

DROIT DE LA PROTECTION SOCIALE

Introduction

Cette Lexifiche s'adresse :

- ✓ aux étudiants qui découvrent le droit de la protection sociale ;
- ✓ aux candidats à l'examen du CRFPA qui désirent réviser les thèmes de leur épreuve de droit social, présentés de façon pédagogique et synthétique.



SOMMAIRE

Introduction

- 1 - L'AFFILIATION AU RÉGIME GÉNÉRAL
- 2 - REVENUS DE REMPLACEMENT DES ASSURANCES MALADIE ET MATERNITÉ
- 3 - LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SOINS
- 4 - L'ASSURANCE INVALIDITÉ
- 5 - L'ASSURANCE VIEILLESSE DU RÉGIME GÉNÉRAL
- 6 - L'ASSURANCE DÉCÈS
- 7 - LA PRISE EN CHARGE DES RISQUES PROFESSIONNELS
- 8 - LES PRESTATIONS FAMILIALES
- 9 - LE FINANCEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL
- 10 - L'ASSURANCE CHÔMAGE



FICHE INTERACTIVE

Flashez pour découvrir toutes les informations complémentaires proposées par l'auteur

Code d'accès : Lexifiche56



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 les 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 et 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 sociale, 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 » (quartier, lieu d'origine) sont les mécanismes traditionnels de solidarité face à des risques sociaux. Prodiguées 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) peut permettre la protection de l'individu. Ce dernier 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). Elle suppose, en outre, un calcul de probabilité de l'aléa, c'est-à-dire de la réalisation individuelle du risque pour le groupe. 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 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 au début du XX^e siècle avec le développement du salariat :

- la responsabilité automatique « pour risque » de l'employeur en cas d'accident du travail, qui 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'adoption, en 1898, de la législation sur l'indemnisation des accidents du travail puis, en 1919, de celle relative aux 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 remplacée, dès 1916, par des « caisses de compensation familiale » auxquelles les employeurs cotisaient d'abord volontairement puis obligatoirement suite à 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 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 sociale. D'emblée, la protection sociale du monde agricole a été maintenue auprès de **la mutualité sociale agricole** ; celle des fonctionnaires, confiée pour les retraites et la couverture invalidité à un service de l'État ou à 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 des régimes de retraites complémentaires obligatoires entre 1948 et 1970 ;
- construire une couverture maladie de base commune dans les années 1960.

Ces régimes ont été en partie fusionnés en 2006 en un RSI (régime social des indépendants), puis transférés administrativement au régime général tout en gardant des particularités de calcul de cotisations et de prestations ; les professions libérales ont 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 ; celles-ci étant très encadrées par l'État, tant au point de vue des objectifs que des moyens, des conventions d'assurance chômage.

1

L'AFFILIATION AU RÉGIME GÉNÉRAL

Au sein du régime général, les assurés sociaux sont affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dans la circonscription de laquelle ils ont leur résidence habituelle (art. R 312-1 CSS).



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 euros d'amende (art. L 114-18 CSS).

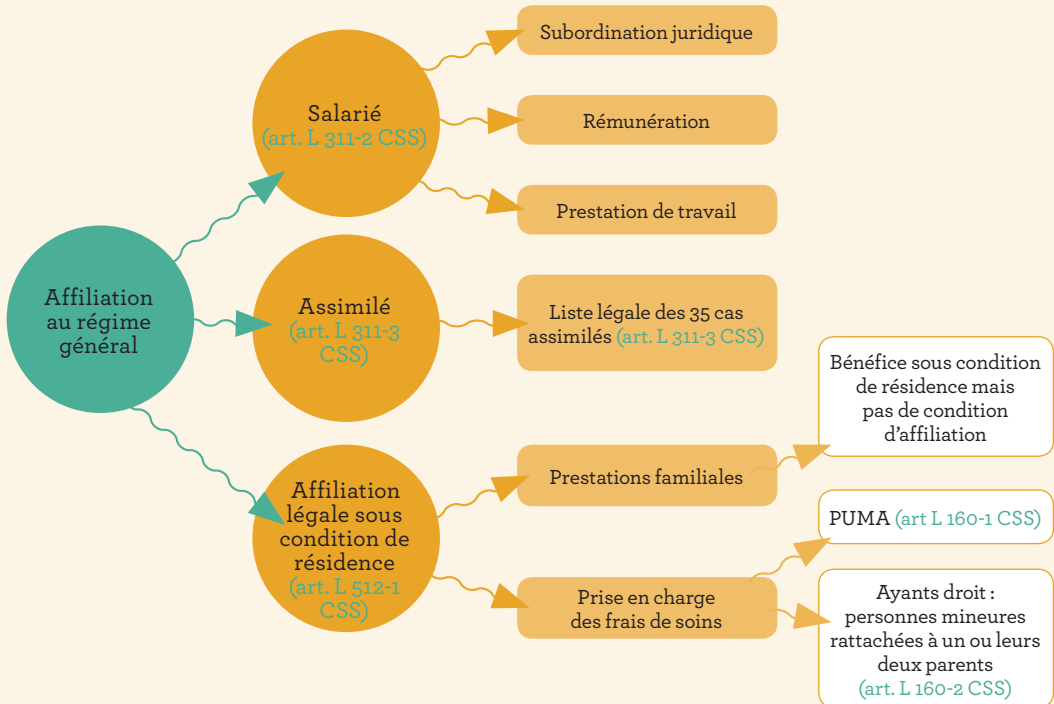
Une personne qui en incite une autre à ne pas s'affilier sera également sanctionnée (art. 114-18 CSS). Les sanctions seront aggravées pour toute personne qui en incite une autre à ne pas s'affilier, en usant de menaces (art. L 652-7 CSS).

