

Le droit de la protection sociale

Introduction : régime général - assurance chômage

sous la direction de Francis Kessler

Introduction

Le *Vocabulaire juridique Capitant* définit la protection sociale comme un « ensemble de mesures par lesquelles la société entend protéger les individus contre les risques sociaux ».

Lister les risques sociaux n'est pas chose aisée. L'énumération est variable :

- selon les pays. Ainsi, « l'ignorance » à laquelle répond « l'éducation » est considérée comme un risque social dans ses pays anglo-saxons, mais ne l'est pas, telle quelle, en France ;
- dans le temps. Des risques « nouveaux », telle la perte d'autonomie d'un nombre important de personnes (très) âgées, peuvent apparaître à un moment donné, d'autres, telle l'indemnisation des victimes de la barbarie nazie, peuvent disparaître.

Le risque social suppose donc un consensus, dans un État donné à un moment donné, de ne plus laisser l'individu seul face à une situation qui engendre pour lui une perte de revenus ou des dépenses jugées excessives.

Un consensus international (transcrit notamment dans la convention de l'Organisation internationale du travail n° 102 de 1952) s'est opéré pour considérer la maladie, la maternité, le décès, les charges familiales, les accidents du travail et maladies professionnelles, le chômage, l'invalidité, la vieillesse comme des risques sociaux. S'y ajoutent en France aujourd'hui, la pauvreté, le handicap, le mal-logement, la dépendance des personnes âgées, les accidents médicaux, les maladies de l'amiante, la réparation des dommages suite à des infractions pénales ou au terrorisme.

Les réponses possibles de « protection de l'individu par la société », c'est-à-dire les techniques de protection sociales, sont nombreuses. Elles sont elles aussi apparues dans le temps. Leur nécessaire coexistence est de même variable et évolutive dans le temps.



> Les techniques indifférenciées de protection sociale

La famille, le clan, le lignage et les « communautés » (quartiers, lieu d'origine) sont les mécanismes traditionnels de solidarité face à des risques sociaux. Prodiguée à titre gracieux, elles trouvent leurs limites face à des risques aux conséquences (trop) coûteuses.

La charité (individuelle ou collective via des églises ou des associations) ou la philanthropie (elle-même parfois fiscalement encouragée par l'État) peuvent permettre la protection de l'individu. Celui-ci dépendra néanmoins du bon vouloir (et des moyens) du donateur.

L'épargne, c'est-à-dire le report de la consommation immédiate au profit d'une consommation future, peut être moralement vertueuse mais est sensible à l'inflation et réservée à ceux qui sont suffisamment aisés.

L'assurance est une forme collective de réponse au risque. Elle suppose la création d'un groupe soit par un tiers et à but lucratif, soit par un collectif et à but non lucratif (la mutuelle) et un calcul de probabilité de réalisation individuelle du risque pour le groupe, de l'aléa. Cette technique libère l'individu seul du poids financier total du risque. Elle exclut toutefois ceux dont le risque est déjà réalisé et - pour que le tarif qui est fonction du risque reste acceptable par le groupe ou compétitif - ceux dont la probabilité de réalisation du risque est « trop élevée » (sélection des risques).

Les techniques du droit fiscal, qui peuvent être soit des mécanismes d'orientation des comportements des personnes au moyen d'exonération d'assiette ou de réduction d'impôt, soit des mécanismes d'allocation d'aides financées par le budget de l'État.

> Les techniques propres à la protection sociale

Sont apparues à la fin du XIX^e et début du XX^e siècle avec le développement du salariat :

- la responsabilité automatique « pour risque » de l'employeur en cas d'accident du travail a conduit au développement d'**assurances collectives souscrites par l'employeur** auprès d'organismes assureurs de prise en charge des dommages corporels subis par les salariés. Cela s'est traduit par l'invention, en 1898, de la législation sur l'indemnisation des accidents du travail puis, en 1919, de celles des maladies professionnelles ;
- les **assurances sociales** caractérisées par des cotisations obligatoires assises sur le salaire, partagées entre l'employeur et le salarié et des prestations fixées par la loi et non fonction du risque encouru, principes qui président aujourd'hui encore largement l'assurance maladie, maternité, vieillesse et décès. En France, cette technique a été mise en œuvre par deux lois de 1928 et 1930 ;
- l'**aide sociale**, qui offre des droits à des aides minimales gérées par le département à des bénéficiaires âgés, malades, handicapés qui remplissent certaines conditions de ressources. Cette aide a été complétée par un revenu minimum garanti en contrepartie d'efforts de comportements (RMI d'abord, RSA aujourd'hui).

- le **sursalaire familial**, majoration de rémunération des hommes mariés pour cause de charge de famille remplacées, dès 1916, par des « caisses de compensation familiale » auxquelles les employeurs cotisaient d'abord volontairement puis obligatoirement de par une loi de 1932. Ces caisses versent des allocations aux salariés ayant des enfants selon des règles progressivement unifiées par le législateur.

Sont apparus à partir des années 1950, puis avec une part croissante à la fin du XX^e siècle, des mécanismes d'indemnisation sociale : on songe ainsi au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ou au fonds d'indemnisation des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI).

> L'organisation moderne de la protection sociale en France

L'ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 disposait en son article 1^{er} qu'il « est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent ».

Si cette organisation a pris le nom de régime général, elle n'est pas la seule en charge de la gestion de régimes de sécurité. D'emblée, la protection sociale du monde agricole a été maintenue auprès de la mutualité sociale agricole ; celles des fonctionnaires, confiée pour les retraites et la couverture invalidité à un service de l'État ou une caisse spéciale pour les fonctionnaires des collectivités locales. La gestion de la prise en charge des frais de santé a été déléguée à des mutuelles de fonctionnaires. De même, sous l'appellation « régimes spéciaux », certaines professions ont pu garder leur protection vieillesse propre, voire une prévoyance particulière (EDF, SNCF, Mines, RATP, Opéra de Paris, etc.).

Le législateur et le pouvoir réglementaire ont autorisé les professions indépendantes à :

- construire (séparément pour les professions artisanales, commerçantes ou libérales) ou maintenir (pour les avocats) des régimes de retraites puis de régimes de retraites complémentaires obligatoires entre 1948 et 1970 ;
- construire une couverture maladie de base commune dans les années 1960.

Ces régimes ont été partiellement fusionnés en 2006 puis transférés administrativement au régime général tout en gardant des particularités de calcul de cotisations et de prestations ; les professions libérales ayant gardé leurs régimes professionnels de couverture vieillesse.

La prise en charge du chômage a une histoire mouvementée dans laquelle l'État a toujours joué un rôle prépondérant et qui a été institutionnellement construite en dehors du régime général. Les ASSEDIC, associations paritaires créées par un Accord national interprofessionnel de 1958 et l'ANPE, créé par l'État en 1967, ont été regroupés en 2008 en

une institution en charge du versement des prestations et de la mise en relation entre offreur et demandeur d'emploi : Pôle emploi. L'UNEDIC, instance centrale paritaire, subsiste en tant que lieu de négociations, très encadrées par l'État, tant au point de vue des objectifs que des moyens, des conventions d'assurance chômage.

I L'affiliation au régime général

Encadré « lexique » : L'affiliation est le rattachement d'un assuré social à l'égard du régime général. L'affiliation au régime général permet aux bénéficiaires d'obtenir des prestations, et au cotisant de cotiser ([art. L 200-2 CSS](#)).

A. LE CARACTÈRE OBLIGATOIRE DE L’AFFILIATION AU RÉGIME GÉNÉRAL

L'**affiliation** au régime général de sécurité sociale est obligatoire pour les personnes qui travaillent en France, et pour les personnes qui travaillent à l'étranger tout en étant soumises à la législation française ([art. L 111-2-2 CSS](#)). La sanction en cas de non affiliation peut aller jusqu'à 6 mois d'emprisonnement et 15 000 € d'amende ([art. L 114-18 CSS](#)).

Une personne qui en incite une autre à ne pas s'affilier sera également sanctionnée ([art. 114-18 CSS](#); [art. L 652-7 CSS](#)).

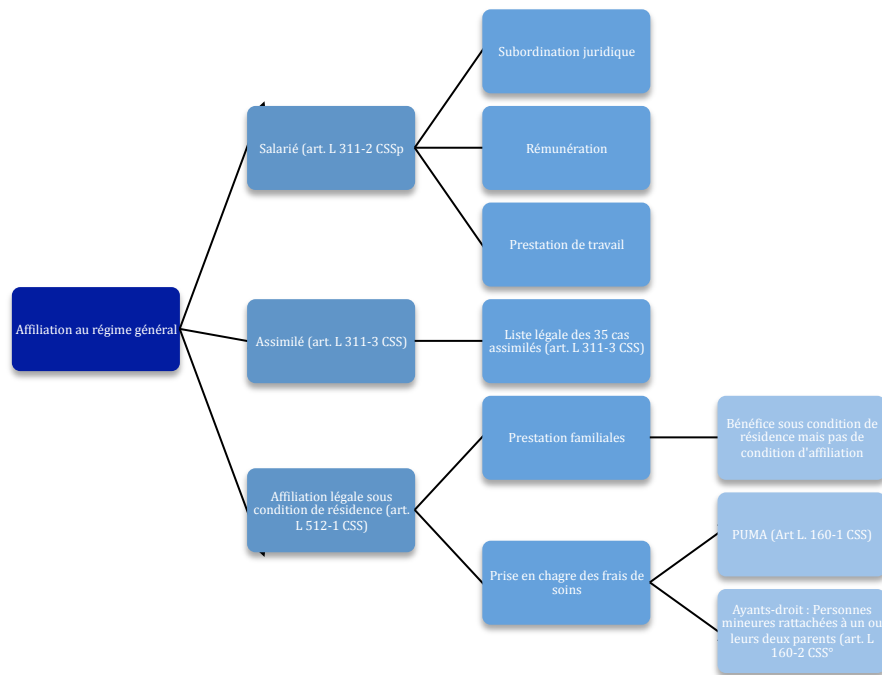
B. L’AFFILIATION DU FAIT DU TRAVAIL POUR AUTRUI

Il y a rattachement au régime général dès lors que **deux** conditions cumulatives sont réunies :

- une personne reçoit une rémunération, quel que soit le montant et la forme de la rémunération ;
- a un lien de subordination avec une autre personne, qui se caractérise par l'exécution d'un travail sous l'autorité d'un employeur, lequel a le pouvoir de donner des ordres et des directives, d'en contrôler l'exécution et de sanctionner les manquements de son subordonné [Cass. soc., 13 nov. 1996, *Société Générale*, n° 94-13.187]. La caractérisation de la subordination se fait selon la méthode du « faisceau d'indices » : le juge du fond recherche les conditions de fait dans lesquelles est exercée l'activité [Cass. soc., 19 déc. 2000, n° 98-40.572] ;

Certains salariés ne sont toutefois pas soumis au régime général et relèvent d'un régime particulier, tel celui de la mutualité sociale agricole. Par ailleurs, la frontière entre travail dépendant et indépendant est parfois ténue et génère un abondant contentieux.

Schéma : Les modes d'affiliation au régime général de sécurité sociale



C. LES AFFILIATIONS AUTRES AU RÉGIME GÉNÉRAL

<p>1° Affiliation au régime général de certains travailleurs</p>	<p>L'article L 311-3 CSS pose la liste des catégories de travailleurs non salariés affiliés au régime général. Cette liste a un caractère limitatif [Cass. soc., 5 juill. 1990, n° 87-19.306].</p> <p>La jurisprudence énonce des conditions supplémentaires d'affiliation au régime général.</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Journaliste professionnel : seuls les journalistes collaborant de façon régulière à l'activité du journal peuvent être considérés comme des salariés de ce journal [Cass. soc., 8 mars 1995, n° 94-60.106] - Gérant de SARL : un gérant minoritaire ou égalitaire de SARL rémunéré d [Cass. soc., 31 mai 2018, n° 17-17 518]
<p>2° Affiliation au régime général du conjoint collaborateur</p>	<p>Le conjoint d'un travailleur non salarié peut être affilié au régime général, à condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - qu'il participe à l'activité de son époux, à titre habituel et professionnel, - qu'il perçoive un salaire correspondant au salaire normal de sa catégorie professionnelle (art. L 311-6 CSS)

<p>3° Affiliation au régime général sous conditions de résidence</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prestations familiales : il suffit d'un domicile principal en France et d'une résidence stable et régulière (art. L 512-1 CSS). - Couverture des frais des soins : la protection universelle maladie (PUMA) garantit à toute personne résidant en France de manière stable et régulière une couverture des frais de soins (art. L 160-1 et D 160-2 CSS).
<p>4° Affiliation au régime général des ayants droit</p>	<p>Les mineurs bénéficient d'une couverture des frais de soins par le régime général, (art. L 160-2 CSS).</p> <p>L'ayant droit sera automatiquement rattaché au parent ayant effectué la première demande de remboursement des frais de soin.</p> <p>À partir de 16 ans toutefois, le mineur peut demander le statut d'ayant droit autonome lui permettant de gérer seul ses prises en charges et remboursements des frais de soins. La demande doit être faite à l'assurance maladie des parents.</p>

II Revenus de remplacement des assurances maladie et maternité



A. LE REVENU DE REMPLACEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

L'assuré qui se trouve dans l'incapacité médicalement constatée d'exercer son activité professionnelle bénéficie d'un arrêt de travail. Durant cette période, le contrat de travail est suspendu : l'on employeur n'est plus tenu de lui verser un salaire. L'assurance maladie compense cette perte de salaire en versant à l'assuré un revenu de remplacement (art. L 321-1 CSS).

1° Les conditions d'accès aux IJ

Attention : Toutes ces conditions doivent être appréciées au jour de l'interruption de travail (art. R 313-1).

a. Conditions tenant à l'incapacité de travail

L'incapacité de travail et l'état de maladie de l'assuré sont appréciés par le médecin traitant ou hospitalier au moyen d'un « arrêt de travail » : un certificat médical comportant une prescription de repos (art. R 321-2 CSS).

b. Les obligations administratives de l'assuré

L'assuré doit transmettre à la caisse l'arrêt de travail dans les deux jours suivant l'interruption de travail sous peines de sanctions (art. R 321-2 et D 323-2 CSS).

Le versement des IJ est subordonné à certaines obligations pour l'assuré :

> **Interdiction et respect des heures de sorties** (art. R 323-11-1 CSS), le médecin peut indiquer :

- que les sorties ne sont pas autorisées ;
- que les sorties sont autorisées, l'assuré doit cependant rester à son domicile entre 9 h et 11 h et entre 14 h et 16 h ;
- que les sorties sont libres, si l'état de santé le justifie.

> **L'assuré doit s'abstenir de pratiquer toute activité non autorisée par le médecin-**

Durée de l'arrêt maladie	Conditions – alternatives - d'accès aux prestations (art. R 313-3 CSS)	
<u>Inférieure à 6 mois</u>	Avoir versé des cotisations pour au moins 1015 SMIC horaires aux assurances maladie, maternité, décès et invalidité au cours des 6 mois précédents l'interruption du travail	Ou Avoir effectué au moins 150 heures de travail salarié ou assimilé au cours des du trimestre ou des 90 jours précédents l'interruption de travail
<u>Supérieure à 6 mois</u> <u>(sans interruption)</u>	1. Avoir versé des cotisations pour au moins 2030 SMIC horaires aux assurances maladie, maternité, décès et invalidité au cours des 12 mois précédents l'interruption de travail	Ou Avoir effectué au moins 600 heures de travail salarié ou assimilé au cours des douze mois ou des 365 jours précédant l'interruption de travail.

cin.

> **L'assuré doit se soumettre aux contrôles de la CPAM** destinés à vérifier la réalité de l'incapacité de travail.

En cas de non-respect de ces obligations, la CPAM peut retenir tout ou partie des IJ et prononcer une sanction pécuniaire (art. L 323-6 CSS).

2° La durée et le montant de l'indemnisation

Entre le premier et le quatrième jour d'incapacité de travail, l'assuré ne **perçoit** aucune indemnité. Il s'agit du « délai de carence » (art. R 323-4 CSS).

