



**LE RÉGIME FRANÇAIS
DE PROTECTION
SOCIALE DES
TRAVAILLEURS
SALARIÉS**

(RÉGIME GÉNÉRAL) 2017

**PRESTO
N° 106**

FÉVRIER 2017

**FÉDÉRATION NATIONALE
DE L'ACTION SOCIALE FO**
7 PASSAGE TENAILLE
75014 PARIS
T. 01 40 52 85 80
F. 01 40 52 85 79
lafnas@lafnasfo.fr

PRÉAMBULE

“ En 2017, la sécurité sociale reste un enjeu essentiel pour les salariés au regard des attaques qui se poursuivent à son encontre.

Elle reste une « démarche collective et obligatoire », contradictoire avec l'individualisme et le libéralisme économique. Elle est « cet îlot de socialisme (au sens noble) dans un univers capitaliste », « une des plus belles réalisations humaines » comme l'a écrit Jean Claude MAILLY dans le document confédéral « Sécurité Sociale – 70 ans de lutte pour la dignité et la solidarité ».

Son histoire est inséparable de celle de notre confédération générale du travail Force Ouvrière.

Constitué à partir du 4 octobre 1945, le système français de protection sociale s'est construit progressivement en reconnaissant les risques sociaux liés au fait de ne plus pouvoir travailler. S'est ainsi fait jour l'idée d'une assurance sociale contributive obligatoire, financée par cotisation (une part de notre salaire), et créant en contrepartie des droits pour les salariés et leurs familles, les ayants droits.

La protection sociale fondée sur la solidarité entre toutes et tous délimite aujourd'hui quatre risques sociaux,

qui constituent les Branches de la Sécurité Sociale à savoir la maladie, la famille, la vieillesse et enfin l'invalidité et les accidents du travail.

La Sécurité Sociale n'est pas malade de ses dépenses, mais bien d'un manque de recettes, principalement dû au nom de l'austérité, au blocage généralisé de nos salaires et aux exonérations de cotisations sociales, mises en place pour le seul profit des actionnaires.

C'est pourquoi, nous refusons le processus en cours de destruction de la protection sociale collective qui se fait au nom d'un prétendu intérêt général ou bien commun contre les intérêts particuliers de la classe ouvrière que sont les assurances sociales collectives.

C'est pourquoi, nous refusons les conséquences destructrices des politiques d'austérité, commencé avec le virage de la rigueur des années 80 et qui se poursuivent au nom des « nécessaires » économies budgétaires pourtant rejetée par les salariés et qui impacte notre Sécurité Sociale.

Nous sommes forts des millions qui ont combattu depuis toujours contre les attaques qui lui ont été porté. Nous sommes forts des millions qui en 2016 dans la même logique, ont combattu contre le projet de Loi « Travail » ou ceux qui s'organise avec nous contre la loi santé et toutes les lois qui

démantellent le service public hospitalier.

Défendre la sécurité sociale, comme défendre les droits des salariés, les conventions collectives, la hiérarchie des normes, les moyens financiers alloués à notre secteur à but non lucratif, l'emploi, les qualifications, les retraites, et exiger sans attendre des augmentations de salaires, c'est aussi **défendre la république sociale.**

À la FNAS F-O et dans tout Force Ouvrière, le combat que nous menons est clair : **LA SÉCU, ELLE EST À NOUS ET ON SE BAT POUR LA GARDER**, sur le principe primordial : **COTISER SELON SES MOYENS POUR BÉNÉFICIER SELON SES BESOINS.**

Avant d'entrer dans le vif du sujet de ce presto n° 106, pour mieux connaître ce qui constitue le régime français de protection sociale des travailleurs salariés, nous vous invitons à lire deux documents qui nous ont semblé complémentaires et essentiels à porter à votre connaissance.

Tout d'abord, un extrait encore d'actualité du discours en réponse, et en défense de la sécurité sociale, du ministre Daniel Mayer en 1949 et qui rappelle que les arguments d'hier contre la sécurité sociale restent d'actualité en ce 21^e siècle.

Et ensuite, l'extrait de la résolution sociale, votée à l'unanimité par

les délégués de notre 17^e congrès fédéral d'octobre 2016 qui a eu lieu à la Pommeraye, et qui atteste de notre volonté collective à FO Action Sociale de poursuivre le combat engagé en défense de la Sécurité sociale contre la mise en œuvre de tous les comptes personnels qui poursuivent sa destruction.