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, quels que soient 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] ;
- celle-ci est obligatoirement affiliée au régime général.

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.



C. LES AFFILIATIONS AUTRES AU RÉGIME GÉNÉRAL



1° Affiliation au régime général de certains travailleurs

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].

Pour certains cas listés, la jurisprudence énonce des conditions supplémentaires d'affiliation au régime général.

Exemples :

- **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 doit être affilié au régime général des salariés [Cass. soc., 31 mai 2018, n° 17-17 518].



2° Affiliation au régime général du conjoint collaborateur

Le conjoint d'un travailleur non salarié peut être affilié au régime général, à condition :

- 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).



3° Affiliation au régime général sous condition de résidence

► **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) permet de bénéficier de la prise en charge des frais de soins. Elle garantit

à toute personne résidant en France de manière stable et régulière d'être affiliée au régime général pour le bénéfice d'une couverture des frais de soins (art. L 160-1 et D 160-2 CSS).



4° Affiliation au régime général des ayants droit

Les mineurs bénéficient d'une couverture des frais de soins par le régime général, en raison de leur lien parental avec un assuré social (art. L 160-2 CSS).

L'ayant droit sera automatiquement rattaché au parent ayant effectué la première demande de remboursement des frais de soins.

À partir de 16 ans toutefois, le mineur peut demander le statut d'**ayant droit autonome** lui permettant de gérer seul ses prises en charge et remboursements des frais de soins. La demande doit être faite à l'assurance maladie des parents.

2

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 : le salarié n'est plus tenu de travailler et, réciproquement, son 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 indemnités journalières (IJ)

Durée de l'arrêt maladie	Conditions – alternatives – d'accès aux prestations (art. R 313-3 CSS)	
Inférieure à 6 mois	Avoir versé des cotisations pour au moins 1 015 SMIC horaires aux assurances maladie, maternité décès et invalidité au cours des 6 mois précédant l'interruption du travail	Avoir effectué au moins 150 heures de travail salarié ou assimilé au cours du trimestre ou des 90 jours précédant l'interruption de travail
Supérieure à 6 mois (sans interruption)	Avoir versé des cotisations pour au moins 2 030 SMIC horaires aux assurances maladie, maternité, décès et invalidité au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail	Avoir effectué au moins 600 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois ou des 365 jours précédant l'interruption de travail

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

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 peine 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.

Un agent de la CPAM peut se rendre au domicile de l'assuré en dehors de ses heures de sorties autorisées pour s'assurer de sa présence.

► L'assuré doit s'abstenir de pratiquer toute activité non autorisée par le médecin.

► 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 journaliser 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 : $GJB = (1,8 \times SMIC) \div 91,25$

En cas d'activité saisonnière ou discontinue : $GJB = \text{somme du salaire brut des douze derniers mois} \div 365$

► Durée maximale d'indemnisation

Principe : la durée de l'indemnisation correspond à la durée de l'incapacité de travail. Le code de la Sécurité sociale pose une limite de 360 jours d'indemnités sur une période de 3 ans.

Exception : les maladies dites « de longue durée » (cancer, VIH, sclérose en plaques, 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 % GJB ⚠ Au 1^{er} janv. 2020, les IJ maternité 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 prénatal	Durée du congé postnatal
2	12 semaines	22 semaines
3	24 semaines	22 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 prénatal	Durée du congé postnatal
1 ^{er} enfant	6 semaines	10 semaines
2 ^e enfant	6 semaines	10 semaines
3 ^e enfant	8 semaines	18 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)

3

LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SOINS

L'assurance maladie ne fournit pas directement les soins, mais prend partiellement en charge 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 », bien qu'elles prennent la forme de remboursements.

La prise en charge par l'assurance maladie couvre une variété d'actes et de produits médicaux :

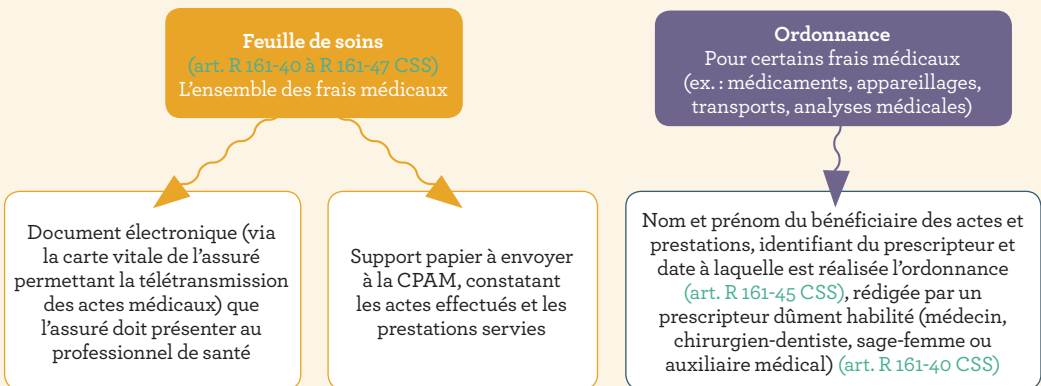
- les frais liés aux actes médicaux et paramédicaux, aux médicaments et aux appareillages dont bénéficie le patient en dehors des cas d'hospitalisation constituent les **frais de soins non hospitaliers** ;
- les frais dispensés pendant le diagnostic, la surveillance et le traitement d'une maladie dans un établissement de santé composent les **frais de soins hospitaliers**.



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.