À partir du quatrième jour d'arrêt de travail, l'assuré **bénéficie** d'une indemnité égale à la moitié de son gain journalier de base (art. L 323-4 CSS).

> **Gain journalier de base (GJB)** = somme du salaire brut des trois derniers mois ÷ 91,25
Attention au plafond : si le salaire brut mensuel de l'assuré est supérieur à 1,8 fois le SMIC : **GJB** = (1,8 X SMIC) ÷ 91,25
En cas d'activité saisonnière ou discontinue : GJB = somme du salaire brut des douze derniers mois ÷ 365

> **Durée maximale d'indemnisation**

Principe : la durée de l'indemnisation correspond à la durée de l'incapacité de travail. **avec** une limite de 360 jours d'indemnités sur une période de 3 ans.

Exception : Les maladies dites "de longue durée" (cancer, VIH, sclérose en plaque, etc.) ouvrent droit à trois années d'indemnisation ininterrompues (art. D 160-4 CSS).

B. LE REVENU DE REMPLACEMENT DE L'ASSURANCE MATERNITÉ

1° Les conditions d'accès à l'assurance maternité

Les futures mères ou mères doivent être immatriculées depuis au moins 10 mois à la date présumée de l'accouchement.

Elles doivent satisfaire à une durée minimale de travail salarié qui se calcule comme pour un arrêt maladie de moins de 6 mois.

2° Le montant et la durée de versement des indemnités de repos

a. Le montant des indemnités de repos

Le montant des indemnités de repos se calcule à partir du gain journalier de base (GJB) calculé de la même manière que pour l'assurance maladie (art. R 331-5 CSS).

$$IJ = 100 \% \text{ GJB}$$

Attention : Les IJ sont plafonnées à 89,03€ euros par jour.

b. La durée de versement des indemnités de repos

« Pendant une période qui débute six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix semaines après celui-ci, l'assurée reçoit une indemnité journalière de repos à condition de cesser tout travail salarié durant la période d'indemnisation et au moins pendant huit semaines. » (art. L 331-3 CSS)

En cas de naissance pré terme, la durée prénatale est reportée sur la durée postnatale.

En cas de naissance post terme, la durée postnatale n'est pas réduite.

Durée du congé de maternité selon le nombre d'enfants à naître (art. L 331-3 CSS)			
Nombre d'enfants à naître	Durée du congé pré-natal	Durée du congé post-natal	Durée totale du congé maternité
2	12 semaines	22 semaines	34 semaines
3	24 semaines	22 semaines	46 semaines

Durée du congé de maternité selon le nombre d'enfants déjà à charge (art. L 331-4 CSS)			
Statut de l'enfant à naître	Durée du congé pré-natal	Durée du congé post-natal	Durée totale du congé maternité
1 ^{er} enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines
2 ^e enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines
3 ^e enfant ou plus	8 semaines	18 semaines	26 semaines

3° Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Lors de la naissance d'un enfant, le père salarié bénéficie du congé de paternité et d'accueil de l'enfant. Si la mère de l'enfant vit avec une autre personne salariée, celle-ci peut également bénéficier du congé.

- Date et durée : 11 jours consécutifs en cas de naissance unique et 18 jours consécutifs en cas de naissances multiples (art L 1225-35 c. trav.). Il doit être pris dans les 4 mois suivant la naissance.
- Montant : 100 % de la rémunération calculée comme l'indemnité de repos (art. R 331-5 CSS).

III La prise en charge des frais de soins

L'assurance maladie ne fournit pas directement les soins, mais **prend partiellement en charge les frais**

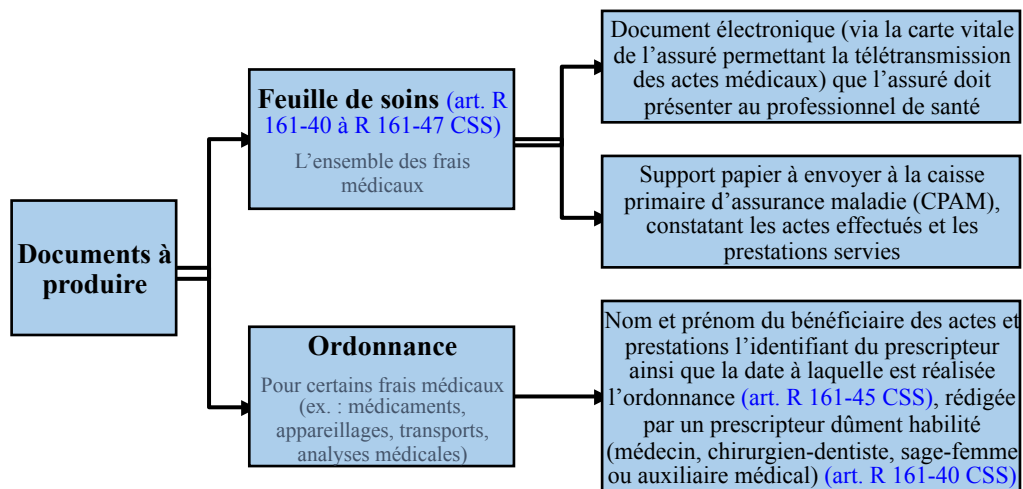
Encadré « loupe » : Si l'assurance maladie ne rembourse que partiellement les dépenses de santé, une **complémentaire santé individuelle ou d'entreprise** permet de couvrir en totalité ou en partie les frais

de soins occasionnés par la maladie et dispensés par des **opérateurs privés** (médecins libéraux, auxiliaires médicaux, hôpitaux privés, cliniques) ou **publics** (centres hospitaliers ou centres hospitaliers universitaires). De telles prestations sont dites « en nature », : II s'agit

- les frais liés aux actes médicaux et paramédicaux, aux médicaments et aux appareillages dont bénéficie le patient en dehors des cas d'hospitalisation, constituent les **frais de soins non hospitaliers** ;
- les **frais de soins hospitaliers**.

A. LES FORMALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES DE SANTÉ

L'ouverture du droit au remboursement par les organismes d'assurance maladie est subordonnée à la production certains documents ([art. R 161-39 à R 161-51 CSS](#)) :



B. LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DE L'ASSURÉ AUX DÉPENSES MÉDICALES

I

1° Les mécanismes de participation financière de l'assuré

Une partie des dépenses de santé reste à la charge de l'assuré

	Champ d'application	Montant
Ticket modérateur	L'ensemble des dépenses de santé (art. L 160-13 CSS)	Proportionnel aux tarifs servant de base au calcul des frais de santé et varie selon la nature des prestations (soins, médicaments, appareillage, transport, etc. - art. R 160-5 CSS), de la situation de l'assuré (art. L 160-14 et R 160-17 CSS), des conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, des conditions d'hébergement et de la nature de l'établissement où les soins sont donnés
Participation forfaitaire sur les actes lourds	Actes médicaux d'un montant au moins égal à 120 € ou d'un coefficient égal ou supérieur à 60. Exceptions : transports d'urgence, radio, IRM et scanners	24 € qui se substituent au ticket modérateur (art. R 160-16 CSS)
Participation forfaitaire de 1€	Chaque consultation ou acte médical pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (art. L 160-13, II CSS) Boîtes de médicaments et actes pratiqués par un auxiliaire médical en ville , à l'exception de ceux délivrés au cours d'une	1 € par acte (art. R 160-19 CSS) Dans la limite d'un double plafond : - 4 € par jour pour un même professionnel de santé (art. D 160-8 CSS) - 50 € par an et par personne (art. D 160-6 CSS)
Franchise	Transports sanitaires, à l'exception des transports d'urgence (art. L 160-13 et D 160-9 CSS)	- 0,50 € par boîte de médicaments - 0,50 € par auxiliaire médical en ville - 2 € par transport Dans la limite de deux plafonds : - 50 € par an et par personne (art. D 160-10 du CSS) - 2 € par jour pour les actes accomplis par un auxiliaire médical et 4 € par jour pour les transports sanitaires réalisés (art. D 160-11 CSS)
Forfait journalier hospitalier	Participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien si hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures (art. L 174-4 CSS)	Arrêté du 20 juin 2019 relatif au montant du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L 174-4 du CSS : - 20 € par jour en hôpital ou en clinique - 15 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé

2° Les exceptions à la participation financière aux frais de soins

Dans certaines situations, l'assuré est exonéré de certaines participations financières aux soins qui lui sont dispensés, dont notamment :

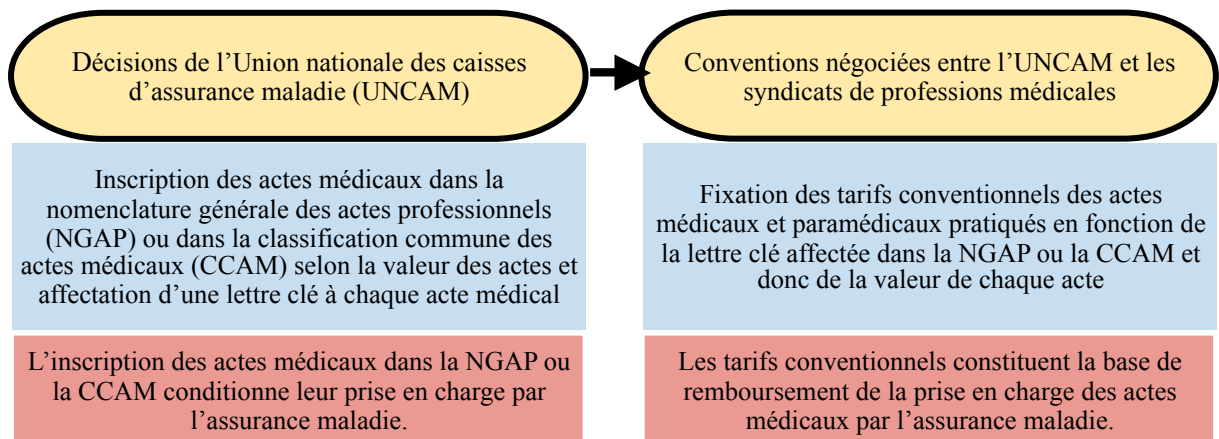
Situations	Conditions d'exonération	Prestations exonérées		Participations exonérées
Patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) exonérante (art. L 160-14 CSS)	Pathologie inscrite sur une liste établie par décret (art. D 160-4 CSS)	Soins et traitements en rapport avec l'ALD et mentionnés dans le protocole de soins établi par le médecin traitant		Ticket modérateur
	Patients atteints d'une forme grave d'une maladie, ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave, ne figurant pas sur la liste, et nécessitant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse (art. R 160-12 CSS)			
Femmes enceintes ou ayant accouché (art. L 160-9 CSS)	Déclaration de la grossesse avant le 3 ^e mois	Début de la grossesse jusqu'à la fin du 5 ^e mois	Consultations prénatales obligatoires, séances de préparation à la naissance et à la parentalité et examens biologiques complémentaires	Ticket modérateur Participation forfaitaire de 1 € Franchises médicales Forfait journalier hospitalier
		Du 6 ^e mois à 12 jours après l'accouchement	Tous les frais médicaux remboursables relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites	

C. LES CONSULTATIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

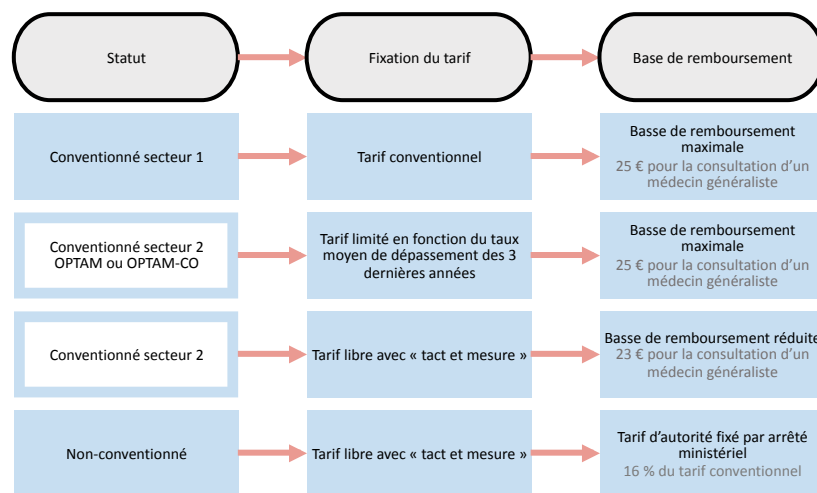
1° La détermination du tarif

Les soins ambulatoires sont dispensés par les professionnels de santé **hors hospitalisation**.

Les médecins sont **essentiellement rémunérés à l'acte médical** et le prix de l'acte est fixé par des conventions médicales établies en deux étapes :



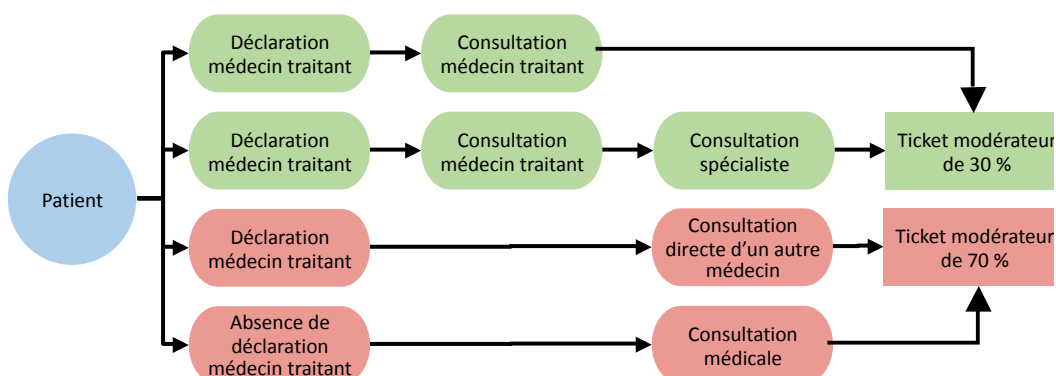
Les médecins ont différents statuts, qui impactent la fixation du tarif et dès lors la base de la prise en charge :



2° Le calcul du reste à charge

L'assuré doit **se déclarer auprès d'un médecin traitant** à partir de 16 ans. Le **parcours de soins coordonnés** correspond à l'obligation du bénéficiaire de s'adresser en priorité à son médecin traitant pour les consultations de médecine générale et pour solliciter d'autres consultations auprès de médecins spécialistes ([art. L 162-5-3 CSS](#)).

Schéma : Le parcours de soins coordonnés



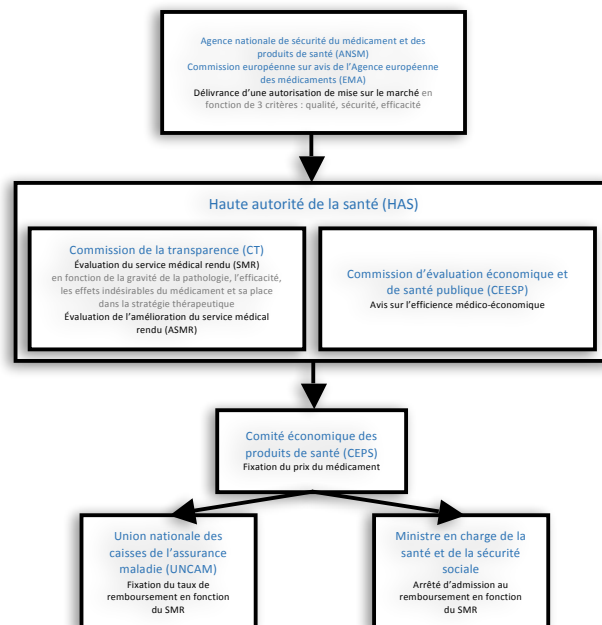
Dans certains cas exceptionnels, le taux du ticket modérateur n'est pas majoré, notamment (art. L 162-5-3 et D 162-1-7 CSS) :

- lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où il réside de façon stable et durable ;
- en cas d'urgence médicale avérée ;
- lors de la consultation de certains spécialistes comme le gynécologue, l'ophtalmologue, le psychiatre pour les bénéficiaires âgés de 16 à 25 ans et le stomatologue.

