modestes, qu'ils soient salariés ou non salariés, à l'exercice ou à la reprise d'une activité professionnelle et de soutenir leur pouvoir d'achat*.

Gualino.

## ■ Les conditions d'ouverture à la PA

Pour bénéficier de la PA, la personne doit remplir les conditions suivantes :

– *exercer une activité professionnelle, à temps plein ou à temps partiel, en tant que salarié ou travailleur indépendant*. Les étudiants ou les apprentis sont exclus du dispositif sauf s'ils perçoivent un salaire au moins égal à 78 % du SMIC ;

– *être âgée de 18 ans au moins* ;

– *résider en France de manière stable et effective* ;

– *être française* (ou être ressortissante d'un État de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Suisse) *ou être titulaire de la carte de résident ou avoir depuis au moins 5 ans un titre de séjour autorisant à travailler en France*.

## ■ Le montant de la PA

La PA varie en fonction :

– *des ressources du foyer* : les revenus d'activité professionnelle ou de remplacement (indemnités chômage, indemnités maladie…), les pensions alimentaires, les prestations ou aides sociales (allocations familiales, aides au logement…), l'hébergement gratuit ainsi que les autres revenus imposables sont pris en compte ;

– *de la composition du foyer et du nombre d'enfants à charge*.

*Le montant de la PA est égal à la différence entre un montant forfaitaire (MF)*, variable en fonction de la composition du foyer et du nombre d'enfants à charge, *augmenté d'une fraction des revenus professionnels des membres du foyer plus une ou plusieurs bonifications éventuelles et les ressources du foyer*. Le montant maximal de la bonification est de 12,782 % du MF pour une personne seule. La bonification est nulle lorsque les revenus mensuels sont inférieurs ou égaux à 59 SMIC horaire, croît linéairement lorsqu'ils sont compris entre 60 et 95 SMIC horaire et est constante lorsqu'ils sont supérieurs à 95 SMIC horaire.

Le MF applicable à un foyer composé d'une seule personne est égal à 524,16 €, au 1er janvier 2016. Il bénéficie des mêmes majorations que le RSA.

**PA = (MF + 62 % des revenus d'activité du foyer + bonification) – ressources du foyer**

Le montant de la PA est calculé sur la base d'une déclaration trimestrielle de ressources. Il est identique sur 3 mois même si la situation du bénéficiaire change au cours de cette période. Le paiement de la PA est assuré par les CAF et, pour leurs ressortissants, par les caisses de la MSA.

La PA n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu, à la CSG et à la CRDS.

Gualino.

# L'aide sociale

**Chapitre 17**

*L'aide sociale est une aide obligatoire que la collectivité publique est tenue d'accorder à toute personne qui, faute de ressources suffisantes, ne peut pourvoir à l'entretien qu'exige sa situation.*

L'objectif de l'aide sociale est ***d'aider, au titre de la solidarité nationale, toute personne ou famille en grande difficulté financière ou d'insertion*** en accordant diverses prestations d'aide sociale sous forme financière ou de services à domicile. Chaque commune ou département peut, en plus de l'aide sociale obligatoire, innover en matière d'aide financière ou de service pour couvrir les besoins de certains de ses administrés nécessiteux.

L'aide sociale est due aux personnes résidant en France remplissant les conditions suivantes :

– ne pas disposer de ressources suffisantes permettant de pourvoir aux nécessités de la vie ;

– résider sur le territoire français ;

– avoir la nationalité française, être ressortissant d'un État membre de l'Union européenne, être ressortissant d'un pays cosignataire d'une convention avec la France ou être réfugié ou apatride à condition d'être en résidence régulière en France.

La demande d'aide sociale est déposée soit à la mairie de la commune de résidence auprès du centre communal d'action sociale (CCAS), soit auprès des services départementaux. La demande est ensuite transmise auprès des commissions départementales qui statuent.