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 de certains documents (art. R 161-39 à R 161-51 CSS) :



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



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), les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement et 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) Exceptions : les actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation	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	Boîtes de médicaments et actes pratiqués par un auxiliaire médical en ville , à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation 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 CSS) - 2 € par jour pour les actes accomplis par un auxiliaire médical et 4 € par jour pour les transports sanitaires (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) 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)	Soins et traitements en rapport avec l'ALD et mentionnés dans le protocole de soins établi par le médecin traitant		Ticket modérateur
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	

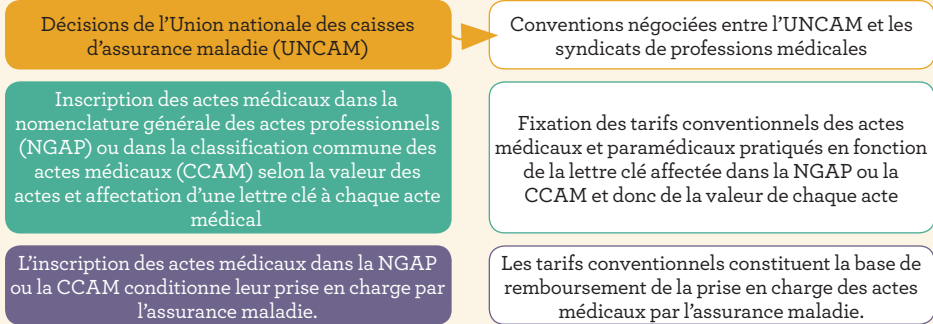
C. LES CONSULTATIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES



1° La détermination du tarif

Les soins ambulatoires sont dispensés par les médecins libéraux et les autres professionnels de santé hors hospitalisation de l'assuré.

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 :

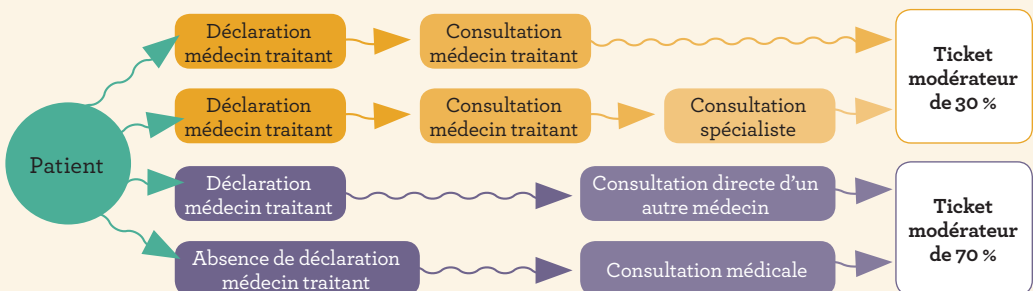


Les médecins ont différents statuts, qui impactent la fixation du tarif et dès lors la base de la prise en charge :

Statut	Fixation du tarif	Base de remboursement
Conventionné secteur 1	Tarif conventionnel	Base de remboursement maximale 25 € pour la consultation d'un médecin généraliste
Conventionné secteur 2 OPTAM ou OPTAM-CO	Tarif limité en fonction du taux moyen de dépassement des 3 dernières années	Base de remboursement maximale 25 € pour la consultation d'un médecin généraliste
Conventionné secteur 2	Tarif libre avec « tact et mesure »	Base de remboursement réduite 23 € pour la consultation d'un médecin généraliste
Non conventionné	Tarif libre avec « tact et mesure »	Tarif d'autorité fixé par arrêté ministériel 16 % du tarif conventionnel

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).



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

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)
Commission européenne sur avis de l'Agence européenne des médicaments (EMA)
Délivrance d'une autorisation de mise sur le marché en fonction de 3 critères : qualité, sécurité, efficacité

Haute autorité de santé (HAS)

Commission de la transparence (CT)
Évaluation du service médical rendu (SMR) en fonction de la gravité de la pathologie, l'efficacité, les effets indésirables du médicament et sa place dans la stratégie thérapeutique
Évaluation de l'amélioration du service médical rendu (ASMR)

Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP)
Avis sur l'efficience médico-économique

Comité économique des produits de santé (CEPS)
Fixation du prix du médicament

UNCAM
Fixation du taux de remboursement en fonction du SMR

Ministre en charge de la santé et de la Sécurité sociale
Arrêté d'admission au remboursement en fonction du SMR



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.

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.



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.

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), c'est-à-dire sur un mode de financement de l'ensemble des établissements de santé (privés et publics) fondé sur leur activité réelle et le coût moyen de chaque acte, soit à prestation identique, tarif identique.

Si le choix par l'assuré de l'établissement hospitalier est libre (art. L 1110-8 du code de la santé publique), l'article L 162-20 du CSS dispose que les assurés sociaux sont hospitalisés dans les établissements publics de santé. 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 ;
- le **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 en hôpital ou en clinique**.

F. LES AUTRES FRAIS DE SOINS

FRAIS DE TRANSPORT	
Conditions de prise en charge	<p>Pris en charge par l'assurance maladie pour des personnes se trouvant dans 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 ; - 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, moyens de transport individuels (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) Franchise : 2 € par transport sanitaire dans la limite de 4 € par jour s'applique, sauf cas d'urgence ou d'exonération (art. D 160-9 CSS) 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) 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) Exonérations : pour le dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C (art. R 160-8 CSS)</p>

4

L'ASSURANCE INVALIDITÉ

A. LES CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS



1° Affiliation de 12 mois avant l'interruption de travail

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).

L'assuré en état d'invalidité est classé en (art. L 341-4 CSS) :

- 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.

Ce classement dans une catégorie d'invalide 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).