D. LES DÉPENSES PHARMACEUTIQUES

1° La fixation du tarif des médicaments

Schéma : Processus de fixation du prix des médicaments



2° Le taux de remboursement lié au service médical rendu

Les médicaments doivent avoir été prescrits par des personnes dûment autorisées (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes inscrits au tableau de l'ordre professionnel) en utilisant une nomenclature dite « DCI » (dénomination commune internationale ou nom du principe actif du médicament) et fournis par un pharmacien.

Encadré « loupe » : Le **médicament générique** est un médicament ayant la même efficacité thérapeutique que le médicament original élaboré par un laboratoire pharmaceutique, aussi dénommé *princeps*, qui n'en a plus l'exclusivité au terme du brevet déposé par le fabricant initial. Les pharmaciens ont un **droit de substitution** qui leur permet de proposer à leurs clients un médicament générique en remplacement d'un médicament *princeps* prescrit par le médecin. Les médicaments génériques sont moins chers que les médicaments *princeps* puisqu'ils sont remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire de responsabilité.

Le remboursement des médicaments (art. L 162-17 et R 163-3 CSS) est fonction d'un « **tarif de responsabilité** » tenant compte du SMR et de l'ASMR. Il existe 4 niveaux de SMR (art. R 163-3 et R 160-5 CSS) et 5 taux de remboursement :

- médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux, remboursés à 100 % ;
- SMR majeur ou important, remboursés à 65 % ;
- SMR modéré, remboursés à 30 % ;
- SMR faible, remboursés à 15 % ;
- SMR insuffisant, non remboursés.

E. LES FRAIS D'HOSPITALISATION

1° Le financement de l'activité hospitalière

En principe, la tarification des prestations hospitalières repose sur une **tarification à l'activité** (T2A), fondé sur leur activité réelle et le coût moyen de chaque acte, soit à prestation identique, tarif identique.

. Les frais d'hospitalisation se répartissent en deux catégories :

- les honoraires médicaux correspondant aux actes médicaux et chirurgicaux pratiqués au cours de l'hospitalisation ;
- les frais de séjour subdivisés en frais d'hébergement, en dépenses pharmaceutiques, en coût de transfusion et en frais d'utilisation du « gros appareillage » telles les salles d'opération.

2° Le calcul du reste à charge

Les frais de soins sont gratuits sauf :

- **un abattement de 20 %, dénommé « ticket modérateur »**, qui s'applique aux dépenses de santé occasionnées lors d'une hospitalisation (art. R 162-27 CSS), hors frais de séjour ;
- **forfait journalier hospitalier** (art. L 174-4 CSS) qui représente la participation financière du patient aux frais de séjour résultant de son hospitalisation, soit **20 € par jour**

F. LES AUTRES FRAIS DE SOINS

FRAIS DE TRANSPORT	
Conditions de prise en charge	<p>l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou pour subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit, sous certaines conditions cumulatives (art. L 160-8, 2° et L 322-5 CSS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le trajet et le mode de transport doivent être les moins onéreux et compatibles avec l'état du bénéficiaire ;

	<ul style="list-style-type: none"> - l'assuré doit disposer d'une prescription médicale rédigée par un médecin indiquant le mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du bénéficiaire ; - seuls certains transports sont pris en charge : ambulance, transport assis professionnalisé, véhicule sanitaire léger, taxi (sous réserve de l'existence d'une convention conclue avec l'assurance maladie), transports en commun terrestres, avion ou bateau de ligne régulière... (art. R 322-10-1 CSS).
Reste à charge pour l'assuré	<p>Ticket modérateur : 35 % des frais, dans des conditions différentes selon le mode de transport (art. R 160-5, 9° CSS)</p> <p>Franchise : 2 € par transport sanitaire dans la limite de 4 € par jour , sauf cas d'urgence ou d'exonération (art. D 160-9 CSS)</p> <p>Exonérations : 12 cas dont les ALD, les accidentés du travail, les femmes enceintes, etc.</p>
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Conditions de prise en charge	<p>Sur prescription médicale (art. L 162-13-2 CSS)</p> <p>Examen inscrit dans la nomenclature des actes de biologie</p>
Reste à charge pour l'assuré	<p>Ticket modérateur : 35 % ou 45 % du tarif conventionnel selon l'acte (art. R 160-5, 5° CSS)</p> <p>Exonérations : pour le dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C (art. R 160-8 CSS)</p>

IV L'assurance invalidité

A. LES CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS

1° Affiliation 1	L'assuré doit être affilié depuis 12 mois au 1 ^{er} jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité ou à la date de la constatation médicale de l'invalidité (art. L 341-1 et R 313-5 CSS).
2° L'état d'invalidité	L'invalidité doit réduire d'au moins 2/3 la capacité de travail ou de gain de l'assuré (art. R 341-2 CSS).

	<p>L'assuré en état d'invalidité est classé en (art. L 341-4 CSS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} catégorie : invalide capable d'exercer une activité rémunérée ; - 2^e catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une activité professionnelle ; - 3^e catégorie : invalide non seulement incapable d'exercer une activité professionnelle, mais se trouvant en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. <p>Ce classement n'est pas définitif. L'état d'invalidité est apprécié et constaté par le médecin-conseil de la sécurité sociale (art. L 341-3 CSS).</p>
<p>3° L'absence d'origine professionnelle</p>	<p>L'état d'invalidité ne doit pas résulter d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.</p>
<p>4° Ne pas atteindre l'âge légal de la retraite</p>	<p>L'intéressé ne doit pas avoir atteint l'âge de 62 ans pour les assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1955. À partir de cet âge, la pension d'invalidité est remplacée par la pension de vieillesse attribuée en cas d'inaptitude au travail (art. L 341-15 CSS).</p> <hr/> <p>Par dérogation, l'invalide qui exerce une activité professionnelle peut continuer de bénéficier de sa pension d'invalidité jusqu'à la date de liquidation de sa pension de retraite et au plus tard, à l'âge de la retraite à taux plein sans dé-cote, soit âge fixé à 67 ans pour les assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1955 (art. L 341-16 CSS).</p>

5° Durée de travail minimum	<p>L'assuré doit justifier d'une des deux conditions suivantes (art. R 313-5 CSS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant les 12 mois civils précédant l'interruption de travail soit au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 2 030 fois la valeur du salaire minimum de croissance au 1^{er} janvier qui précède la période de référence ; la valeur du Smic à prendre en compte est celle en vigueur au 1^{er} janvier qui précède la période de référence ; - soit avoir effectué, au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'examen du droit, 600 heures de travail salarié ou assimilé.
-----------------------------	---

Ces conditions s'apprécient à la date à laquelle est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la constatation de l'usure prématurée de l'organisme [Civ. 2^e, 09 mars 2017, n° 16-10.111].

B. LE MONTANT ET LE VERSEMENT DES PRESTATIONS

1° LA PENSION D'INVALIDITE

> Le calcul de la pension

Le montant de la pension varie en fonction du salaire annuel moyen de l'assuré et du taux de pension appliqué. Le montant ne peut ni être inférieur à un seuil fixé par décret correspondant au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (3513,58 euros par an ou 292,79 euros par mois en 2020), ni excéder un plafond (12340,80 euros par an ou 1028,40 euros par mois pour les invalidités de 1^{ère} catégorie et 20568 euros par an ou 1714,00 euros par mois pour les invalidités de 2^e catégorie).

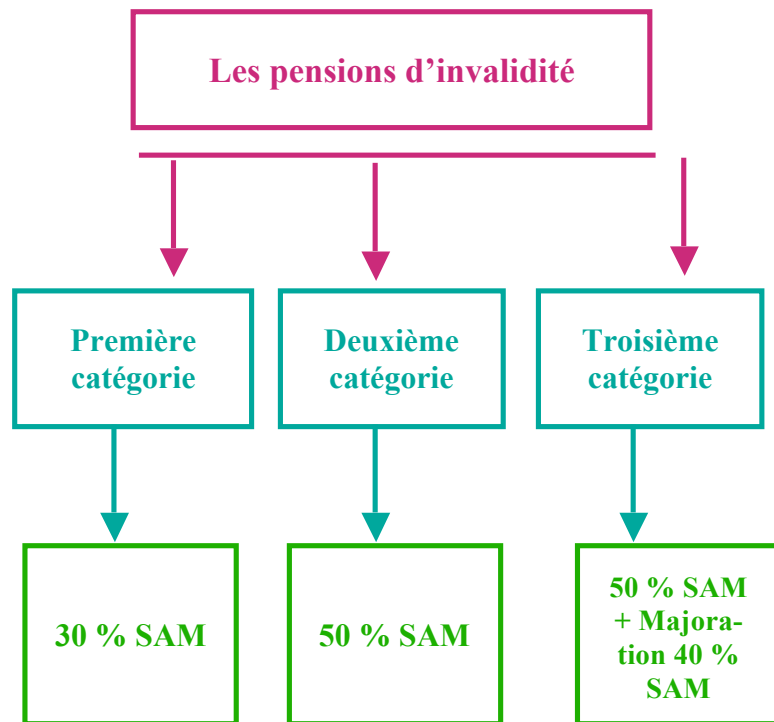
ENCADRE « LOUPE » : EQUATION DE CALCUL DE LA PENSION D'INVALIDITE

$$\text{Pension d'invalidité} = \text{Salaire annuel moyen (SAM)} \times \text{Taux de la pension}$$

> Le salaire annuel moyen

La base de calcul de la pension est le salaire annuel moyen de l'assuré calculé à partir des cotisations versées au cours des dix années civiles d'assurance les plus avantageuses pour l'assuré (art. R 341-4 CSS).

Schéma : Le taux de la pension



> Révision, suspension et suppression de la pension

La pension est révisée en cas d'amélioration ou d'aggravation de l'état de santé à l'initiative de la caisse ou de l'assuré (art. L 341-11 CSS).

En cas de reprise d'activité, la pension est suspendue totalement ou partiellement en raison de la rémunération du salarié au-delà d'un seuil et dans des conditions fixées par décret (art. L 341-12 CSS).

Le versement de la pension d'invalidité est suspendu lorsque le bénéficiaire opte pour la retraite progressive (art. L 341-14-1 CSS).

Elle est interrompue à l'âge de départ à la retraite.

> La pension d'invalidité de la veuve ou du veuf

Le conjoint survivant de l'assuré ou du titulaire d'une pension d'invalidité a droit à une pension de veuf ou veuve si, âgé de moins de 55 ans, il est lui-même invalide (art. L 342-1 et D 342-2 CSS). Elle est égale à 54 % de la pension principale dont bénéficiait le conjoint décédé (art. L 342-3 et D 342-1 CSS).

2° L'ALLOCATION SUPPLEMENTAIRE D'INVALIDITE

Tableau : Conditions de ressources pour bénéficiaire de l'allocation supplémentaire d'invalidité

Situation familiale	Plafond des ressources annuelles	Plafond des ressources mensuelles
Assuré vivant seul(e)	8 679,01 €	723,25 €
Assuré en couple	15 201,92 €	1 266,82 €

Le droit à l'allocation supplémentaire d'invalidité prend fin dès que le bénéficiaire atteint l'âge légal de départ à la retraite pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

V L'assurance vieillesse du régime général

L'article 26 du code européen de la sécurité sociale dispose que « l'éventualité couverte [est] la survivance au-delà d'un âge prescrit ». Il s'agit de garantir un revenu à des assurés qui, en principe, ont cessé de travailler à partir d'un certain âge.

L'assurance vieillesse du régime général est gérée par répartition : les contributions versées par les assurés sur une période donnée servent à payer les prestations versées pendant la même période.

Encadré « lexique » : La pension est dite de droit direct lorsqu'il s'agit de droits acquis par une personne au titre de sa carrière professionnelle.

La pension est dite de réversion lorsque le bénéficiaire de la pension de droit direct décède et qu'une partie de cette pension est transférée au conjoint survivant.

Les pensions sont plafonnées.

A. LA PENSION DE DROIT DIRECT

1° Les conditions du bénéfice de la pension de droit direct

a. L'âge minimum de départ à la retraite et durée d'assurance requise

Une durée de cotisation requise : depuis 1973, il faut avoir cotisé 172 trimestres pour obtenir la liquidation d'une pension de retraite à taux plein (art. L 161-17-3 CSS).

Année de naissance	Durée d'assurance requise
De 1964 à 1966	169
De 1967 à 1969	170
De 1970 à 1972	171
À partir de 1973	172

Pour le calcul du nombre de trimestres il est tenu compte : des périodes d'emploi ou d'activité accomplies tout régime confondu et des périodes dites assimilées : congé maladie, maternité, chômage, etc. (art. L 351-1 et R 351-12 CSS)

L'âge légal de départ à la retraite : au 01/01/2020, l'âge d'ouverture des droits à une pension de retraite est fixé à **62 ans** pour les assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1955 (art. L 161-17-2 CSS). Cet âge se distingue de l'âge prévu à l'article L 351-8 du CSS (67 ans) permettant l'obtention automatique du taux plein de 50 %.

Date de naissance	Age minimum de départ à la retraite
Avant le 1 ^{er} juillet 1951	60 ans
Du 1 ^{er} juillet au 31 déc. 1951	60 ans et 4 mois
Année 1952	60 ans et 9 mois
Année 1953	61 ans et 2 mois
Année 1954	61 ans et 7 mois
Année 1955	62 ans

Il existe cependant 3 exceptions permettant un départ à la retraite anticipé : **pour carrière longue** (art. L 351-1-1 CSS) ; **pour les travailleurs handicapés** (art. L 351-1-3 CSS) ; **pour pénibilité** (art. L 351-1-4 CSS).

b. La cessation de toute activité salariée ou non

Principe : le versement d'une pension de retraite est subordonné à la rupture de lien professionnel avec l'employeur (art. L 161-22 CSS).

Exception : le cumul emploi-retraite permet aux assurés bénéficiant d'une retraite auprès du régime général de reprendre une activité professionnelle (art. L 161-22 CSS).

- Le cumul est dit **total** lorsque l'assuré a obtenu l'ensemble de ses retraites personnelles auprès des régimes légaux, a atteint l'âge prévu à l'article L 351-1 CSS (62 ans), et réunit la durée d'assurance du taux plein de 50 % ou a atteint l'âge d'obtention automatique du taux plein de 50 % prévu à l'article L 351-8 CSS (67 ans).

- Le cumul est dit **plafonné**, si l'assuré ne respecte pas les conditions du cumul emploi retraite total. Ce dernier peut reprendre une activité salariée dans une certaine limite de revenus.

2° L'équation de la pension de retraite

a. Les taux (T)

Taux plein	Taux majoré	Taux minoré
<p>Le taux plein est fixé au taux maximum de 50 %.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il s'acquiert à l'âge légal prévu par l'article L 161-17-3 augmenté de 5 ans (67 ans) ou - Si la durée d'assurance, quel que soit le régime, est égale ou supérieure à un nombre de trimestres fixé par la loi <p>La durée d'assurance nécessaire pour avoir droit à la retraite à taux plein dépend de l'année de naissance de l'assuré.</p> <p>Les périodes d'assurance prises en considération comprennent les périodes coti-sées et les périodes assimilées</p> <p>celles de perception d'indemnités journalières pour maladie, invalidité, maternité ou chômage indemnisé).</p> <p>Le salaire minimal qui donne lieu à validation d'un trimestre est fixé à 150 fois le SMIC horaire dans la limite de 4 tri-mestres par an (art. R 351-9 CSS).</p>	<p>Plusieurs conditions sont à remplir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite ; - avoir atteint la durée d'assurance requise ; - continuer à travailler. <p>Le coefficient de majoration de la pension est de 1,25 % par trimestre.</p>	<p>La décote est un coefficient de minoration qui s'applique au montant de la retraite de base lorsque la durée d'assurance est inférieure au nombre de trimestre requis pour obtenir une retraite à taux plein. La diminution du taux par trimestre manquant est de 0,625.</p>

b. Le salaire annuel moyen (SAM)

Le salaire annuel moyen est calculé sur la base des salaires versés au cours des 25 meilleures années de la carrière d'un assuré (art. R 351-29 CSS).

c. La période de cotisation au régime général

d/D : la durée d'assurance (d) est le nombre de trimestres pris en considération par le régime général. D est la durée maximale de trimestres prise en compte.