Les principales prestations d'aide sociale sont les suivantes :

– ***l'aide sociale à l'enfance (ASE)*** : elle apporte une aide aux parents en difficultés : allocations secours, aide à domicile d'une travailleuse familiale... Elle prend en charge les enfants pupilles

Gualino.

de l'État. Elle recueille aussi temporairement les enfants dont les parents sont hospitalisés, emprisonnés... ;

– *l'aide aux personnes âgées* : elle apporte divers types d'aides aux personnes âgées de plus de 65 ans (60 ans en cas d'inaptitude au travail) :
  - aide ménagère, accès dans un foyer restaurant... avec prise en charge totale ou partielle selon les ressources,
  - placement dans un foyer logement ou dans une maison de retraite,
  - aide à la dépendance (APA) ;
– *l'aide aux personnes handicapées* : elle comporte en plus de l'AAH :
  - la prestation de compensation du handicap à domicile (PCH), si l'état de la personne handicapée requiert la présence d'une tierce personne,
  - une prise en charge des frais d'hébergement pour un adolescent ou un mineur dans un établissement d'éducation spéciale,
  - une prise en charge des frais d'hébergement dans un centre de rééducation, dans un centre d'aide à l'emploi, dans un foyer…

  La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) attribue à la personne dont le taux d'incapacité est au moins de 80 % une carte d'invalidité ouvrant droit à certains avantages, notamment fiscaux.

Gualino.

# L'aide médicale de l'État (AME)

**Chapitre 18**

*L'aide médicale de l'État (AME) vise à assurer à toute personne de nationalité étrangère en situation irrégulière un réel accès aux soins, pour elle-même et les personnes à sa charge, sous réserve de remplir certaines conditions.*

L'objectif de l'aide médicale de l'État (AME) est de ***permettre à toute personne de nationalité étrangère, en situation irrégulière*** au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France, ***d'obtenir un réel accès aux soins pour elle-même et les personnes à sa charge*** (conjoint et enfants).

Pour bénéficier de l'aide médicale de l'État, la personne étrangère, pour elle-même et les personnes à sa charge, doit remplir les conditions suivantes :

– ***résider en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois*** : la durée de résidence s'apprécie de date à date. Elle peut être justifiée par tous moyens probants : visa expiré, passeport, notification de refus de demande d'asile, facture d'hôtel, inscription scolaire des enfants, quittance de loyer, facture EDF-GDF… ;

– ***ne pas dépasser un plafond de ressources*** qui est identique aux plafonds pour la CMU-C (*cf.* p. 111).

Toute personne de nationalité étrangère retenue, maintenue ou en instance de reconduite à la frontière, dans les Centres de rétention administrative peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'AME.

Le demande est effectuée à l'aide du formulaire « *demande d'aide médicale de l'État* ». Elle est déposée auprès de la CPAM, du centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS) de la

Gualino.

commune du demandeur, des services sanitaires et sociaux du département du demandeur, d'une association agréée ou d'un établissement de santé…, accompagnée des justificatifs nécessaires.

La CPAM instruit le dossier :

– ***en cas d'accord***, elle délivre une attestation d'admission à l'AME, indiquant la date d'effet et la période de validité. Cette attestation permet de faire valoir ses droits auprès des professionnels de santé et à l'hôpital ;

– ***en cas de refus***, le demandeur peut, dans un délai de 2 mois à compter de la reception de la décision, former un recours gracieux auprès du directeur de la CPAM ou exercer un recours contentieux devant la Commission départementale d'aide sociale.

L'AME est accordée pour 1 an et peut être reconduite chaque année tant que les conditions de ressources sont remplies et à condition de déposer une nouvelle demande.

Le bénéficiaire de l'AME bénéficie d'***une prise en charge à 100 %*** pour les soins médicaux et les prescriptions médicales, qu'ils soient dispensés à l'hôpital ou en médecine de ville, dans la limite des tarifs conventionnels ou de responsabilité.

Il est exonéré des contributions forfaitaires de 1 € et de 18 €, des franchises médicales et du forfait hospitalier. Il bénéficie du système du tiers payant ; il n'a donc pas à avancer les frais liés aux soins.

Tout étranger, en situation irrégulière, ne remplissant pas les conditions d'admission à l'AME peut bénéficier d'une ***prise en charge des soins urgents*** à condition :

– que l'absence des soins urgents mette en jeu le pronostic vital ou puisse conduire à une altération de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître ;

– que les soins soient dispensés par un établissement de santé.

Toute personne de nationalité étrangère qui ne réside pas habituellement en France et dont l'état de santé le justifie, peut, éventuellement et de façon exceptionnelle, bénéficier de l'***AME à titre humanitaire*** :

– en cas d'accident ou de maladie survenant lors de leur passage en France (visa touristique, visa de court séjour) ;

– dans les situations où les soins médicaux ne peuvent être dispensés dans l'État dont la personne étrangère est ressortissante.