3° L'absence d'origine professionnelle de l'état d'invalidité

L'état d'invalidité ne doit pas résulter d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.



4° Ne pas atteindre l'âge légal de la retraite

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'incapacité au travail (art. L 341-15 CSS).

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, jusqu'à l'âge de la retraite à taux plein sans décote, soit un âge fixé à 67 ans pour les assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1955 (art. L 341-16 CSS).

5° Durée de travail minimum

L'assuré doit justifier d'une des deux conditions suivantes (art. R 313-5 CSS) :

- 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.

N. B. : 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, 9 mars 2017, n° 16-10.111].

B. LE MONTANT ET LE VERSEMENT DES PRESTATIONS



1° La pension d'invalidité

La pension d'invalidité est versée directement à l'assuré social en état d'invalidité médicalement constaté ou en cas de décès de celui-ci à son ayant droit, on parle alors de prestation indirecte.

► 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 (3 513,58 euros par an ou 292,79 euros par mois en 2020), ni excéder un plafond (12 340,80 euros par an ou 1 028,40 euros par mois pour les invalidités de 1^{ère} catégorie et 20 568 euros par an ou 1 714,00 euros par mois pour les invalidités de 2^e catégorie).

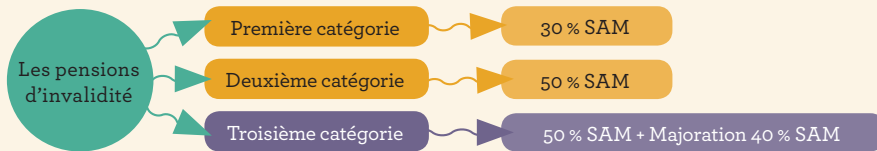


Pension d'invalidité
= Salaire annuel moyen (SAM)
x Taux de la pension

► 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).

L'année lors de laquelle l'assuré a interrompu son travail n'étant pas une année civile entière, elle ne doit, en conséquence, pas être prise en compte [Civ. 2^e, 19 sept. 2013, n° 12-13.043].



► 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). La pension de veuf ou de veuve invalide est égale à 54 % de la pension principale dont bénéficiait le conjoint décédé (art. L 342-3 et D 342-1 CSS). La demande doit être présentée dans un délai d'un an suivant le décès de l'assuré.

Le conjoint survivant peut cumuler sa pension de veuf invalide avec toute retraite, pension d'invalidité ou rente AT/MP personnelle sous certaines conditions (art. L 342-1 et D 342-3 CSS).

La pension d'invalidité de veuf ou de veuve est supprimée en cas de remariage (art. L 342-5 CSS).

La pension d'invalidité de veuf (ou de veuve) est majorée de 10 % sous certaines conditions (art. L 342-4 et R 342-2 CSS).

+ 2° L'allocation supplémentaire d'invalidité

► Conditions de ressources pour bénéficier 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 vivant 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.

⚠ L'allocation supplémentaire d'invalidité est revalorisée en fonction de l'inflation.

5

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.

Les **pensions** sont plafonnées.



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.

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 la 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).

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

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	Âge 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 trois 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 du 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

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 (172 pour les assurés nés à compter de 1973). La durée d'assurance nécessaire pour avoir droit à la retraite à taux plein dépend de l'année de naissance de l'assuré. <p>Les périodes d'assurance prises en considération comprennent les périodes cotisées et les périodes assimilées (par exemple lorsque le salarié a bénéficié 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 trimestres 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>Par exemple : M. X est né en 1948, il souhaite prendre sa retraite à 69 ans. Il aura 165 trimestres, soit 5 trimestres de plus pour sa génération. Sa retraite annuelle est de 15 000 €. Le coefficient de majoration est donc de 6,25 % (5 x 1,25 %). Ainsi $15\,000 \times 6,25\% = 937,50$ € de majoration sur le montant annuel de la retraite</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 trimestres requis pour obtenir une retraite à taux plein. La diminution du taux par trimestre manquant est de 0,625.</p> <p>Par exemple : M. Y, né en 1957, doit cotiser 166 trimestres au régime général, pour atteindre le taux plein. Sa retraite annuelle est de 17 000 €. En 2019, il atteint l'âge légal de départ à la retraite, mais n'a cotisé que 164 trimestres. Il lui manque 2 trimestres pour atteindre les 166 trimestres requis. Il subit donc une décote de 0,625 par trimestre manquant (= 1,25). Le taux sera de : $50\% - (0,625 \times 2) = 48,75\%$.</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 (en nombre de trimestres) prise en compte. Elle varie selon l'année de naissance de l'assuré. Sont pris en compte les trimestres cotisés et assimilés.

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



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

B. LA PENSION DE RÉVERSION

La pension de réversion correspond à une partie de la retraite dont bénéficiait ou aurait pu bénéficier l'assuré décédé. 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 d'au moins 55 ans,
- l'époux décédé doit avoir perçu une retraite du régime général ou y avoir cotisé.



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. Sont notamment prévus :

- 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 ;
 - l'établissement 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 des hommes et celles des femmes (chaque année 120 000 personnes dont 80 000 femmes doivent attendre 67 ans et l'annulation de leur décote pour percevoir une retraite à taux plein).



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

6

L'ASSURANCE DÉCÈS

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 2020, ce capital est de 3 472 euros. 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.



La prestation d'assurance décès est versée par la 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] mais la perte de revenus [Crim., 10 mars 2009, n° 08-84.214 ; Crim., 21 sept. 2010, n° 09-87.683].

LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉCÈS

Bénéficiaires **PRIORITAIRES** à la charge effective, totale et permanente de l'assuré

Présomption de charge pour les personnes vivant au foyer de l'assuré

Délai pour invoquer la priorité : 1 mois après le décès

En cas de concours : capital partagé entre bénéficiaires de même rang

Bénéficiaires **NON PRIORITAIRES** : ordre de priorité défini par le code de la Sécurité sociale

Conjoint ou partenaire PACS

à défaut

Descendants

à défaut

Ascendants

Le bénéfice du capital décès se fait sur demande à la CPAM de l'assuré social décédé. 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.

7

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 sauf en cas de faute (intentionnelle ou inexcusable) de l'employeur (art. L 451-1 CSS) ;
- bénéficie d'une **indemnisation forfaitaire** : remboursement des soins (prestations en nature) et d'indemnités liées à la perte de revenus (prestations en espèce).

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. Ce mécanisme juridique permet de simplifier les procédures de reconnaissance.

La gestion des risques professionnels est confiée aux CPAM et aux CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail).

A. DÉFINITIONS DES RISQUES



1^o Accidents du travail (AT)

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



Matérialité de l'accident

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

► 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 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.



2° Accidents de trajet

La jurisprudence a apporté des précisions sur la notion de « trajet protégé » (voir schéma en ligne accessible grâce au QR code en couverture).

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. 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 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.

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

+ 3° Maladies professionnelles

Il y a deux modes de reconnaissance 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

« Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau. »



L'accident de trajet est celui survenu à une victime pendant le trajet aller-retour entre la résidence et le lieu de travail ou le lieu de travail et le lieu de restauration (**art. L 411-2 CSS**).

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].

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.

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.

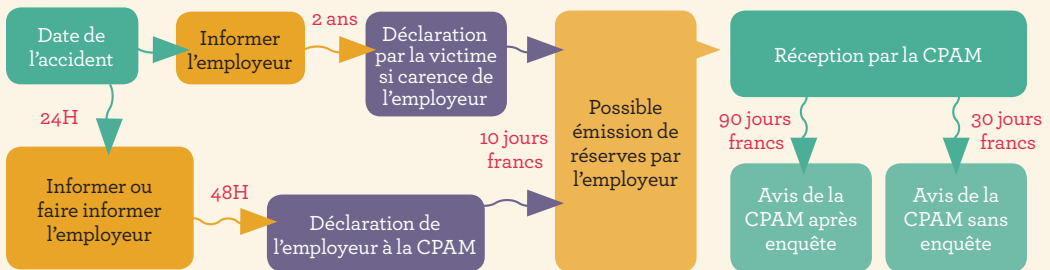
b) La reconnaissance sur expertise individuelle

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

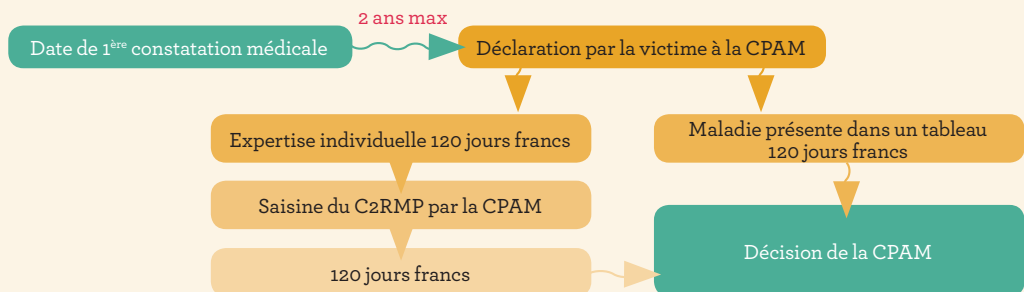
- lorsqu'une ou plusieurs conditions prévues par les tableaux ne sont pas remplies, la victime doit démontrer que sa pathologie est en lien direct avec le travail (art. L 461-1 §6 CSS) ;
- lorsque la maladie n'est prévue par aucun tableau, la victime doit établir « qu'elle est essentiellement et directement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

B. PROCÉDURES DE RECONNAISSANCE

ACCIDENT DU TRAVAIL ET ACCIDENT DE TRAJET (ART. R 441-2 À R 441-8 CSS)



MALADIE PROFESSIONNELLE (ART. R 461-9 ET R 461-10 CSS)



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 (ITT)

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'ITT (art. L 433-1 CSS)	
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 précédant la date de l'arrêt (Sb) (Les modalités de calcul sont différentes pour les salariés travaillant de manière discontinue, tels que les saisonniers.) Le SJB n'est pris en compte que dans la limite de 0,834 % du plafond de la Sécurité sociale (PASS). Calcul : IJ = 0,6 [ou 0,8] × SJB sachant que SJB = Sb/30,42 art. R 433-1 et s. CSS	

► 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° Dérogation à la réparation forfaitaire

La reconnaissance de la faute intentionnelle ou inexcusable de l'employeur ouvre la voie à une réparation complémentaire. Dans tous les cas, la reconnaissance des fautes s'obtient en saisissant le pôle social du tribunal judiciaire après recours en conciliation devant la commission de recours amiable de la CPAM.

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 victime ou ses ayants droit peuvent alors agir en justice devant les juridictions de droit commun pour obtenir réparation des préjudices.

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

La caisse régionale 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 qualification de faute intentionnelle n'est retenue que dans des cas limités. 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 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].

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

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^e, 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 indemnisations 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^e, 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).

LES PRESTATIONS FAMILIALES

Certaines **prestations familiales** sont sous condition 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 euros au 1^{er} avril 2019.



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.