N. B. : Il existe des correctifs à l'équation des pensions. Par exemple, pour chaque enfant, une femme acquiert 4 trimestres au titre de la grossesse et de l'accouchement. En cas d'adoption, le père et la mère peuvent aussi bénéficier de 4 trimestres de majoration. De plus, un assuré peut obtenir 4 trimestres au titre de l'éducation de l'enfant.

$$P = T \times SAM \times (d/D)$$

B. LA PENSION DE REVERSION

L'époux survivant bénéficiera de 54 % de la retraite de base **de l'assuré** Certaines conditions doivent être réunies :

- être marié à la personne décédée (sont exclus le PACS et le concubinage).
- être âgé de 55 ans,
- l'époux décédé doit avoir perçu une retraite du régime général ou y a voir cotisé.

⚠ La pension est versée si les ressources annuelles du ménage ne dépassent pas 21 112 € par an pour une personne seule ou 33 779, 20 € en couple.

Encadré « Loi » : Point sur la réforme de l'assurance vieillesse

Le projet de loi porté par le gouvernement d'Édouard Philippe a pour but de refonder totalement le système de retraite actuel. Est notamment prévu :

- l'institution d'un régime universel de retraite ; il existe aujourd'hui 42 régimes de retraites différents, organisés par profession et statut. Le gouvernement souhaite simplifier le système en instaurant un régime unique ;
- la mise en place d'un système à point ;
- la fixation d'un âge d'équilibre fixé par les partenaires sociaux, au-dessus duquel il sera possible de bénéficier d'une retraite à taux plein ;
- une réduction des inégalités entre les pensions de hommes et les femmes .

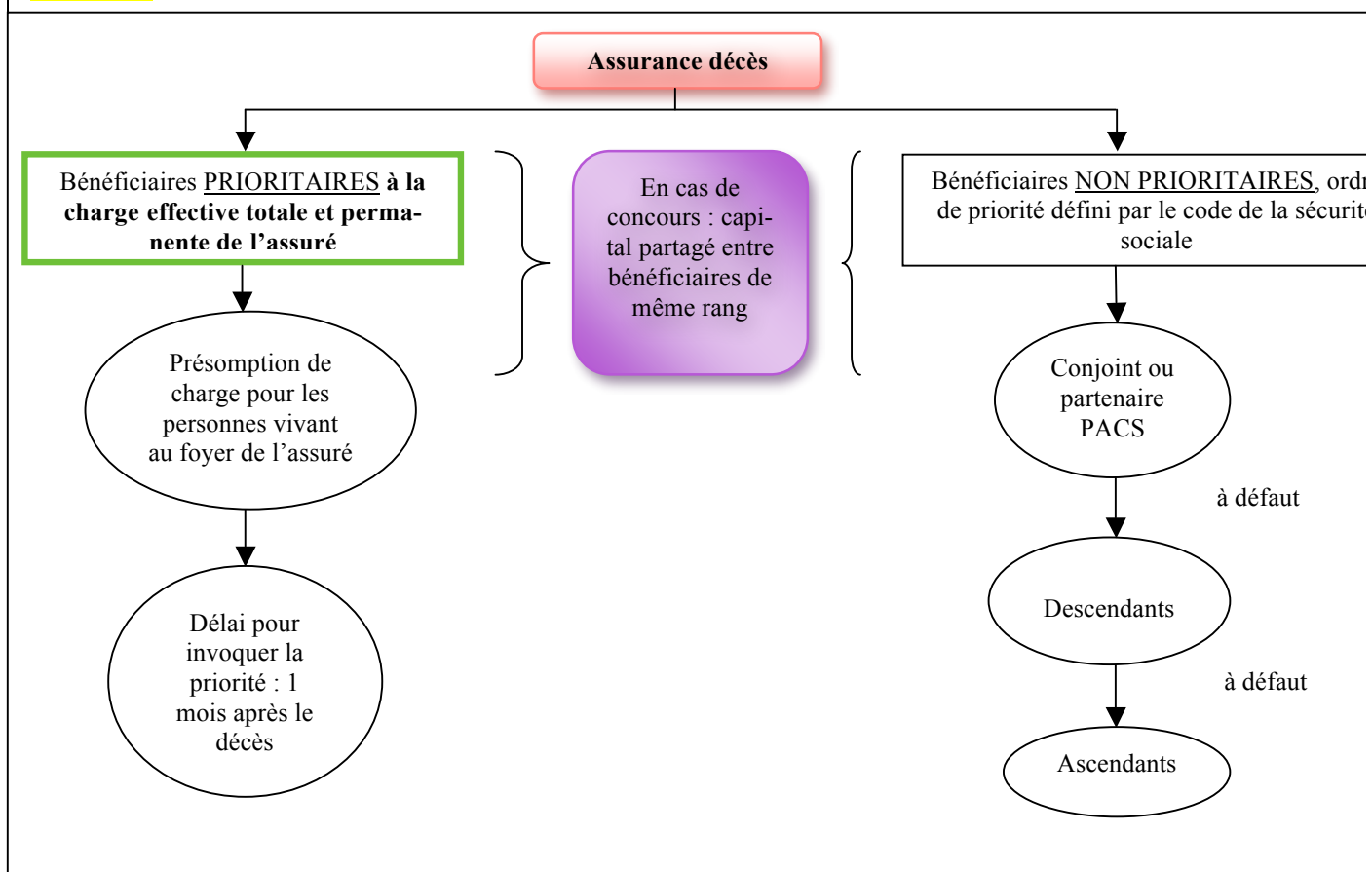
VI L'assurance décès

Encadré « lexique » : La prestation d'assurance décès est versée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) aux bénéficiaires survivants pour **compenser partiellement la perte de moyens de subsistance** occasionnée par le décès de l'assuré social. La Cour de cassation considère que le capital décès n'indemnise pas les frais funéraires [Crim., 24 juin 2008, n° 07-86.848]

Elle consiste dans le versement d'un capital décès forfaitaire sous réserve **que la personne décédée ait été affiliée au régime général** de la sécurité sociale depuis trois mois au moins à la date du décès.

Au 1^{er} avril 2019, ce capital est de **3 461 €**. Il est revalorisé chaque année par décret (**art. D 361-1 CSS**). Il peut être cumulé le cas échéant avec les sommes dues au titre de la réparation des accidents du travail.

Schéma : Les bénéficiaires de l'assurance décès



L'action des bénéficiaires pour le paiement du capital décès se prescrit par **2 ans** à partir du jour du décès de l'assuré social ou du jour où ils en ont eu effectivement connaissance. En raison de son caractère de secours, le **capital décès est déclaré incessible et insaisissable**, il est exonéré de toute cotisation sociale et d'impôt.

VII La prise en charge des risques professionnels

Les risques professionnels sont soumis à un régime dérogatoire du droit commun de la responsabilité civile, c'est un régime de responsabilité sans faute de l'employeur.

En contrepartie, le salarié victime d'un accident du travail (AT), d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle (MP) :

- est **irrecevable** à engager devant les juridictions de droit commun une action en responsabilité contre son employeur aux fins d'obtenir réparation intégrale du dommage (art. L 451-1 CSS) ;
- bénéficie d'une **indemnisation forfaitaire** : remboursement des soins et d'indemnités liées à la perte de revenus .

Pour l'ensemble des risques couverts, la reconnaissance a priori du lien entre le dommage et la responsabilité de l'employeur s'établit grâce à la **présomption simple d'imputabilité**.

A. DEFINITIONS DES RISQUES

1° ACCIDENTS DU TRAVAIL (AT)

AT

Pour qu'un accident soit présumé être un accident du travail (présomption simple d'imputabilité), **trois critères cumulatifs** sont nécessaires.

> Un fait accidentel :

- un évènement soudain survenu à une date certaine (ex. : une chute) ;
- une série d'évènements survenus à des dates certaines (ex. : des injections de vaccins) ;
- un/des fait(s) précis identifiable(s) qui permet(tent) de le(s) distinguer de la maladie professionnelle.

> Ayant provoqué une lésion :

- physique ou psychique ;
- définie largement par la jurisprudence comme une « une atteinte à l'organisme humain », peu important sa nature ou sa gravité.

> En lien avec le travail, la victime étant sous la subordination de son employeur :

- l'accident est survenu par le fait ou à l'occasion du travail [Civ. 2^e, 2 nov. 2004, n° 02-31.098] ;
- l'accident est survenu au temps et au lieu du travail ;
- lorsque le salarié est en mission ou en déplacement professionnel, le lien avec le travail est présumé sauf si l'employeur peut prouver qu'il y a eu interruption de la mission ou du déplacement pour motif personnel.

Encadré
« jurisprudence » :
Matérialité de l'accident

Il incombe à la victime de prouver la matérialité des faits [Civ. 2^e, 15 mars 2012, n° 10-27.320].

2° ACCIDENTS DE TRAJET

Traj

Encadré « lexique » : L'accident de trajet est celui survenu à une victime pendant le trajet d'aller et retour entre (art. L 411-2 CSS) :

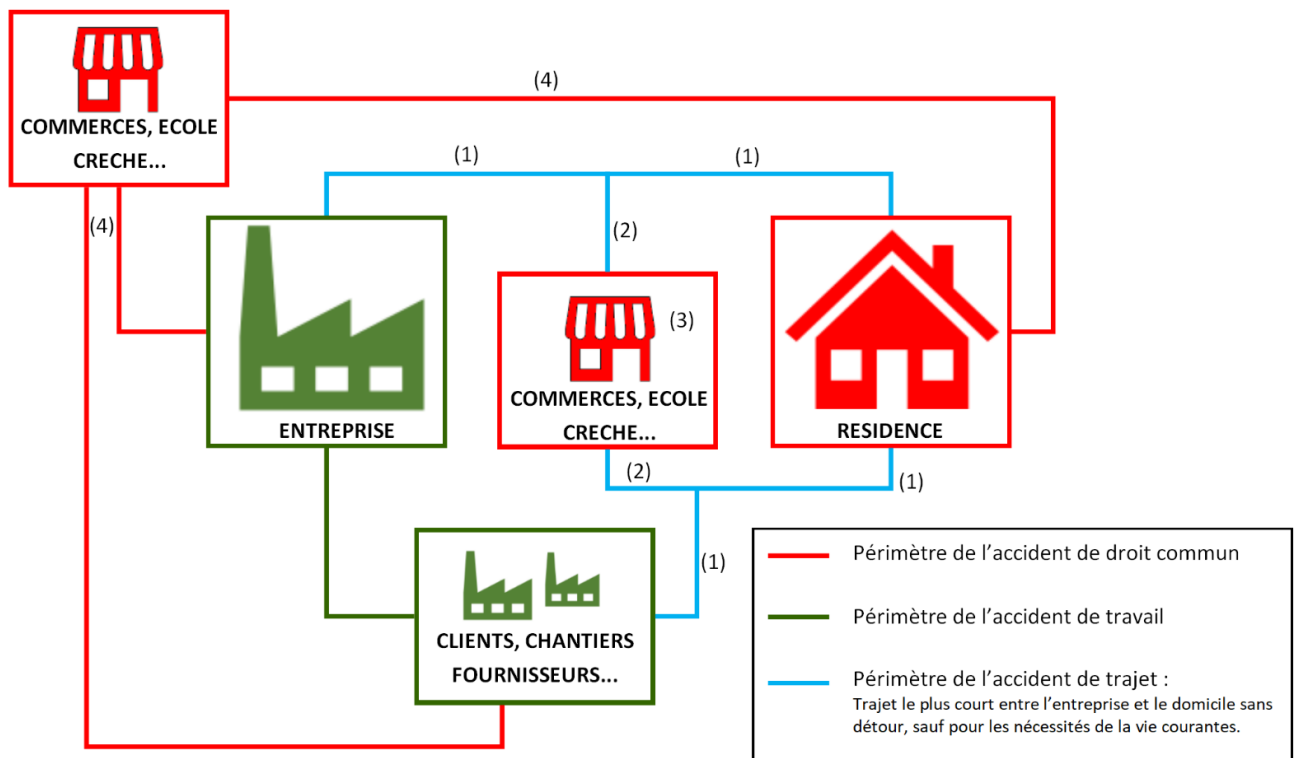
- la résidence et le lieu de travail ;
- le lieu de travail et le lieu de restauration.

Cette liste établit les limites du « trajet protégé » pour lesquels l'accident est présumé accident de trajet (présomption simple d'imputabilité) [Ass. plén., 29 fév. 1968, n° 65-11030].

La jurisprudence a apporté des précisions sur la notion de « trajet protégé ».

La **résidence** est définie largement. Ainsi, la résidence secondaire « fréquente et régulière » ou le lieu de visite habituel pour motif familial (ex. : domicile d'un parent malade) sont admis pour le bénéfice de l'accident de trajet.

Le trajet doit être en **lien avec le travail**. Ainsi, l'accident de trajet n'est pas admis si le trajet est effectué :



- pendant la suspension du contrat de travail (ex. : salariée en congé maternité rendant visite à ses collègues) ;
- pour des raisons étrangères à la prestation de travail (ex. : pour récupérer des affaires personnelles dans les locaux de l'entreprise).

Le **temps de trajet doit être cohérent** avec les horaires de travail, la longueur du trajet et le moyen de transport utilisé **(1)**. Ainsi, l'accident de trajet n'est pas admis si le trajet est effectué plusieurs heures après ou avant les heures de travail, sauf s'il est lié au travail.

L'**interruption et le détour (2)** ne mettent pas un terme au « trajet protégé » lorsqu'ils sont justifiés par les nécessités essentielles de la vie courante (ex. : aller chercher son enfant à la crèche, acheter du pain, etc.). Néanmoins, l'accident ayant lieu pendant l'interruption n'est pas un accident de trajet **(3)**.

Lorsque l'interruption ou le détour sont trop important, il y a **trajet distinct (4)** et l'accident de trajet n'est pas admis.

3° MALADIES PROFESSIONNELLES

Encadré « lexique » : Une maladie professionnelle est la conséquence de l'exposition plus ou moins prolongée à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de la profession.

Il y a deux modes de reconnaissances d'une maladie professionnelle :

- soit elle est directement prévue par l'un des tableaux annexés au CSS ([art. L 461-1 §5 CSS](#)),
- soit le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP) est saisi pour une reconnaissance sur expertise individuelle.

a) Les maladies présumées d'origine professionnelle

Les tableaux, annexés au CSS, sont composés comme suit :

Désignation des maladies	Délai de prise en charge (Délai maximum entre l'exposition au risque et l'apparition des symptômes)	Liste indicative ou limitative (selon les tableaux) des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
--------------------------	--	--

Exemple issu du tableau 57D :

Hygroma aigu du genou	7 jours	Travaux comportant de manière habituelle un appui prolongé sur le genou
-----------------------	---------	---

Il incombe à la victime d'apporter la preuve de son exposition au(x) risque(s) mentionné(s) dans la troisième colonne.

b) [La reconnaissance sur expertise individuelle](#)

Il y a deux cas de reconnaissance sur expertise individuelle par le C2RMP :

- lorsqu'une ou plusieurs conditions prévues par les tableaux ne sont pas remplies, la victime doit démontrer que sa pathologie est en lien direct avec le travail (art. L 461-1 §6 CSS) ;
- lorsque la maladie n'est prévue par aucun tableau, la victime doit établir « qu'elle est essentiellement et directement causée par [son] travail habituel » et qu'elle ait entraîné le décès ou une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 % (art. L 461-1 §7 CSS).