La demande d'AME à titre humanitaire est de la compétence exclusive du ministre des Affaires sociales et de la Santé.

Gualino.

# BIBLIOGRAPHIE


## Ouvrages

– Grandguillot (D.), *Droit social - Droit du travail et droit de la protection sociale*, Gualino éditeur, coll. « Les Zoom's », 17e éd., 2015-2016.

– Grandguillot (D.), *Carrés DCG 3 Droit social*, Gualino éditeur, coll. « Expertise comptable », 6e éd., 2015-2016.

– Grandguillot (D.), *Social*, Gualino éditeur, coll. « En poche », 9e éd., 2016.

– Grandguillot (D.), *Paie*, Gualino éditeur, coll. « En poche », 6e éd., 2016.

– Aubin (E.), *L'essentiel du droit des politiques sociales*, Gualino éditeur, coll. « Carrés Rouge », 10e éd., 2015-2016.

– Borgetto (M.), Lafore (R.), *Droit de l'aide et de l'action sociales*, LGDJ, coll. « Précis Domat », 9e éd., 2015.

– *Code de la Sécurité sociale, Code de la mutualité*, Dalloz-Sirey, 40e éd., 2016.

– *Code de l'action sociale et des familles commenté*, Dalloz-Sirey, 12e éd., 2016.

## Revues

– Feuillet rapide social, Éditions Francis Lefebvre.

– La revue fiduciaire RF SOCIAL, Éditions Groupe Revue Fiduciaire.

– Social pratique, Éditions Liaisons.

## Sites internet

– Legifrance – Le service public de la diffusion du droit :
*http://www.legifrance.gouv.fr*


Gualino.

– Ministère du Travail, de l'Emploi et du Dialogue social : *www.travail-emploi.gouv.fr*
– Ministère des Affaires sociales et de la Santé : *www.social-sante.gouv.fr*
– Le portail du service public de la Sécurité Sociale : *http://www.securite-sociale.fr*
– Agence centrale des organismes de Sécurité sociale : *http://www.acoss.fr*
– Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC) : *http://www.agirc.fr*
– Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (ARRCO) : *http://www.arrco.fr*
– Caisse nationale des Allocations familiales (CNAF) : *http://www.caf.fr*
– Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) : *http://www.ameli.fr*
– Régime Social des Indépendants (RSI) : *http://www.le-rsi.fr*
– Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) : *http://www.cnav.fr*
– Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) : *http://www.urssaf.fr*
– Fédération des mutuelles de France : *http://www.mutuelles-de-france.fr*
– Mutualité sociale agricole (MSA) : *http://www.msa.fr*

Achevé d'imprimer par France Quercy, 46090 Mercuès
N° d'impression : 51441 - Dépôt légal : janvier 2016




*Imprimé en France*

Gualino.

Gualino.

LES CARRÉS

Droit

**L'essentiel du Droit de la Sécurité sociale** (15e éd. 2016) est une synthèse rigoureuse, pratique et à jour de l'ensemble des connaissances que le lecteur doit avoir sur cette matière. 18 Chapitres. **Tout y est !**

**Réviser et faire un point actualisé**

## Auteur

**Dominique Grandguillot**, a plusieurs années d'expérience dans la formation supérieure. Il est auteur de plusieurs ouvrages dans le domaine juridique.

## Public

- Étudiants en Licence et Master Droit
- Étudiants en Licence et Master AES et Sciences économiques
- Candidats aux concours de la Fonction publique

Prix : 13,50 €
ISBN 978-2-297-05435-5
www.lextenso-editions.fr

## Sommaire

- **Le régime général de la Sécurité sociale**
  - L'organisation
  - Le financement
  - L'assujettissement
  - Le contentieux
- **Les prestations du régime général**
  - L'assurance maladie
  - L'assurance maternité
  - L'assurance invalidité
  - L'assurance décès
  - L'assurance accidents du travail et maladies professionnelles
  - L'assurance vieillesse
  - Les prestations familiales
- **Les autres formes de la protection sociale**
  - La prévoyance complémentaire
  - Les retraites complémentaires
  - La PUMA et la CMU-C
  - La perte de l'autonomie
  - Le RSA et la prime d'activité
  - L'aide sociale
  - L'aide médicale de l'État