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 existant 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^o 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 allocations familiales (BMAF) et 459,5 % en cas d'adoption (art. D 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'allocations de base possible si naissances ou adoptions multiples	Deux taux suivant les revenus : - taux plein de 41,65 % de la BMAF - taux partiel à 20,875 % de la 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 professionnelle pendant une durée minimale (art. R 531-2 CSS)	- Versement mensuel - Durée du versement en fonction du nombre d'enfants à charge et de la situation familiale comprise entre 6 et 48 mois (art. R 531-6 CSS)	Taux plein de 96,62 % de la BMAF Taux partiel : dépend de la durée de travail effectuée (art. D 531-4 CSS) Majoration possible si trois enfants à charge 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 excéder un plafond variant selon le nombre d'enfants à charge, les ressources du ménage et la situation familiale de l'allocataire.
---	--	--	--



Ex. : Madame Dupont est une mère isolée de trois enfants de respectivement 2 semaines, 2 ans et 7 ans. Elle souhaite faire garder ses enfants pour ne pas cesser son activité professionnelle qu'elle exerce depuis cinq ans.

Ses revenus sont inférieurs au plafond de ressources prévu pour sa situation de parent isolé avec trois enfants à charge.

Madame Dupont peut bénéficier :

- d'une prime à la naissance pour son enfant de 2 semaines ;
 - de deux allocations de base cumulatives et du complément de libre choix du mode de garde pour ses deux plus jeunes enfants.
- Elle ne pourra pas percevoir la PAJE au bénéfice de son enfant de 7 ans.

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 et ses 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	Sans condition de ressources Au minimum 2 enfants à charge	Condition de ressources : plafond de ressources, qui dépend de la composition du ménage et du nombre d'enfants (art. R 522-2 CSS) Au minimum 3 enfants à charge (art. R 522-1 CSS) Tous les enfants du foyer doivent avoir au moins 3 ans et au plus 21 ans (art. R 522-1 CSS)
Montant	Le montant est modulé en fonction des ressources : 3 tranches de revenus qui varient en fonction du nombre d'enfants. Par exemple, pour la première tranche de revenus le montant est égal à 32 % de la BMAF pour 2 enfants, 73 % pour 3 enfants, 41 % pour chaque enfant supplémentaire (art. D 521-1 CSS). L'allocation est versée pour chaque enfant à charge. Majoration de l'allocation de 16 % (art. R 521-1 et D 521-1 CSS) : - à partir de 14 ans, - à 11 ans s'il atteint son onzième anniversaire après le 20 avril 2008. La majoration n'est ouverte qu'aux familles de 3 enfants au moins.	Le montant est majoré selon le niveau de ressources : 41,65 % de la BMAF ou 62,48 % (art. D 522-1 et D 522-2 CSS). Allocation fixe : quel que soit le nombre d'enfants à charge, le montant est identique.
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.	Le complément familial se cumule avec les allocations familiales, l'allocation de rentrée scolaire, et le complément de libre choix du mode de garde de la PAJE. Il ne se cumule pas avec l'allocation de base ni avec le complément de libre choix d'activité de la PAJE.
--------------	--	---

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)



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	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). Le logement doit être décent (art. L 822-9 et art. R 822-24 code de la construction et de l'habitation). 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).
Montant	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).
Versement	L'allocation est versée mensuellement (art. R 823-8 code de la construction et de l'habitation).

▶ **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 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).

9

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), le but 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 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 destinés à encourager l'emploi, en particulier non qualifié.

Les cotisations et contributions sont versées par l'employeur auprès de l'Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS).

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
<ul style="list-style-type: none"> - Salaire et assimilés - Indemnités et assimilés - Revenus de remplacement en cas d'arrêt maternité, maladie ou accident du travail - Avantages en nature ou en espèce 	<ul style="list-style-type: none"> - Indemnités journalières de Sécurité sociale perçues par un salarié en arrêt - Indemnités considérées comme des dommages et intérêts - Frais professionnels et frais d'entreprise justifiés - Primes liées à la participation des salariés aux résultats de l'entreprise versées dans le cadre d'un accord collectif



2° Les taux de cotisations sociales

Contribution	Assiette	Taux part employeur	Taux part salarié
Assurance maladie, maternité, invalidité, décès (art. D 242-3 CSS)	Salaire total	7,30 %	-
Assurance vieillesse (art. D 242-4 CSS)	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 chômage)	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)
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 du patrimoine	6,8 %

-€ 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)



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.

La pension de retraite est un revenu périodique obtenu contre le transfert d'un capital à un tiers, qui est versé jusqu'au décès de l'assuré.

L'allocation supplémentaire d'invalidité est une prestation mensuelle accordée à certaines personnes invalides ayant de faibles ressources.

Assiette		Taux	Exonération	Affectation
Ce qui est compris : Pensions de retraite Rente de retraite supplémentaire individuelle ou collective Bonifications et majorations pour enfant des pensions de retraite Pensions d'invalidité Allocation de préretraite Versement forfaitaire unique	Ce qui est exclu : Allocations de solidarité aux personnes âgées et allocation supplémentaire d'invalidité Majoration pour tierce personne Pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre Retraites du combattant Pensions temporaires d'orphelins	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)