B. PROCEDURES DE RECONNAISSANCE

Schéma : [ACCIDENT DU TRAVAIL ET ACCIDENT DE TRAJET](#) (art. R 441-2 à R 441-8 CSS)

AT Traj

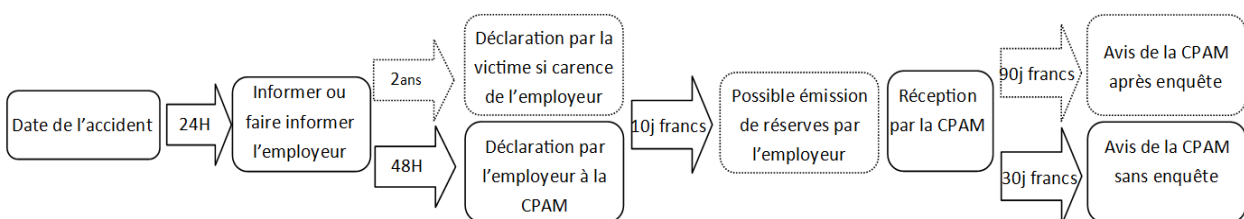
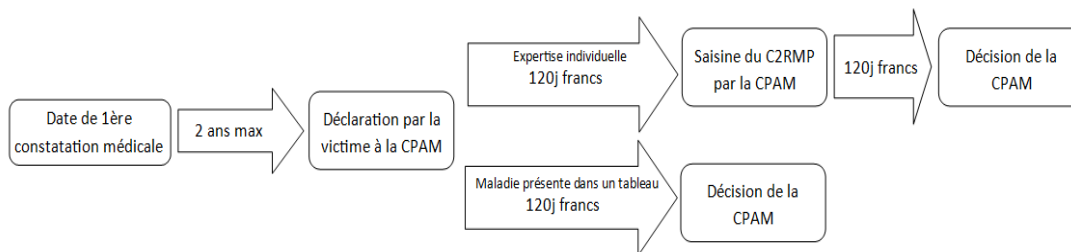


Schéma : [MALADIE PROFESSIONNELLE](#) (art. R 461-9 à R 461-10 CSS)

MP



C. INDEMNISATIONS

1° PRESTATIONS (art. L 431-1 à L 437-1 CSS)



a) Prise en charge des frais de soins (art. L 432-1 à L 432-12 CSS) :

Principes :

- **remboursement de tous les frais** médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, prothèses et appareillages, frais de réadaptation et réinsertion ;
- **pas d'avance** des frais de soins (sauf transports).

Mais une **participation forfaitaire** de 1 € et les **franchises médicales** restent à la charge de la victime.

b) Revenus de remplacement

> En cas d'incapacité temporaire de travail

Des indemnités journalières (IJ) sont versées à la victime pour compenser l'absence d'activité professionnelle :

IJ	AT et accident de trajet	MP
À partir	Du premier jour d'arrêt de travail dû à l'accident Le salaire du jour de l'accident est payé par l'employeur. art. L 433-1 CSS	De la première constatation médicale = « date à laquelle les premières manifestations de la maladie ont été constatées par un médecin avant même que le diagnostic ne soit établi » (art. D 461-1-1 CSS) OU lorsqu'elle est postérieure : de la date qui précède de deux années la déclaration de MP art. L 461-1 CSS
Jusqu'à...	... guérison complète ou consolidation de la blessure ou éventuel décès de la victime ou date d'expiration de la période d'incapacité temporaire de travail	
Montant	60 % du salaire journalier de base (SJB) les 28 premiers jours d'ITT puis 80 % dès le 29 ^e jour. L'IJ ne peut cependant être supérieure au salaire journalier net. Le SJB est égal à 1/30,42 du salaire mensuel brut du mois précédent la date de l'arrêt (Sb) (Les modalités de calcul sont différentes pour les salariés travaillant de manière discontinue tels que les saisonniers.)	

	<p>Le SJB n'est pris en compte que dans la limite de 0,834 % du plafond de la sécurité sociale (PASS).</p> <p>Calcul : $IJ = 0,6 \text{ [ou } 0,8] \times SJB$ sachant que $SJB = Sb/30.42$</p> <p>art. R 433-1 et s. CSS</p>
--	---

> En cas d'incapacité permanente de travail (IPP) (art. L 434-1 à L 434-6 CSS)

Le médecin-conseil de la CPAM évalue selon un barème indicatif le taux d'IPP.

Taux d'IPP compris entre 1 et 9 %: une **indemnité en capital** est versée au salarié (art. L 434-1, R 434-1 et D 434-1 CSS)

Taux d'IPP (T) supérieur ou égal à 10 %: une **rente (R)** est versée au salarié calculée en fonction de T et du salaire annuel (Sa) calculé sur les douze mois précédant l'accident ou la maladie professionnelle.

- Lorsque T est inférieur ou égal à 50 % : $R = T/2 \times Sa$
- Lorsque T est supérieur à 50 % : $R = (50/2)/100 \times Sa + (T-50)/100 \times 1,5 \times Sa$
- Ex. : si T = 60 % et Sa = 22 000 €,
 $R = (50/2)/100 \times 22\ 000 + 10/100 \times 1,5 \times 22\ 000 = 8\ 800 \text{ €}$

Une **rente** est versée aux ayants droit en cas de **décès** (art. L 434-7 à L 434-14 CSS) : son montant annuel s'élève à 20 à 40 % du salaire annuel de la victime pour le **conjoint, concubin ou partenaire**, 20 à 30 % du salaire annuel par **enfant**, 10 % pour chaque **ascendant**. Le total des rentes versées aux ayants droit est **plafonné à 85 %** du salaire annuel de la victime.



2° DEROGATION A LA REPARATION FORFAITAIRE

La reconnaissance de la faute intentionnelle ou inexcusable de l'employeur ouvre la voie à une réparation complémentaire.

a) La faute intentionnelle

> La faute intentionnelle de l'employeur ou de l'un de ses préposés

La **faute intentionnelle de l'employeur** suppose un acte volontaire accompli avec l'intention de causer des lésions corporelles et ne résulte pas d'une simple imprudence, si grave soit-elle [Soc., 13 janv. 1966]. Ex. : coups et blessures d'un employeur sur un salarié

La caisse primaire est autorisée à réclamer à l'employeur le remboursement des sommes payées.

La CARSAT peut imposer à l'employeur une cotisation supplémentaire ([art. L 452-5 CSS](#)).

> La faute intentionnelle de la victime

La **faute intentionnelle de la victime** relève de l'intention de commettre l'acte à l'origine de l'accident [Soc., 20 avril 1988, n° 86-15.690]. Ex. : destruction volontaire par le salarié du mobilier de l'entreprise.

La prise en charge du salarié victime ne relève pas des risques professionnels, mais celui-ci peut bénéficier d'une prise en charge en maladie ([art. L 452-5 CSS](#)).

b) La faute inexcusable

> La faute inexcusable de l'employeur ou de l'un de ses préposés

Encadré « lexique » : La **faute inexcusable de l'employeur se caractérise par** tout manquement de ce dernier à son obligation de sécurité, s'il avait conscience ou, en raison de son expérience et de ses connaissances techniques, aurait dû avoir conscience du danger encouru par les salariés, et qu'il n'a pas pris les dispositions nécessaires pour les en préserver [Soc., 28 fév. 2002, n° 00-10.051].

Il suffit que cette faute soit une cause nécessaire de l'accident, peu importe qu'elle en ait été la cause déterminante ou que d'autres fautes aient concouru au dommage [Soc., 31 oct. 2002, n° 00-18.359], y compris si la victime a elle-même commis une faute [Civ. 2°, 11 juin 2009, n° 08-15.944].

La reconnaissance de la faute inexcusable permet à la victime ou à ses ayants droit d'obtenir une majoration de leur rente et une indemnisation complémentaire au titre de divers préjudices subis et non réparés par la majoration ([art. L 452-1 CSS](#)) sachant que la liste des indemnités complémentaires spécifiées à l'art. L 452-3 CSS n'est pas limitative [Cons. const., 18 juin 2010, n° 2010-8].

Les réparations dues au titre de la faute inexcusable sont versées aux bénéficiaires par la caisse et récupérées par cette dernière auprès de l'employeur.

> La faute inexcusable de la victime

La **faute inexcusable de la victime** est une faute volontaire, d'une exceptionnelle gravité, exposant sans raison valable son auteur à un danger dont il aurait dû avoir conscience [Civ. 2°, 27 janv. 2004, n° 02-30.693]. La rente de la victime peut dans ce cas être diminuée par la caisse ([art. L 453-1 CSS](#)).

VIII Les prestations familiales

Encadré « lexique » : Les prestations familiales sont des sommes versées par des caisses d'allocations familiales (CAF) à une personne appelée allocataire, qui ont pour objet de compenser la charge financière d'un ou plusieurs enfants.

Certaines prestations familiales sont sous conditions de ressources.

Le montant des prestations familiales est déterminé d'après la base mensuelle de calcul des prestations familiales (BMAF). Il s'agit d'une somme fixée par décret, revalorisée annuellement et qui s'élève à 413,16 € au 1^{er} avril 2019.

A. CONDITIONS GÉNÉRALES D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS FAMILIALES

Les conditions générales d'attribution des prestations familiales sont les suivantes :

- avoir la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants résidant en France, c'est à dire la direction morale et matérielle de l'enfant indépendamment des liens juridiques existants avec l'enfant ([art. L 521-2 CSS](#)) ;
- avoir un enfant à charge soumis à l'obligation scolaire âgé de 0 à 16 ans, puis de 16 à 20 ans s'il ne perçoit pas de rémunération supérieure à 55 % du SMIC, et de 20 à 21 ans uniquement pour le complément familial et les allocations familiales ([art. R 512-2 CSS](#)) ;
- être français, ressortissant communautaire ou étranger sous condition de résidence stable et régulière en France ([art. L 512-1 et L 111-2-3 CSS](#)).

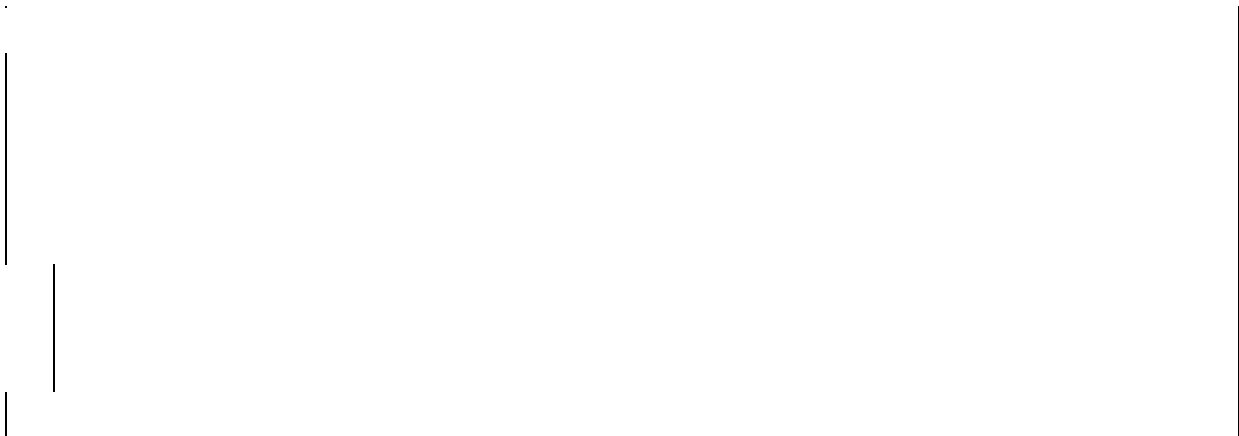
B. CONDITIONS SPÉCIFIQUES ET RÉGIMES DES PRESTATIONS FAMILIALES

1° Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)

La PAJE comprend quatre allocations dont le versement est lié à la naissance et l'entretien d'un enfant jusqu'à ses 3 ans (dans la limite de ses 20 ans en cas d'adoption).

Allocation	Conditions	Nature du versement	Montant
Prime à la naissance ou à l'adoption (art. L 531-2 CSS)	Plafond de ressources variant selon le nombre d'enfants à charge	Versement unique par enfant avant le 2 ^e mois suivant l'arrivée de l'enfant (art. D 531-2 CSS)	229,75 % de la base mensuelle de calcul des prestations familiales (BMAF) et 459,5 % cas d'adoption (art 531-2 CSS)
Allocation de base (art. L 531-3 CSS)	Plafond de ressources variant selon le nombre d'enfants à charge	- Versement mensuel - Cumul d'allocation de base possible si naissances ou adoptions multiples	Deux taux suivant revenus : - taux plein de 41,6 de BMAF - taux partiel à 20,87 de BMAF (art. D 531-3 CSS)
Prestation partagée d'éducation de l'enfant (art. L 531-4 CSS)	- Arrêt partiel ou total de l'activité professionnelle - Exercice d'une activité	- Versement mensuel - Durée du versement en fonction du nombre	Taux plein de 96,62 % de la BMAF Taux partiel : dépen

	professionnelle pendant une durée minimale (art. R 531-2 CSS)	d'enfants à charge et de la situation familiale comprise entre 6 et 48 mois (art. R 531-6 CSS)	la durée de travail e tuée (art. D 531-4 CSS) Majoration possible trois enfants à ch pendant 8 mois
Complément de libre choix du mode de garde (art. L 531-5 CSS)	- Emploi d'une garde à domicile ou recours à une structure habilitée - Exercice d'une activité professionnelle sauf exception	- Prise en charge de tout ou partie de la rémunération et des cotisations sociales - Versement au moment de la déclaration de salaire par l'employeur	Le montant ne peut e der un plafond va selon le nombre d'en à charge, les resso du ménage et la situ familiale de l'allocata



2° Les prestations liées à l'entretien de l'enfant

a) L'allocation de rentrée scolaire

Elle est versée pour chaque enfant à charge qui fréquente un établissement d'enseignement entre ses 6 à 18 ans (art. L 543-1 CSS).

L'allocation est versée sous condition de ressources. Le plafond de ressources varie selon le nombre d'enfants à charge (art. R 543-5 CSS).

Le versement est unique et a lieu au plus tard le 31 octobre de l'année considérée. Le montant de l'allocation varie selon l'âge de l'enfant (art. D 543-1 CSS).



b) Allocations familiales et complément familial

	Les allocations familiales (art. L 521-1 et s. CSS)	Le complément familial (art. L 522-1 et s. CSS)
Conditions	<p>Sans condition de ressources</p> <p>Au minimum 2 enfants à charge</p>	<p>Condition de ressources : plafond de ressources, qui dépend de la composition du ménage et du nombre d'enfants (art. 522-2 CSS)</p> <p>Au minimum 3 enfants à charge (art. 522-1 CSS)</p> <p>Tous les enfants du foyer doivent avoir au moins 3 ans et au plus 21 ans (art. 522-1 CSS)</p>
Montant	<p>Le montant est modulé en fonction des ressources : 3 tranches de revenus qui varient en fonction du nombre d'enfants.</p> <p>Par exemple, pour la première tranche de revenus le montant est égal à 32 % de BMAF pour 2 enfants, 73 % pour 3 enfants, 41 % pour chaque enfant supplémentaire (art. D 521-1 CSS).</p> <p>L'allocation est versée pour chaque enfant à charge.</p> <p>Majoration de l'allocation de 16 % (art. R 521-1 et D 521-1 CSS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● à partir de 14 ans, ● à 11 ans s'il atteint son onzième anniversaire après le 20 avril 2008 <p>La majoration n'est ouverte qu'aux familles de 3 enfants au moins.</p>	<p>Le montant est majoré selon le niveau de ressources : 41,65 % de la BMAF pour 2 enfants, 62,48 % (art. D 522-1 et D 522-2 CSS).</p> <p>Allocation fixe : quel que soit le nombre d'enfants à charge, le montant est identique.</p>
Versement	Versement mensuel	Prend fin dès qu'il reste moins de 3 enfants de 21 ans à charge, ou bien lorsque le foyer compte à nouveau un enfant de moins de 3 ans.
Cumul	Les allocations familiales se cumulent avec toutes les autres prestations.	<p>Le complément familial se cumule avec les allocations familiales, l'allocation rentrée scolaire, et le complément de libre choix du mode de garde de la PAJE.</p> <p>Il ne se cumule pas avec l'allocation de base ni avec le complément de libre choix d'activité de la PAJE.</p>

3° Les prestations liées à des charges financières spécifiques

a) L'allocation journalière de présence parentale (AJPP)

L'AJPP est versée pour faire face à l'interruption de l'activité professionnelle ou de la recherche d'emploi due à un enfant handicapé, malade ou victime d'un accident grave. Elle ne dépend pas de conditions de ressources. Deux éléments sont pris en compte :

- l'activité du parent (art. L 544-8 CSS) ;
- l'état de santé de l'enfant attesté par un médecin (art. L 544-2 CSS).