Bonne lecture à tous

Pascal **CORBEX**
Jacqueline **BERRUT**

”

“ « Le peuple de France qui, en particulier, de 1940 à 1944, avait eu tant à souffrir et avait espéré, recherchait la sécurité. La guerre a créé dans l'ensemble de la population une aspiration profonde à cette sécurité, que j'appellerai tout simplement la garantie du lendemain. Elle a provoqué le désir général d'une plus grande justice dans la distribution des revenus. (...)

Cette grande réforme – il s'agit naturellement de la Sécurité sociale – n'appartient à aucun parti, à aucun groupement, à aucune confession. Elle est le produit d'une longue étude, d'un ensemble d'enseignements nés d'une expérience de quinze longues années de fonctionnement des

assurances sociales. Cette sécurité, née de la terrible épreuve que nous venons de traverser, appartient et doit appartenir à tous les Français et à toutes les Françaises, sans considération politique, philosophique ou religieuse.(...)

Je constate une évolution sociale. Je crois pour ma part qu'elle est dans la marche du progrès et dans la marche du temps. Un plan de Sécurité sociale digne de ce nom doit garantir à toute la population d'un pays, quelle que soit l'activité exercée par chacun, une sécurité véritable, c'est-à-dire l'assurance qu'en toute circonstance et quoi qu'il arrive chacun sera en mesure de pourvoir, dans des conditions décentes, à sa subsistance et à celle de la famille à sa charge. La Sécurité sociale reposant sur une très large solidarité nationale, ne peut donc être regardée comme réalisée que si elle englobe, sans distinction, tous les éléments de la population.
(...)

La réalisation du plan français de Sécurité sociale a été dominée par des considérations de fait. Et ces préoccupations diverses l'ont marqué par trois ordres principaux de mesures. Tout d'abord une réforme organique. Le premier effort accompli a consisté à regrouper les institutions en un ensemble coordonné et cohérent, et surtout, à donner aux intéressés eux-mêmes, aux travailleurs bénéficiaires de la Sécurité sociale, la gestion des institutions qui avaient été créées pour

eux. Dans le domaine des assurances sociales, il a été procédé à une refonte complète de la législation antérieure, en vue de lui donner une grande efficacité. C'est ainsi, en particulier, qu'a été instituée cette assurance de la longue maladie – que l'on oppose avec tant de facilité au petit risque – qui a placé la législation française au premier rang de toutes les législations du monde, dans la prévention du gros risque et, plus spécialement, de la tuberculose. C'est ainsi, également, qu'un effort important a dû être accompli pour améliorer le régime des retraites, pour adapter ce régime aux fluctuations de la monnaie, pour donner aux travailleurs qui ne réunissaient pas les conditions exigées pour avoir droit à la retraite, cette allocation aux vieux travailleurs salariés dont le taux demeure encore sans doute, bien faible, encore trop faible, mais qui néanmoins – il n'est pas inutile de le souligner – représente un effort considérable au profit d'une catégorie qui, en 1939, était exclue du bénéfice de toute loi.

Dans le domaine des prestations familiales, c'est aussi une refonte complète à laquelle il a été procédé par l'augmentation substantielle du taux des allocations, par la création des allocations prénatales et, tout récemment encore, par la création de l'allocation logement. C'est peut-être aussi et surtout, la réforme de principe, qui a consisté à enlever aux allocations familiales, leur caractère de sursalaire, en les détachant du

salaire, pour en faire la pure et simple manifestation d'une redistribution de revenus au profit des familles chargées d'enfants, quelle que soit la situation de ces familles, au point de vue de leur travail. Il n'est pas inutile de souligner que c'est précisément parce que les allocations familiales ont été détachées du salaire, parce qu'a disparu ainsi la concurrence existant entre les allocations familiales et le salaire, que les organisations ouvrières, sans exception, sont aujourd'hui les plus chaleureux défenseurs d'une institution à laquelle, bien souvent, elles étaient auparavant hostiles. Dans le domaine des accidents du travail, des améliorations substantielles ont pu également être apportées, notamment en ce qui concerne les accidents du trajet, par les majorations successives des rentes tenant compte de l'évolution du coût de la vie. (...)

Tout industriel considère comme normal et nécessaire, de prélever sur ses recettes, les sommes indispensables à l'entretien de son matériel. La Sécurité sociale, dans une très large mesure, représente l'ensemble du capital humain du pays, qui est aussi nécessaire aux industries que les machines de fer et les machines de bois. La Sécurité sociale contribue largement à la lutte contre la maladie. Il n'est pas douteux que le développement de l'assurance maladie a amené les travailleurs et leur famille, à se soigner mieux, plus souvent, et dans de meilleures conditions techniques. (...)