4° Le forfait social

Le forfait social est une contribution à la seule charge des employeurs (art. L 137-15 et 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 affectés (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'ACOSS et la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Le régime d'affectation est la Caisse nationale d'assurance maladie - CNAM (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 CSG applicable aux salaires (art. L 136-1 et 2 CSS).	L'organisme de recouvrement est la DGFIP. Les régimes d'affectation sont la CNAF et la CNAV (art. L 131-8 CSS).
Taxe sur les véhicules de société (TVS)	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. Elle s'appuie sur deux critères : les émissions de CO ₂ ou la puissance fiscale et la date de mise en circulation (art. 1010 CGI).	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). Des exonérations sont prévues pour la location de courte durée, les véhicules électriques, hybrides, à essence et gaz et ceux accessibles aux handicapés.	Le régime d'affectation est la CNAF (art. L 131-8 CSS).
Taxe sur les conventions d'assurances (TCAS)	Toute convention d'assurances 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). La TCAS concerne les contrats d'assurances proprement dits, les actes préparatoires à ces contrats, les avenants à ces contrats, les actes de résiliation amiable de la police.	Le taux de la taxe sur les contrats d'assurances varie selon le type de contrat d'assurances : 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). La Sécurité sociale ne se voit affecter que la taxe sur l'obligation d'assurance sur les véhicules terrestres à moteur (art. 1001 CGI).	L'organisme de recouvrement est la DGFIP. Le régime d'affectation est la CNAF. (art. L 131-8 CSS et art. L 200-2 CSS)

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).	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 (TVA). Son taux est de 5,6 %.	L'organisme de recouvrement est la Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI). Les régimes d'affectation sont la CNAV (art. L 137-27 et art. L 221-1-3 et 4 CSS) et le régime d'allocation viagère des gérants de débits de tabac (art. L 131-8 CSS).
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 Sécurité sociale (art. L 245-7 CSS). 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).	Les taux sont fixés chaque année par un arrêté ministériel. 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 hectolitre pour les autres boissons. Il ne peut excéder 40 % du droit d'accise applicable à la boisson concernée.	L'organisme de recouvrement est l'ACOSS (art. L 245-10 CSS). Les régimes d'affectation sont les branches vieillesse et 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 pour 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 salariés bénéficient alors d'un mécanisme d'attribution d'actions

gratuites. 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 (voir schéma en ligne accessible grâce au QR code en couverture).

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.

a) Contrôle des déclarations

Une des missions inhérentes de l'URSSAF est de contrôler les déclarations communiquées par l'employeur.

b) Contrôle sur place

- Procédure précise pour prendre connaissances des documents comptables
- Sauf si travail dissimulé ou contrôle des déclarations, l'agent ne prévient pas de son arrivée.

c) Contrôle sur pièces

- Documents sollicités par l'URSSAF (avis de contrôle préalable, délai de trois mois pour contrôler, prorogeable une fois, lettres d'observations)
- Documents transmis volontairement à l'URSSAF (entreprises de moins de dix salariés)



2° La procédure de 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.

Sanctions pénales et administratives en matière de recouvrement

Sanctions civiles

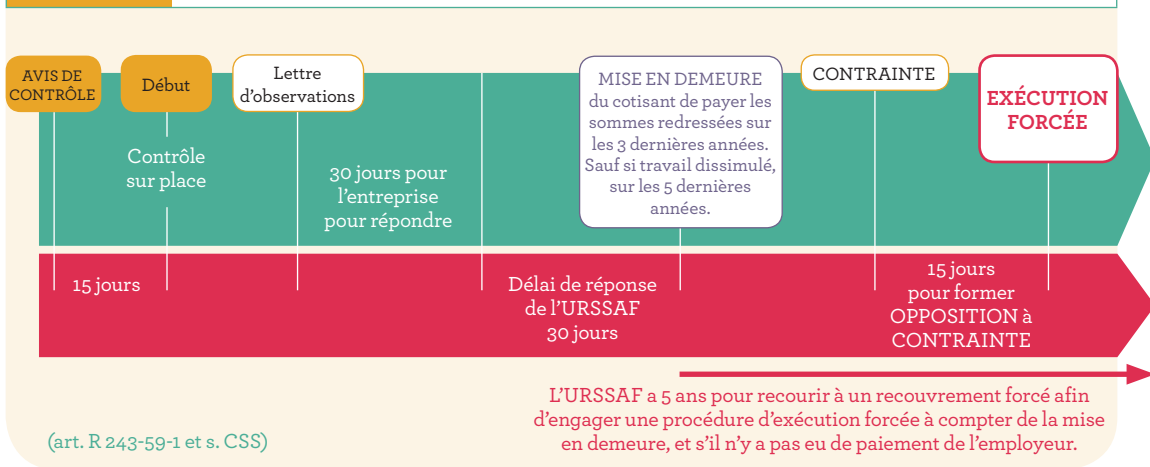
Majorations de retard (art. L 243-7-6 et L 243-7-7 CSS) :

- 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

+ 2 % / trimestre écoulé à compter de la date d'exigibilité

Responsabilité civile du dirigeant seulement s'il a commis une faute de gestion

Sanctions pénales	<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'assujéti 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
Sanctions administratives	Pénalité égale à 300 fois le taux horaire du minimum garanti en cas d'absence de déclaration préalable à l'embauche



10

L'ASSURANCE CHÔMAGE



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 confiée à des organismes en dehors de l'organisation de la Sécurité sociale.

Il en est résulté un « service public de l'emploi » confié à plusieurs institutions qui ont été partiellement fusionnées par les lois n° 2008-126 du 13 février 2008 et n° 2008-758 du 1^{er} août 2008 :

- 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 toutefois 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 BÉNÉFICIAIRE DE L'ALLOCATION DE RETOUR À L'EMPLOI (ARE)

Perte involontaire d'emploi	- 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. - 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, sont considérés comme légitimes et permettent ainsi au démissionnaire de bénéficier de l'ARE. - De plus, les salariés démissionnaires qui poursuivent un projet professionnel dont le 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).
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 24 mois qui précèdent la fin du contrat ou au cours des 36 mois pour les personnes âgées de plus 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 67 ans (art. 4 règlement).
Être à la recherche effective et permanente d'un emploi	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. Il doit aussi accomplir des actes positifs et répétés de recherche d'emploi.
Être inscrit comme demandeur d'emploi	Le demandeur d'emploi doit être inscrit sur la liste des demandeurs d'emploi ou accomplir une action de formation inscrite dans le PPAE. Il y a un délai de 12 mois pour s'inscrire comme demandeur d'emploi à compter de la rupture du contrat de travail.
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 MODALITÉS D'INDEMNISATION : L'ARE

€ 1° Le montant de l'ARE

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

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 : elle est composée des 24 mois civils précédant le dernier jour de travail payé, soit la même

période que celle prise en compte pour le calcul de l'ARE.