Le droit est ouvert par périodes de 6 mois pour une durée maximale de 3 ans (art. D 544-1 et D 544-2 CSS). L'allocation couvre 310 jours d'absence maximum dont 22 au cours d'un même mois civil (art. L 544-3 et D 544-4 CSS).

Le montant de l'allocation est fixé à 10,63 % de la BMAF. Lorsqu'une seule personne assume la charge de l'enfant, le taux de la BMAF est de 12,63 %. Un complément peut être versé sous condition de ressources et en fonction des coûts entraînés par la maladie, le handicap, ou l'accident de l'enfant (art. D 544-6 et D 544-7 CSS).

L'AJPP n'est pas cumulable avec la prestation partagée d'éducation de l'enfant.

b) Prestations liées au logement

> L'allocation de logement à caractère familial (ALF)

Encadré « lexic » : L'ALF est une aide financière destinée à réduire le montant du loyer ou du remboursement d'un prêt pour accéder à la propriété. Elle est ouverte même en l'absence d'enfants à charge, sous conditions (art. L 841-1 code de la construction et de l'habitation).

Conditions	<p>Le versement d'un loyer ou le remboursement d'un prêt pour la location ou l'acquisition d'une résidence principale est exigé (art. L 822-2 code de la construction et de l'habitation).</p> <p>Le logement doit être décent (art. L 822-9 code de la construction et de l'habitation et art. R 822-24 code de la construction et de l'habitation).</p> <p>Les ressources ne doivent pas dépasser certains plafonds variant en fonction de la composition du foyer et du lieu du logement (art. D 823-16 code de la construction et de l'habitation et arrêté du 27 septembre 2019).</p>
Montant	<p>Le montant de cette allocation dépend de la composition de la famille, de la dépense correspondant au logement, et des ressources de la famille (art. L 823-1 code de la construction et de l'habitation).</p>

Versement

L'allocation est versée mensuellement ([art. R 823-8 code de la construction et de l'habitation](#)).

> La prime de déménagement

Encadré « lexicque » : La prime de déménagement est une aide financière destinée à réduire les frais occasionnés par un déménagement.

Cette prime est attribuée si les conditions suivantes sont remplies dans les 6 mois suivant le déménagement ([art. D 823-20 code de la construction et de l'habitation](#)) :

- avoir au moins 3 enfants à charge nés ou à naître ;
- déménager dans un logement ouvrant droit à une aide personnelle au logement ;
- procéder au déménagement entre le 1^{er} jour du mois suivant le 3^e mois de grossesse et le dernier mois précédant les 2 ans du dernier enfant.

Le montant de la prime de déménagement est égal aux dépenses justifiées engagées par le bénéficiaire dans la limite d'un plafond fixé par arrêté ([art. D 823-22 code de la construction et de l'habitation](#)).

c) L'allocation de soutien familial

L'allocation de soutien familial est une aide financière. Elle est attribuée sans condition de ressources à l'allocataire en charge de :

- l'enfant orphelin de père ou de mère ou des deux ;
- l'enfant dont la filiation n'est pas légalement établie à l'égard de ses parents ou de l'un des deux seulement ;
- l'enfant dont les parents se sont soustraits ou ne peuvent plus faire face à leurs obligations d'entretien pendant au moins 1 mois ou au versement d'une pension alimentaire ([art. L 523-1 CSS](#)).

Le montant de cette allocation s'élève à 28,13 % de la BMAF par enfant à charge, quand celui-ci est élevé par un seul de ses parents. Le versement de l'allocation **prend fin** lorsqu'il y a une reprise de la vie de couple de l'allocataire (concubinage, PACS, mariage). L'allocation s'élève à 37,5 % de la BMAF quand l'enfant a été privé de l'assistance de ses deux parents ([art. R 523-7 CSS](#)).

IX Le financement du régime général



Conformément aux dispositions constitutionnelles qui prévoient que « les lois de financement de la Sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses » ([art. 34 Constitution du 4 octobre 1958](#)), l'objectif de ces lois est de mettre en place des objectifs et des mesures garantissant une maîtrise des dépenses annoncées plutôt que de fixer un budget limitatif qui ne pourrait en aucun cas être dépassé.

Les cotisations sociales sont en principe partagées entre l'employeur et le salarié mais c'est l'employeur qui les déclare et les verse selon un système de précompte (art. R 243-6 CSS). L'employeur doit précompter la contribution salariale sur les rémunérations lors de chaque paie sans que le salarié ne puisse s'y opposer (art. L 243-1 CSS).

Il existe des exonérations ou des allègements de cotisations principalement destinées à encourager l'emploi, en particulier non qualifié.

Les recettes du régime général de la sécurité sociale proviennent :

- de cotisations prélevées sur les rémunérations ;
- de contributions prélevées sur les rémunérations et les revenus de remplacement ainsi que sur les revenus du patrimoine et du capital ;
- du forfait social qui est une contribution à la charge de l'employeur prélevée sur les rémunérations ou gains exonérés de cotisations de Sécurité sociale mais assujettis à la contribution sociale généralisée ;
- d'impôts et taxes affectés.

Les cotisations et contributions sont versées par l'employeur auprès de l'union de recouvrement pour la Sécurité sociale et les allocations familiales d'affiliation de l'entreprise (URSSAF).

A. LE FINANCEMENT PAR COTISATIONS

1° L'ASSIETTE DES COTISATIONS SOCIALES

Les cotisations mentionnées à l'article L 242-1 CSS sont assises sur des revenus d'activité. L'assiette de ces cotisations est définie à l'article L 136-1-1 du même code.

Éléments inclus dans l'assiette	Éléments exclus de l'assiette
Salaire et assimilés	Indemnités journalières de Sécurité sociale perçues par un salarié en arrêt
Indemnités et assimilés	Les indemnités considérées comme des dommages et intérêts
Revenus de remplacement en cas d'arrêt maternité, maladie ou accident du travail	Frais professionnels et frais d'entreprise justifiés
Avantages en nature ou en espèce	Primes liées à la participation des salariés aux résultats de l'entreprise versées dans le cadre d'un accord collectif

2° LE TAUX DES COTISATIONS SOCIALES

Contribution	Assiette	Taux part employeur	Taux part salarié
Assurance maladie, maternité, invalidité, décès	Salaire total	7,30 %	

(art. D 242-3 CSS)			
Assurance vieillesse	Sur la totalité de la rémunération	1,90 %	0,40 %
	Dans la limite du plafond	8,55 %	6,90 %
Allocations familiales (art. D 241-3-1 CSS)	Salaire total	3,45 %	
Accident du travail (art. L 242-1 CSS)	Salaire total	Variable selon l'activité et taux fixé par la Carsat	

B. LES AUTRES FINANCEMENTS

1° LA CONTRIBUTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE (CSG)

Assiette (art. L 136-1-1 CSS)	Salaires et allocations préretraite	Revenus de remplacement (allocations chômage et indemnités journalières) (art. L 136-1 à L 136-5 CSS)	Pensions de retraite et invalidité (art. L 136-6 et L 136-6-1 CSS)	Revenus du patrimoine et produits de placement (art. L 136-7 CSS)	Sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion des jeux (art. L 136-7-1 CSS)
Taux (art. L 136-8 CSS)	9,2 % (sur montant brut du salaire après abattement de 1,75 % pour les frais professionnels)	6,2 % (après abattement de 1,75% pour frais professionnels appliqué sur les allocations chôma-	8,3 % (le taux peut être ramené à 3,8 % dans certains cas)	9,2 %	8,6 %, 11,2 %, ou 13,7 % (selon leur nature)

		ge)			
Prélèvement (art. L 137-3 CSS)	À la source par l'URSSAF	À la source par l'URSSAF	À la source par l'URSSAF	Recouvrée par l'administration fiscale	Recouvrée par l'administration fiscale
Déduction au regard de l'impôt	6,8 %	5,5 %	5,9 %	6,8 % pour les revenus de pa- trimoine	Déduction

2° LA CONTRIBUTION POUR LE REMBOURSEMENT DE LA DETTE SOCIALE (CRDS)

La contribution pour le remboursement de la dette sociale a une **assiette** identique à celle de la **contribution sociale généralisée**. Son **taux est de 0,5 %, taux unique** appliqué sur le revenu brut, quel qu'il soit. Elle n'est pas déductible au titre de l'impôt sur le revenu. Son produit est entièrement destiné à la **Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)**.

3° LA CONTRIBUTION ADDITIONNELLE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CASA)

Encadré « lexique » : La contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (art. L 136-8 CSS) est destinée à financer la perte d'autonomie et la dépendance des personnes âgées et handicapées. Elle n'est pas déductible du revenu imposable.

Assiette		Taux	Exonération	Affectation
Ce qui est compris	Ce qui est exclu	Taux unique de 0,3 %	En fonction du revenu fiscal de référence et du quotient familial du foyer fiscal	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
Pensions de retraite	Allocations de solidarité aux personnes âgées et allocation supplémentaire d'invalidité			
Rente de retraite supplémentaire individuelle ou collective	Allocation supplémentaire d'invalidité			
Bonifications et majorations pour enfant des pensions de retraite	Majoration pour tierce personne			
Pensions d'invalidité	Pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre			
Allocation de pré-retraite	Retraites du combattant			
Versement forfaitaire unique	Pensions temporaires d'orphelins			

4° LE FORFAIT SOCIAL

Le forfait social est une contribution à la seule charge des employeurs (art. L 137-15 s. CSS). Il est assis sur les rémunérations exonérées de cotisations sociales mais assujetties à la CSG/CRDS. **Le taux est fixé à 20 %**. Par dérogation, des taux de 8,10 % et 16 % peuvent trouver à s'appliquer. Il est recouvré par l'URSSAF.

Par exception au principe, certaines sommes sont expressément soumises au forfait social bien que ne remplissant pas les deux conditions. D'autres sont exclues indépendamment de leur assujettissement à la CSG ou aux cotisations.

5° LES IMPÔTS ET TAXES AFFECTÉES (ITAF)

Les ITAF représentent environ 20 % du financement de la sécurité sociale. Seules les principales contributions sont mentionnées.

a) Les contributions assises sur le chiffre d'affaires des entreprises

	Présentation du dispositif	Taux/Assiette	Recouvrement/régime d'affectation
Taxe sur les produits pharmaceutiques	Les contributions de l'industrie pharmaceutique sont des contributions sur les entreprises qui interviennent à chaque étape de la fabrication/commercialisation des spécialités pharmaceutiques et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie.	L'assiette est déterminée en fonction du chiffre d'affaires hors taxes de l'entreprise, des dépenses afférentes ainsi que de l'abattement.	Les organismes de recouvrement sont l'Agence centrale de sécurité sociale (ACOSS) et la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Le régime d'affectation est la Caisse nationale d'assurance maladie (art. L 131-8 CSS)
Taxe sur les salaires	Elle est due par les employeurs établis en France soumis à la TVA sur moins de 90 % de leur chiffre d'affaires (art. 231 à 231 bis U CGI).	Elle est calculée suivant un barème progressif appliqué aux rémunérations brutes individuelles annuelles. Ce barème comporte un taux normal fixé à 4,25 % et des taux majorés lorsque les rémunérations brutes individuelles dépassent certains seuils. Son assiette coïncide avec celle de la	L'organisme de recouvrement est la DGFIP. Les régimes d'affectation sont la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) et la Caisse

		CSG applicable aux salaires (art. L 136-1 et 2 CSS).	nationale d'assurance vieillesse (art. L 138 CSS).
Taxe sur les véhicules de société (TVS)	<p>La TVS est une taxe payée par toutes les sociétés à but lucratif qui possèdent, utilisent ou louent des voitures particulières, c'est-à-dire sur les véhicules de tourisme.</p> <p>Elle s'appuie sur deux critères : les émissions de CO₂ ou la puissance fiscale et la date de mise en circulation (art. 1010 CGI).</p>	<p>La TVS est calculée de façon trimestrielle, par tranche, selon des barèmes qui dépendent des kilomètres effectués et du nombre de véhicules utilisés (art. 1010-0 A CGI).</p> <p>Des exonérations sont prévues pour la location de courte durée, les véhicules électriques, hybrides, à essence et gaz et ceux accessibles aux handicapés.</p>	Le régime d'affectation est la CNAF (art. 131-8 CSS).
Taxe sur les conventions d'assurances (TCAS)	<p>Toute convention d'assurance conclue avec une société ou compagnie d'assurances ou avec tout autre assureur français ou étranger est soumise à une taxe annuelle et obligatoire (art. 1001 CGI).</p> <p>La TCAS concerne les contrats d'assurance proprement dits, les actes préparatoires à ces contrats, les avenants à ces contrats, les actes de résiliation amiable de la police.</p>	<p>Le taux de la taxe sur les contrats d'assurance varie selon le type de contrat d'assurance : par exemple, il est de 7 % pour les contrats d'assurances contre l'incendie et de 19 % sur les contrats liés aux risques maritimes et fluviaux (art. 1001 CGI).</p> <p>La sécurité sociale ne se voit affecter que la taxe sur l'obligation d'assurance sur les véhicules terrestres à moteur (art. 1001 CGI).</p>	<p>L'organisme de recouvrement est DGFIP.</p> <p>Le régime d'affectation est la CNAF (art. L 131-8 CSS art. L 200-2 CSS)</p>

b) Les taxes liées à des objectifs de santé publique frappant certains comportements de consommation