Les adversaires de la Sécurité sociale prétendent que le poids des charges a considérablement accru depuis 1938, grève les prix de revient de façon excessive. Je réponds que les charges sociales dont il s'agit font partie du revenu des travailleurs salariés, au même titre que les salaires. Elles font sans doute l'objet d'une répartition adaptée à des besoins particuliers (la maladie, la vieillesse) et à des charges particulières (les enfants), mais elles font partie intégrante et différée du salaire. Si les prestations sociales n'avaient pas été aussi fortes, il aurait été nécessaire d'accroître les salaires normaux d'une façon beaucoup plus importante qu'ils ne l'ont été. (...)

Quand on prétend que la Sécurité sociale fait peser sur l'économie une charge exceptionnellement lourde, il est facile de démontrer que cette vue est illusoire. A la fin de 1948, l'indice des prix de détail de trente-quatre articles à Paris était à 1884 pour base 100 en 1938. Or, l'indice des salaires horaires du manœuvre masculin de la région parisienne était à 830, celui du salaire horaire des travailleurs toutes catégories, hommes et femmes, dans la France entière, était de 1100. L'indice hebdomadaire du salaire brut des travailleurs toutes catégories dans la France entière était de 1300. Peut-on soutenir sérieusement qu'en l'absence de Sécurité sociale, les travailleurs auraient pu accepter un écart aussi grand, entre leur situation de 1938 et leur niveau de vie de 1948?

Qui soutiendra sérieusement, à cette tribune, cette thèse ? Personne ! La Sécurité sociale a permis d'améliorer les indices que je viens de citer, puisque l'indice du salaire hebdomadaire tous avantages compris, c'est-à-dire le salaire direct plus les charges sociales, s'élève à 1680.

Ce n'est pas par un prélèvement sur les revenus antérieurement affectés à d'autres classes sociales qu'on a financé les augmentations de cotisations de la Sécurité sociale, c'est par une redistribution d'une part, plus importante, non pas tellement du revenu national, que du seul revenu salarial. C'est une redistribution des salaires. Cette redistribution plus étendue a été rendue plus nécessaire encore par l'abaissement continu du pouvoir d'achat des salaires individuels, qui imposait impérieusement d'apporter une aide spéciale aux salariés se trouvant dans des conditions particulièrement difficiles. Réduire les charges sociales pour abaisser les prix, c'est en fait réduire, une fois de plus, la part concédée aux salaires. La charge de centaines de milliers de petits rentiers a été mise au compte de la Sécurité sociale, par l'allocation aux vieux travailleurs. Ainsi, ce qui était financé par l'impôt, c'est-à-dire dans une certaine mesure, par toute la collectivité nationale, est aujourd'hui exclusivement financé par le seul revenu salarial. Et cela aussi méritait d'être dit à cette tribune. (...)

Un deuxième argument – et celui-là, c'est l'argument total – a été employé par M. Paul Reynaud [3. Président du Conseil en 1940 avant l'armistice, Paul Reynaud a été ministre de l'économie et des finances en 1948.] : la France aurait des charges sociales trop élevées, l'incidence de ces charges sur les prix de revient, constituerait une entrave au développement des exportations françaises. Entrave actuelle, parce que le système français de Sécurité sociale serait trop hardi, mais surtout entrave future au rééquilibre de la balance des comptes. Bientôt disparaîtra l'aisance relative que nous apporte, et qu'apporte à d'autres pays, le plan Marshall. Lorsque l'aide extérieure prendra fin, ou sera simplement réduite, les économies nationales, livrées à leurs seules forces, soumises à la règle impérieuse de l'exportation à tout prix, ne trouveront le moyen de diminuer leur prix de revient, qu'en réduisant leurs charges sociales. Ce jour-là, la France se retrouvera handicapée par les avantages découlant d'une législation de Sécurité sociale trop généreuse. Voilà, résumée honnêtement je crois, en tout cas objectivement, de mon point de vue, la thèse ou plus exactement l'anticipation de M. Paul Reynaud. Cette anticipation ne correspond d'ailleurs nullement à l'effort d'harmonisation des législations sociales, qui se développe depuis plusieurs années.