Ex. : un salarié a travaillé du 1^{er} octobre 2018 au 30 septembre 2020, c'est-à-dire une période de référence de 730 jours, et a perçu 43 800 euros de rémunération brute. Le salaire journalier de référence est : $43\,800 / 730 = 60$ euros

Après avoir obtenu le SJR, il faut ensuite calculer le montant de l'allocation journalière brute qui sera versée au titre de l'ARE. Il y a deux formules pour calculer l'allocation journalière brute.

Formule 1 : 40,4 % du SJR + une partie fixe qui est révisée au 1^{er} juillet de chaque année, elle est actuellement de 12 euros (art. 14 règlement)

Formule 2 : 57 % du SJR (art. 14 règlement)

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

Le SJR est de 60 €.
Formule 1 = 36,25 €
Formule 2 = 34,20 €

Plancher : 29,26 € (art. 14 règlement)
Plafond : l'allocation ne peut pas dépasser 75 % du SJR (art. 16 règlement).

Il faut déduire du montant obtenu 3 % du SJR : $3\% \times 60 \text{ €} = 1,80 \text{ €}$
 $36,25 - 1,80 = 34,44 \text{ €}$

3 % du SJR sont retenus afin de financer les retraites complémentaires (art. 19 règlement).

Allocation versée chaque mois par Pôle emploi en une seule fois $34,44 \text{ €} \times 30 \text{ jours} = 1\,033,20 \text{ €}$

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 règlement 26 juillet 2019).

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

Le différé d'indemnisation est 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 (voir schéma en ligne accessible grâce au QR code en couverture).

b) Les droits rechargeables (art. 28 règlement)

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).



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**. L'indemnisation du chômage ne débute pas dès le premier jour de chômage : un différé d'indemnisation de 7 jours s'applique. En conséquence, l'indemnisation du chômage débute le 8^e jour suivant l'inscription en tant que demandeur d'emploi (art. 22 règlement).

C. LES AUTRES AIDES VERSÉES PAR PÔLE EMPLOI

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)	Nouvel accompagnement pour la création ou la reprise d'entreprise (NACRE)
Conditions	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. Une seule personne peut demander à bénéficier de l'ACRE sur un même projet (art. L 5141-1 c. trav.).	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)	Tout chômeur souhaitant créer ou reprendre une entreprise (art. 5141-1 c. trav.)
Nature de la prestation	Exonération de cotisations sociales	Perception d'une partie du reliquat de l'ARE auquel le chômeur a droit sous la forme d'un capital	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 5141-29 c. trav.)
Montant de la prestation	Pour la création ou la reprise d'entreprise à compter du 1 ^{er} janvier 2020 (art. L 131-6-4 et D 131-6-1 CSS) : - 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	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} nov. 2019).	
Durée de la prestation	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) : le premier lorsque les conditions sont remplies ; 6 mois après la date du premier versement si l'intéressé justifie qu'il exerce toujours l'activité professionnelle au titre de laquelle l'aide a été accordée.	3 ans (art. L 5141-5 c. trav.)

2° L'allocation de solidarité spécifique

- ▶ **Bénéficiaires** (art. L 5423-1 à L 5423-3 c. trav.)
 - Travailleurs privés d'emploi qui ont épuisé leurs droits à l'assurance chômage et qui répondent 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 c. trav.)
 - Condition d'activité antérieure : 5 ans d'activité salariée (ou périodes assimilées

dans les 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 70 fois le montant journalier de l'allocation pour une personne seule (1 171,80 euros) et 110 fois le même montant pour un couple (1 841,40 euros)

▶ **Montant** (art. L 5423-6 c. trav. ; art. 2 décret du 16 mai 2019) : 16,74 euros par jour en 2020

▶ **Durée** (art. R 5423-8 c. trav.) : 6 mois renouvelables

QUIZ Validez vos connaissances...
Flashez ce code et accédez au quiz.



www.lexifiche.com/quiz-protection-sociale

LE DROIT DE LA PROTECTION SOCIALE EN UN CLIN D'ŒIL



L'auteur : **Francis KESSLER** est maître de conférences de droit privé à l'École de droit de la Sorbonne (Université Paris I). Il est avocat, *senior counsel* et membre du conseil scientifique du Gide Loyrette Nouel, Paris.

Ont participé à la rédaction de cette Lexifiché les étudiants de la promotion 2019-2020 du master 2 droit social de l'École de droit de la Sorbonne : C. Allaire, V. Audoin, J. Azzouzi-Clausel, S. Benaddi, E. Benassaïa, M. Belolo, L. Brody, A. Cassagneau, L. Chemla, C. Danech Pejouh, D. Derrien, A. Dubourg, A. Esteves Da Cruz, L. Farenc, P. de Freitas Hoff, C. Girault, M. Guyard, S. Hadja Fagouridine, A. Haury, M. Herri, F. Kalaf, R. Khaouli, M. Martin, E. Massebeuf, J. Ponsard, A. Seguin, S. Sehrine, O. Smadhi.

ISBN 978-2-35644-488-2