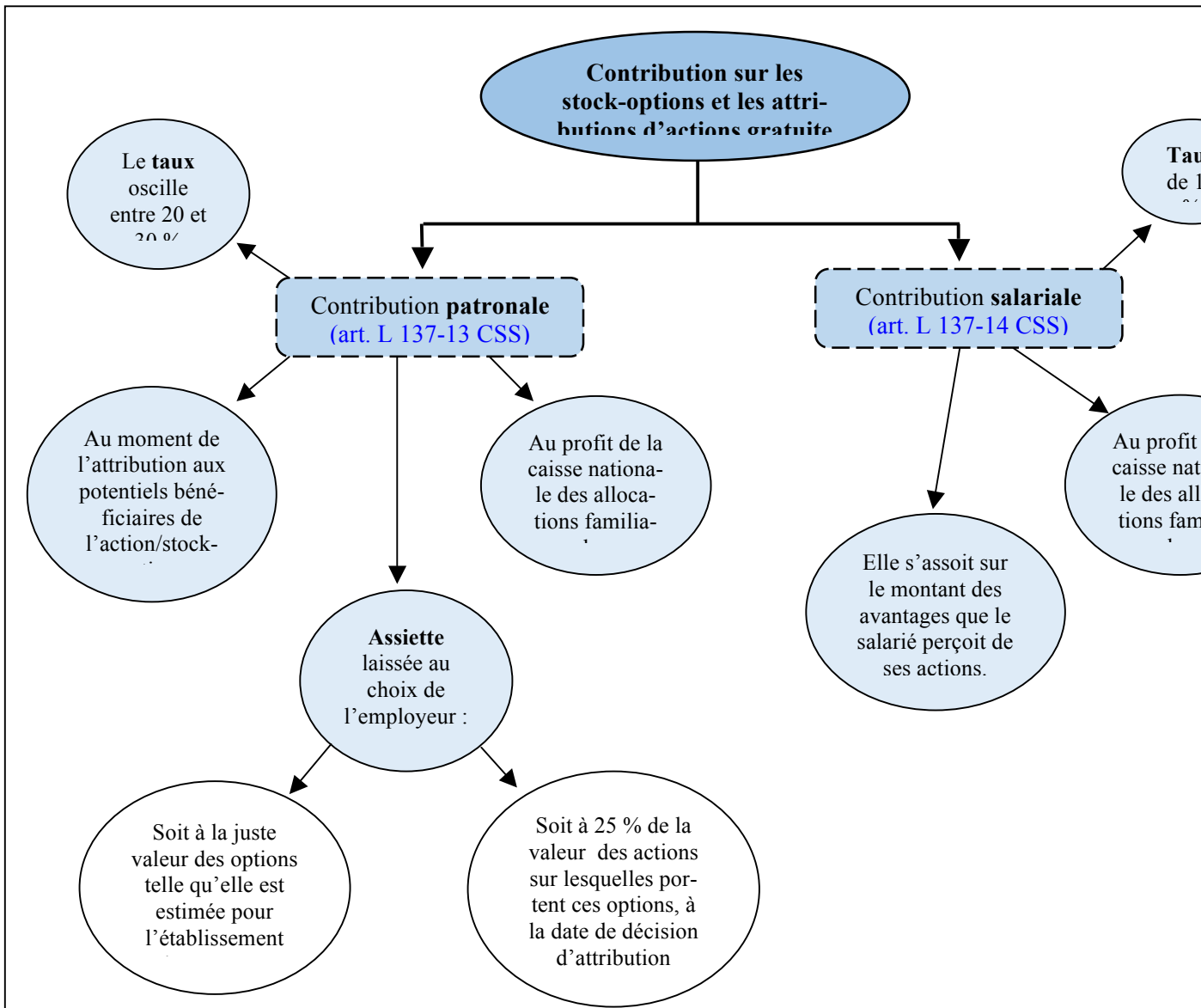
	Présentation du dispositif	Taux/assiette	Régime d'affectation
Tabac	En plus de la TVA, le tabac est soumis à un droit d'accise (impôt indirect perçu sur la consommation) directement destiné au financement de la sécurité sociale (art. L 137-27 CSS).	<p>Son assiette se constitue du montant total du chiffre d'affaires du redevable relatif à la commercialisation des tabacs manufacturés, hors taxe sur la valeur ajoutée.</p> <p>Son taux est de 5,6 %.</p>	<p>L'organisme de recouvrement est la Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI).</p> <p>Les régimes d'affectation sont la Caisse nationale d'assurance maladie (art. L 137-27 et art. L 221-1-3 et 4 CSS) et au régime d'allocation viagère des gérants de débits de tabac (art. L 131-8 CSS).</p>
Alcool	Toute boisson alcoolisée et boisson partiellement alcoolisée (dite « premix ») sont soumises à des droits d'accise (impôt indirect perçu sur la consommation) et une cotisation de la sécurité sociale (art. L 245-7 CSS).	<p>Les taux sont fixés chaque année par un arrêté ministériel.</p> <p>Pour ce qui est de la cotisation de sécurité sociale, son montant est de 573,64 € par hectolitre d'alcool pur (art. 401 CGI). Il est de 48,43 € par</p>	<p>L'organisme de recouvrement est l'ACOSS (art. L 245-10 CSS).</p> <p>Les régimes d'affectation sont les branches vieillesse et</p>

	Elle est « due à raison de l'importation et/ou la livraison aux consommateurs de boissons d'une teneur en alcool supérieure à 18 % vol. » (art. L 245-8 CSS).	hectolitre pour les autres boissons. Il ne peut excéder 40 % du droit d'accise applicable à la boisson concernée.	maladie du régime des non-salariés et le régime complémentaire obligatoire agricole (art. L 131-8 CSS).
--	---	--	---

c) La cotisation assise sur les revenus du capital, la contribution sur les stock-options et les attributions d'actions gratuites

Le système des options de souscription ou d'achat d'actions (ou stock-options) offre à une société par actions (cotée ou non) la possibilité à ses salariés, ou une partie d'entre eux, de souscrire ou d'acheter ses propres actions/titres à un prix d'exercice fixé définitivement le jour où l'option est consentie.

Ces avantages sont exclus de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale, de la CSG et CRDS, et des autres cotisations (forfait social, versement transport, assurance chômage, etc.). Ils sont en revanche soumis à des contributions spécifiques.



C. LES SANCTIONS ENCOURUES PAR LE COTISANT, L'EMPLOYEUR

Une des missions de l'URSSAF est de vérifier que les employeurs respectent les **obligations** en matière de déclaration et paiement des cotisations, c'est le rôle de l'inspecteur du recouvrement (art. L 243-7 et s. CSS).

1° LES CONTRÔLES DE L'URSSAF

Trois formes de contrôle peuvent être réalisées :



2° LA PROCÉDURE DU CONTRÔLE SUR PLACE

Le cotisant a l'obligation de présenter, lors du contrôle, sa comptabilité qui permet d'établir le chiffre exact des sommes à intégrer dans l'assiette des cotisations. Il s'agit de l'évaluation réelle de l'URSSAF. C'est avec ces éléments que l'URSSAF fonde sa demande de régularisation. Dans certains cas et sous certaines conditions, l'URSSAF peut établir une évaluation forfaitaire des sommes dues.

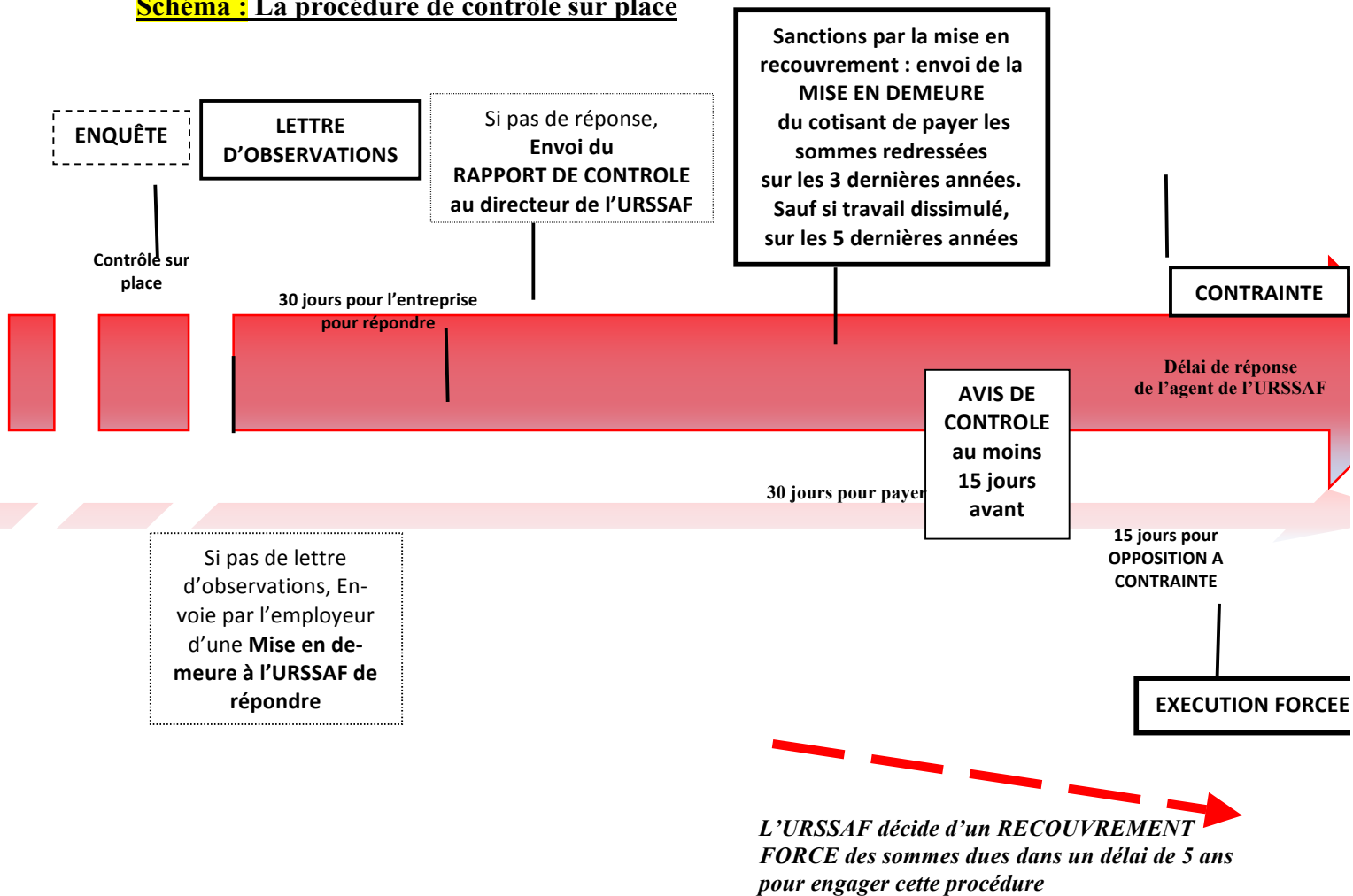
Si le cotisant n'a pas régularisé sa situation après un mois suivant la notification de la lettre d'observations, l'URSSAF envoie une invitation impérative à régulariser la situation : c'est la **lettre de mise en demeure** qui interrompt le cours de la prescription des cotisations (cf. procédure de la frise). Elle est adressée par lettre recommandée avec avis de réception et elle n'est valable que si elle comporte les mentions légales obligatoires suivantes : nature de la mise en demeure, cause et étendue de l'obligation du cotisant. Elle ne concerne que les cotisations exigibles dans les trois ans précédant l'envoi et l'année en cours. Si lors du contrôle, il a été constaté du travail dissimulé : l'URSSAF peut exiger les cotisations des cinq précédentes années en plus de celles de l'année en cours.

Si dans un délai d'un mois à compter de la signification de la mise en demeure, le cotisant n'a effectué aucun règlement ni contesté les sommes réclamées devant la commission de recours

amiable, l'URSSAF est en droit de lui délivrer une **contrainte** par lettre recommandée avec avis de réception ou de la signifier par acte d'huissier de justice. La contrainte comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Cette **action civile en recouvrement** se prescrit par cinq ans à compter de l'expiration du délai d'un mois qui figure dans la mise en demeure.

<p>Sanctions civiles</p>	<p>Majorations de retard (art. L 243-7-6 à 7-7 CSS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 % en cas d'absence de mise en conformité - 25 % en cas de travail dissimulé, majorée de 40 % si l'infraction est commise à l'égard de plusieurs personnes, d'un mineur soumis à l'obligation scolaire, d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur, ou en bande organisée. <p>+ 2 % / trimestre écoulé à compter de la date d'exigibilité</p> <p>Responsabilité civile du dirigeant seulement s'il a commis une faute de gestion</p>
<p>Sanctions pénales</p>	<p>Autant d'amendes que d'infractions commises (1 infraction par salarié et par trimestre de cotisations non réglées) sans que le total des amendes dépasse 1 500 euros.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contravention de 3^e classe (450 euros d'amende) pour le non-paiement des cotisations patronales dans les délais, la non fourniture des déclarations et la non immatriculation du salarié dans le délai de 8 jours - Contravention de 5^e classe (jusqu'à 1 500 euros d'amende) pour la rétention indue des cotisations sociales (prélèvement sur salaire mais pas de versement aux URSSAF) et le précompte versé hors délai - 3 000 euros d'amende et de 2 mois à 1 an d'emprisonnement pour le délit d'opposition ou obstacle à la visite des agents des organismes sociaux (art. L 243-11 CSS) - 30 000 euros d'amende et 2 ans d'emprisonnement pour le délit de refus de se conformer à la législation de la sécurité sociale organisé par voie de fait, menace ou manœuvres concertées (art. L 652-7 CSS) - 7 500 euros d'amende et 6 mois d'emprisonnement pour le délit par l'assujetti du refus de se conformer aux prescriptions de la sécurité sociale (art. L 652-7 CSS) <p>En cas de travail dissimulé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 45 000 euros d'amende et 3 ans d'emprisonnement pour la personne physique - 225 000 euros d'amende et un placement sous surveillance judiciaire pour la personne morale
<p>Sanctions administratives</p>	<p>Pénalité égale à 300 fois le taux horaire du minimum garanti en cas d'absence de déclaration préalable à l'embauche</p>

Schéma : La procédure de contrôle sur place



(art. R 243-59-1 et s. CSS)

X L'assurance chômage

Encadré « lexicque » : Le risque chômage couvert peut être défini comme la « suspension du revenu, telle qu'elle est définie par la législation ou la réglementation nationale, due à l'impossibilité d'obtenir un emploi convenable dans le cas d'une personne protégée qui est capable de travailler et disponible pour le travail ». En droit français les salariés du secteur privé et certaines entreprises publiques entrent dans le champ d'application d'une indemnisation chômage.

L'assurance chômage remplit un double objectif :

- assurer un revenu de remplacement aux demandeurs d'emploi par le versement d'une allocation de retour à l'emploi (ARE) ;
- faciliter le retour à l'emploi des demandeurs d'emploi, mission qui est assurée par Pôle emploi.

Institutionnellement, la gestion de l'assurance chômage **est confié**

- un réseau appelé Pôle emploi ;
- l'UNEDIC association paritaire nationale qui est en principe en charge d'élaborer les règles d'indemnisation du chômage et des cotisations via un accord national d'indemnisation du chômage et un règlement ;
- les URSSAF en charge de la collecte matérielle des cotisations.

Les règles actuelles relatives à l'assurance chômage sont issues **d'un décret n° 2019-797 du 26 juillet 2019**, lequel fixe en son annexe **le règlement d'assurance chômage**.

A. LES CONDITIONS CUMULATIVES À REMPLIR POUR BÉNÉFICIER DE L'ALLOCATION DE RETOUR À L'EMPLOI (ARE)


Perte involontaire d'emploi	<p>- Le bénéfice de l'assurance chômage est ouvert aux salariés dont le contrat a été rompu par l'employeur, conventionnellement ou d'un commun accord.</p> <p>- Certains cas de démission, par exemple lorsqu'un salarié rompt son contrat de travail pour suivre son conjoint qui change de lieu de résidence pour exercer un nouvel emploi ou pour des raisons considérées comme légitimes et permettent ainsi au démissionnaire de bénéficier de l'ARE.</p> <p>- De plus, les salariés démissionnaires qui poursuivent un projet professionnel de caractère réel et sérieux est attesté par la commission paritaire interprofessionnelle régionale peuvent bénéficier de l'ARE. Ils justifient avoir travaillé pendant 5 ans de manière continue avant de démissionner. (art. 2 règlement)</p>
Durée d'affiliation préalable à la rupture du contrat de travail	Elle doit être au moins égale à 130 jours travaillés ou 910 heures travaillées au cours des 36 mois qui précèdent la fin du contrat ou au cours des 36 mois pour les personnes âgées de moins de 53 ans.
Ne pas avoir atteint le nombre de trimestres permettant de bénéficier de la retraite à taux plein	Les personnes qui ont atteint l'âge de la retraite mais qui ne justifient pas du nombre de trimestres permettant de percevoir une pension à taux plein, peuvent bénéficier de l'ARE jusqu'à ce qu'elles justifient de ce nombre de trimestres et au plus tard jusqu'à l'âge de 60 ans (art. 4 règlement).
Être à la recherche effective et permanente d'un emploi	<p>Le demandeur d'emploi est tenu de participer à la définition et à l'actualisation de son projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE) avec son conseiller Pôle emploi.</p> <p>Il doit aussi accomplir des actes positifs et répétés de recherche d'emploi.</p>
Être inscrit comme demandeur d'emploi	<p>Le demandeur d'emploi doit être inscrit sur la liste des demandeurs d'emploi ou accomplir une action de formation inscrite dans le projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE).</p> <p>Il y a un délai de 12 mois pour s'inscrire comme demandeur d'emploi à compter de la fin du contrat de travail.</p>

Être physiquement apte à l'exercice d'un emploi	La condition d'aptitude physique est présumée remplie sur présentation de l'attestation d'inscription comme demandeur d'emploi.
Résider sur le territoire relevant du champ d'application du régime d'assurance chômage	C'est-à-dire sur le territoire métropolitain ainsi qu'en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon

B- LES MODALITES D'INDEMNISATION : L'ARE

1° Le montant de l'ARE

a) Le salaire journalier de référence (SJR) et l'allocation journalière brute

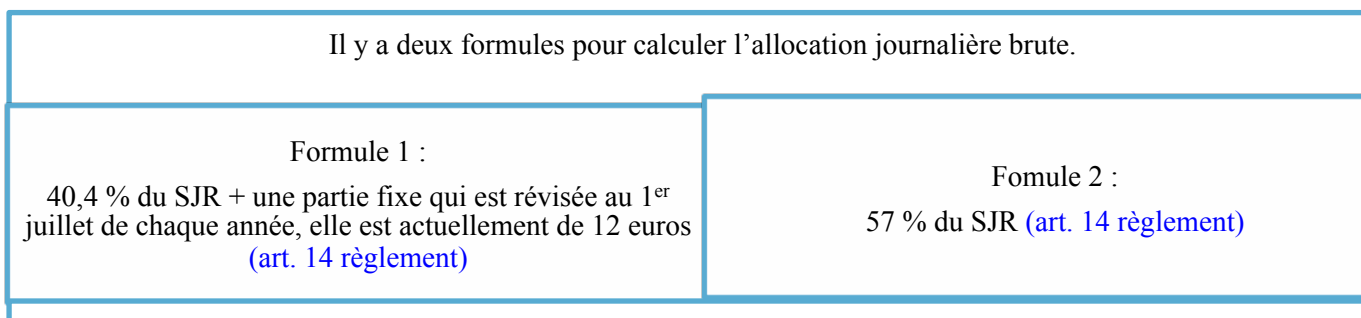
Le calcul de l'ARE 

L'ARE se base sur le salaire journalier de référence (SJR).