En application de l'article 2 du Pacte de Bruxelles, la Grande-Bretagne, la Belgique, la Hollande, le Luxembourg

et la France, étudient actuellement la mise en harmonie de leur législation sociale.

Je voudrais bien que, dans le même ordre d'idée, lorsqu'on parle d'alignement du niveau social des travailleurs, il s'agisse de s'aligner sur la nation la plus favorisée, et j'ai l'orgueil de penser – je dis bien l'orgueil et non pas l'excuse – que la France sera l'un des pays qui favorisera le plus la législation sociale, en faveur des travailleurs. Il ne s'agit pas, au comité de Bruxelles, d'une œuvre purement juridique. Le but sur lequel on tend est précisément la création de ces niveaux de vie sensiblement identiques, ce qui implique, par conséquent, des charges sociales sensiblement équivalentes... A l'heure où l'on s'oriente vers des échanges et des règlements multilatéraux, au moment où la concurrence va renaître sur les marchés mondiaux, aucun pays ne pourra user de ce procédé de concurrence déloyale, qui consiste à obtenir de bas prix de revient, grâce à des charges sociales peu élevées, car l'action des syndicats dans chaque pays, la contrainte morale des organisations internationales sur les Etats, l'effort international d'harmonisation des législations et des charges sociales, ne peuvent que réduire chaque jour davantage, cette marge de progrès social que certains nous reprochent, mais dont tant d'autres veulent bénéficier rapidement. »

Daniel Mayer



RÉSOLUTION SOCIALE DU 17^E CONGRÈS DE LA FNAS FO

“ La Sécurité Sociale, principe fondateur

Avec l'Ordonnance du 4 octobre 1945, la Sécurité Sociale stipule dans son premier article 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 ».

Progressivement, le système français de Protection Sociale s'est développé, en reconnaissant les divers risques sociaux liés au fait de ne pas ou de ne plus pouvoir travailler. L'idée d'une assurance sociale contributive obligatoire, financée par des cotisations salariales et patronales, et créant par là même des droits pour tous les salariés et leurs familles, s'est imposée pas à pas. La protection sociale fondée sur la solidarité entre générations délimite ainsi 4 risques

sociaux, créant les 4 branches de la Sécurité Sociale : la Maladie, la Famille, la Retraite, les Accidents du Travail et Maladies Professionnelles.

C'est grâce à l'instauration de la Sécurité Sociale que le secteur social et médico-social, issu de la charité, s'en est progressivement émancipé. Dans le privé, notre champ professionnel s'est structuré autour du secteur associatif à but non lucratif. Avec des professionnels qualifiés.

Si les ressources financières de la Sécurité Sociale provenaient à l'origine uniquement des cotisations salariales et constituaient un salaire différé et socialisé reversé en prestations aux ayants droit, elles ont vu progressivement le recours à l'impôt se mettre en place. C'est ainsi que sont nées la Contribution Sociale Généralisée (Michel Rocard) et la Contribution au Remboursement de la Dette Sociale (Alain Juppé).

Le financement de la Sécurité Sociale par l'impôt vise deux objectifs :

- Réduire, puis supprimer la part dite patronale des cotisations et notamment des cotisations de la branche Famille (la Caisse d'Allocation Familiale est financée par les seules cotisations employeurs, déjà fortement réduites depuis le 1^{er} janvier 2015) cette cotisation est payée intégralement par les employeurs) pour augmenter les profits patronaux.

- Réduire les prestations pour ouvrir la voie aux assurances privées.

La Sécurité Sociale n'est pas malade de ses dépenses, mais bien d'un manque de recettes, principalement dû aux exonérations de cotisations, mises en place pour le seul profit des patrons. En 2015, par exemple, le montant total des exonérations sociales a été de 27 milliards d'euros, dont 3,5 milliards non compensés par l'État.

Le congrès rappelle que le régime local d'Alsace-Moselle est excédentaire en raison notamment d'un plus fort taux de cotisation et de sa gestion par les seuls représentants de salariés.

Pour les salaires au niveau du SMIC, l'exonération est totale pour les entreprises de moins de 20 salariés, et quasi-totale pour les entreprises de plus de 20 salariés. En outre, le Pacte de Responsabilité, condamné fermement par la CGT-FO, a encore aggravé cette situation, ajoutant des milliards d'exonérations fiscales et sociales sans effet sur l'emploi.

Le 17^e Congrès de la FNAS FO dénonce cette politique de destruction de la Sécurité Sociale menée par les gouvernements successifs contre celle-ci. Il s'agit d'une remise en cause du système de Protection Sociale collective et donc, à terme, de l'existence même de notre secteur. Nous défendons l'ensemble de nos droits collectifs assuranciers contre leur individualisation.