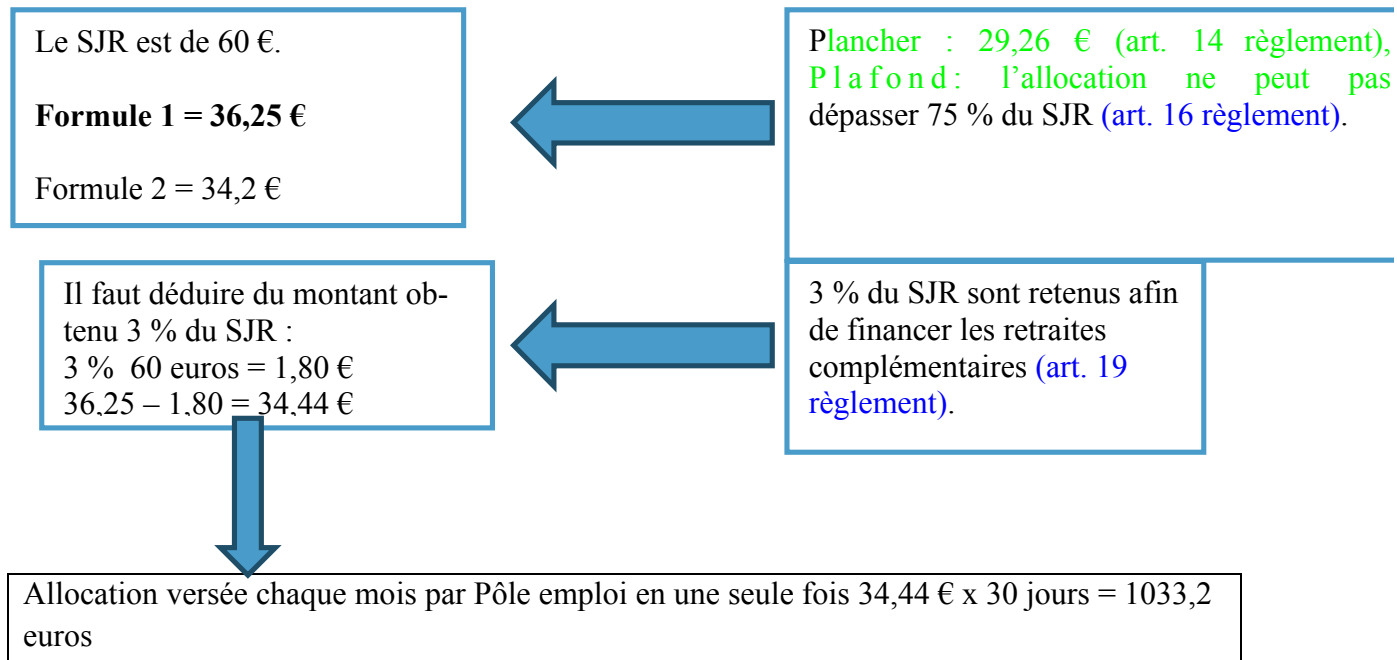
SJR = salaire de référence / Nombre de jours de la période de référence calculée

Salaire de référence : tous les salaires bruts perçus au cours des 24 derniers mois, primes comprises, mais hors indemnités liées à la rupture du contrat de travail ([art. 12 règlement](#)).

La période de référence calculée : 24 mois civils précédant le dernier jour de travail payé.



La formule retenue est celle qui sera la plus avantageuse **pour le chômeur indemnisé.**

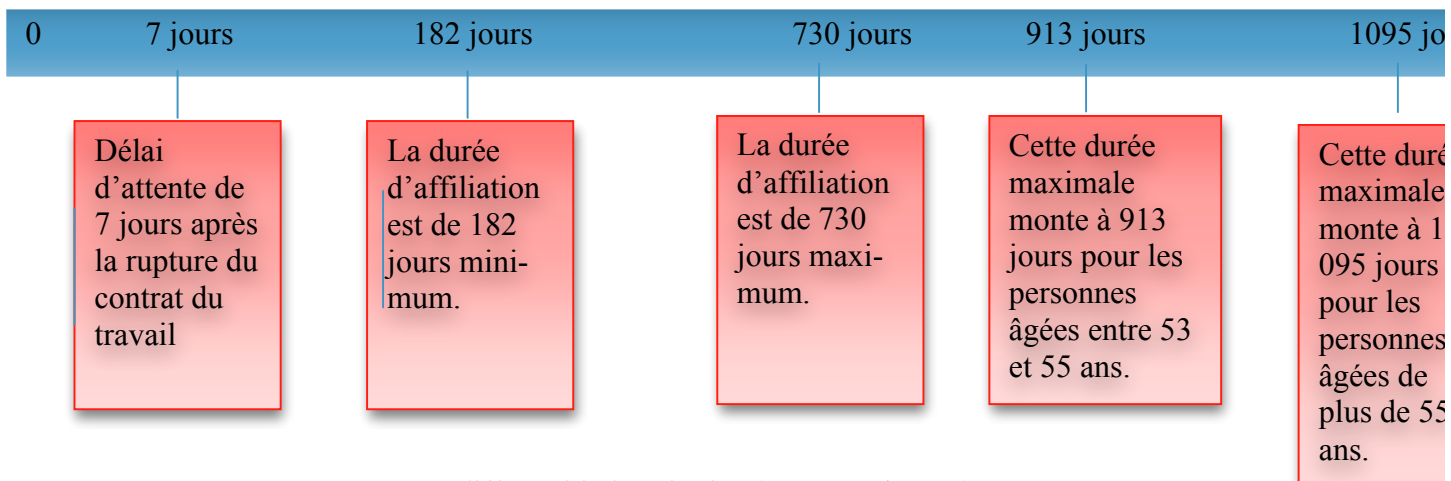


b) La dégressivité de l'allocation pour les hauts revenus

Pour les demandeurs d'emploi âgés de moins de 57 ans à la date de fin de leur contrat de travail et dont le montant de l'allocation journalière est supérieur à 120,47 euros, l'allocation est affectée d'un coefficient de dégressivité égal à 0,7 à partir du 183^e jour d'indemnisation, sans que cette réduction ne puisse porter le montant de l'allocation journalière en dessous du seuil de 84,33 euros (art. 17 bis §1 décret 26 juillet 2019).

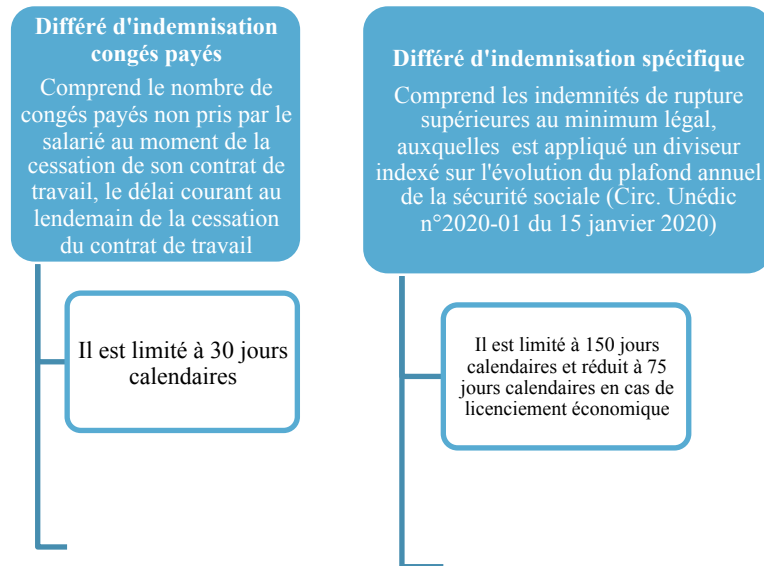
2° La durée d'indemnisation

La durée d'indemnisation est égale à la durée d'affiliation prise en compte pour l'ouverture des droits : **un jour d'affiliation = un jour d'indemnisation.**



a) Les différés d'indemnisation (art. 21 règlement)

Encadré "Lexique" : Différé d'indemnisation : Il s'agit d'un mécanisme qui retarde le versement de l'allocation de retour à l'emploi, il en existe deux : différé congés payés et différé spécifique). Le différé intervient au lendemain de la cessation du contrat de travail. Les deux différés se cumulent en respectant leur durée maximale, ainsi le différé d'indemnisation ne peut pas dépasser les 150 jours calendaires.



b) Les droits rechargeables (art. 28 règlement)

Encadré « lexique » : Il s'agit d'un mécanisme défini par l'article R 5422-2 du code du travail, qui permet au chômeur indemnisé de reprendre un emploi sans pour autant perdre les droits qui lui restent et de cotiser pour des droits supplémentaires. Pour bénéficier de ce mécanisme, il faut justifier d'une durée d'affiliation de 130 jours ou de 910 heures sur une période de 24 mois. La période de 24 mois est étendue à 36 mois pour les salariés âgés de 53 ans ou plus (art. 28 § 1^{er} règlement).

C. LES AUTRES AIDES VERSÉES PAR POLE EMPLOI

D'autres dispositifs existent pour les travailleurs qui souhaitent utiliser leurs droits non pour chercher un travail salarié mais pour créer ou reprendre une entreprise, ainsi que pour ceux ayant épuisé leurs droits à indemnisation.

1° Les aides à la création et à la reprise d'entreprise

		Aide aux créateurs et repreneurs d'entreprise (ACRE)	Aide à la reprise ou à la création d'entreprise (ARCE)	Le nouvel accompagnement pour la création ou la reprise d'entreprise (NACRE)
Conditions		<p>Toute personne qui crée ou reprend une entreprise à compter du 1^{er} janvier 2019 et qui n'a pas bénéficié de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprises (ACCRE, remplacée par l'ACRE au 1^{er} janvier 2019) dans les 3 ans précédant la demande d'ACRE.</p> <p>Une seule personne peut demander à bénéficier de l'ACRE sur un même projet de création ou reprise d'entreprise (art. L 5141-1 c. trav.).</p>	<p>Demandeurs d'emploi indemnisés au titre de l'ARE et bénéficiant de l'ACRE (fiche 8, points 2.1 et 2.2 circulaire UNEDIC n° 2019-12 du 1^{er} novembre 2019)</p>	<p>Tout chômeur souhaitant créer ou reprendre une entreprise (art. R 5141-1 c. trav.)</p>
Prestation	Nature	Exonération de cotisations sociales	Perception d'une partie du reliquat de l'ARE auquel le chômeur a droit sous la forme d'un capital	Accompagnement : aide au montage du projet de création ou de reprise, à la structuration financière et au démarrage de l'activité (art. R 5141-1 et R 5141-2 c. trav.)
	Montant	<p>Pour la création ou reprise d'entreprise à compter du 1^{er} janvier 2020 (art. L 131-6-4 et D 131-6-1 CSS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exonération totale si le revenu professionnel est inférieur à 75 % du PASS - Exonération dégressive si le revenu professionnel est supérieur à 75 % du PASS et inférieur au PASS - Exonération non applicable lorsque le revenu professionnel est égal au PASS 	<p>45 % du montant des droits à l'ARE restant dus à la date du début d'activité. Une déduction de 3 % correspondant au financement des retraites complémentaires sera appliquée (fiche 8, point 2.3.1. circulaire UNEDIC n° 2019-12 du 1^{er} novembre 2019).</p>	

	Durée	1 an à compter de la date de création ou de reprise d'une entreprise (art. L 131-6-4 CSS et art. R 5141-28 c. trav.)	Deux versements égaux (fiche 8, point 2.3.2. circulaire UNEDIC n° 2019-12 du 1 ^{er} novembre 2019). : - Le premier lorsque les conditions sont remplies ; - 6 mois (182 jours) après la date du premier versement si l'intéressé justifie qu'il exerce toujours effectivement l'activité professionnelle au titre de laquelle l'aide a été accordée.	3 ans (art. L 5141-5 c. t
--	--------------	--	---	---------------------------

2° L'allocation de solidarité spécifique

Bénéficiaires (art. L 5423-1 à L 5423-3 CSS)	<ul style="list-style-type: none"> - Travailleurs privés d'emploi qui ont épuisé leurs droits à l'assurance chômage et qui pondent à des conditions d'activité antérieure et de ressources - Bénéficiaires de l'ARE de 50 ans ou plus qui optent volontairement pour l'ASS - Demandeurs d'emploi appartenant à certaines professions comme les artistes non salariés s'ils ne peuvent pas bénéficier de l'ARE
Conditions (art. R 5423-1 CSS)	<ul style="list-style-type: none"> - Condition d'activité antérieure : 5 ans d'activité salariée (ou périodes assimilées) dans dix ans précédant la fin du contrat de travail à partir de laquelle ont été ouverts leurs droits aux allocations d'assurance. - Condition de ressources : ressources mensuelles inférieures à un plafond correspondant à fois le montant journalier de l'allocation pour une personne seule (1 171,80 euros) et fois le même montant pour un couple (1 841,40 euros).
Montant (art. L 5423-6 c. trav. ; art. 2 décret n° 2019-466 du 16 mai 2019)	16,74 euros par jour en 2020
Durée (art. R 5423-8 c. trav.)	6 mois renouvelables



L'auteur :

Francis Kessler est **docteur en droit** et maître de conférences **habilité à diriger des recherches** de droit privé à l'École de droit de la Sorbonne (Université Paris I) et à **Sciences Po, Paris**. Il est responsable du Master 2 professionnel en apprentissage Droit de la protection sociale d'entreprise. Il enseigne le droit de la protection sociale, le droit social international et comparé et le droit de la régulation du marché du travail. Il est avocat, *senior counsel* et membre du conseil scientifique du Gide Loyrette Nouel, Paris.

Ont participé à la rédaction de cette Lexifiche les étudiants de la promotion 2019-2020 du master 2 droit social de l'École de droit de la Sorbonne :

Charlotte Allaire, Victor Audoin, Jehane Azzouzi-Clausel, Sarah Benaddi, Elsa Benas-saia, Marine Belolo, Louise Brody, Adrien Cassagneau, Levana Chemla, Cheyda danech pejouh, Diane Derrien, Alexane Dubourg, Adriana Esteves Da Cruz, Laurence Farenc, Paula de Freitas Hott, Cédric Girault, Mélanie Guyard, Sakina Hadja Fagour-dine, Alice Haury, Marianne Herri, Fayçal Kalaf, Rana Khaouli, Mathilde Martin, Eva Masseur, Jeanne Ponsard, Anouchka Seguin, Sabrina Sehrine, Ouamar Smadhi