Les récentes déclarations de Marisol Touraine sur un « retour à l'équilibre » des comptes de la Sécurité Sociale en 2017 relèvent du cynisme : c'est par des coupes sombres dans la prise en charge de la maladie, le financement des hôpitaux et surtout par les effets conjugués des différentes contre-réformes des retraites depuis la Loi Fillon de 2003 que des milliards sont « économisés ».

Le 17^e Congrès dénonce l'ensemble des contre-réformes sur les retraites, depuis la Loi du 22 juillet 1993 dite « Balladur » qui a porté la durée de cotisation, dans le privé, de 37,5 à 40 ans, et le calcul de la pension des 10 aux 25 meilleures années. Les délégués au 17^e Congrès de la FNAS FO revendiquent le retour aux 37,5 années de cotisation pour percevoir une retraite pleine et entière, calculée sur les 10 meilleures années, et le droit à la retraite à 60 ans.

Force Ouvrière, artisan et acteur majeur des régimes de retraite complémentaire ARRCO et AGIRC depuis leur origine, a toujours été attachée au paritarisme de gestion.

L'accord sur les retraites complémentaires du privé, du 30 octobre 2015, instaure un « coefficient de solidarité », qui n'est autre qu'une pénalité de 10 % de leur retraite complémentaire pour les salariés remplissant les conditions d'une retraite à taux plein. Les délégués au 17^e Congrès de la FNAS FO en demandent l'abrogation.

De plus, cet accord programme la fin des régimes ARRCO et AGIRC avec une fusion de ces deux régimes et la création d'un régime unifié à l'horizon 2019. La fusion des régimes AGIRC-ARRCO, proposition patronale soutenue par la CFDT, n'a jamais été une revendication de FORCE OUVRIÈRE.

Elle ne saurait d'ailleurs à elle seule résoudre les difficultés financières des régimes. Deux déficits n'ont jamais fait un excédent !

La fusion de l'AGIRC et de l'ARRCO entraînerait un profond changement de l'architecture générale de notre système de protection sociale. C'est la perte de la gestion paritaire au profit de celle de l'État qui se dessine. Cela ouvrirait la voie au gouvernement pour créer un grand régime unique (régime général et complémentaire), allant dans le sens des « comptes notionnels » contre les retraites par répartition et la solidarité intergénérationnelle.

Dans ce sens, le 17^e Congrès de la FNAS FO considère que le « Compte Personnel d'Activité » (CPA) est un instrument de destruction des droits collectifs des salariés garantis par leur salaire différé.

« La personnalisation » et la segmentation des différents risques créés par ces « Comptes Personnels » vont à l'encontre des droits et garanties collectives arrachés au

patronat durant tout le 20^e siècle, en particulier le Compte Personnel de Prévention de la Pénibilité.

Ce n'est pas l'attribution de « points » qui améliorera les conditions de travail, et préservera la santé des salariés. Le congrès constate qu'au vu des « critères », quasiment aucun salarié de notre secteur ne pourra en obtenir. Le 17^e Congrès revendique donc, dans la logique de son combat contre la Loi Travail, l'abrogation du « Compte Personnel d'Activité ».

Le 17^e Congrès dénonce également l'offensive menée par les employeurs du secteur qui ont appliqué avec zèle la mise en place des complémentaires santé obligatoires, appuyés pour cela par certaines organisations syndicales de salariés, dans chaque convention collective (CC66, CHRS, Aide à domicile, CC51, ALISFA...).

En plus d'être souvent mal négociées, sans moyens financiers réels, leurs mises en place se fait au détriment des cotisations du régime général de la Sécurité Sociale. Les complémentaires santé obligatoires participent de la destruction du régime général de la sécurité Sociale. Elles ne sont pas une revendication de la CGT-FO, et la FNAS FO s'est opposée à leur mise en place dans toutes les Conventions Collectives du secteur.

Le 17^e Congrès s'insurge contre la décision du Conseil Constitutionnel

du 13 juin 2013 de déclarer inconstitutionnelles les clauses de désignation comme portant « à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle une atteinte disproportionnée au regard de l'objectif poursuivi de mutualisation des risques ».

Pour FO, ces clauses de désignation, qui permettraient de mutualiser au sein du même opérateur l'ensemble des cotisations conventionnelles de prévoyance, garantissaient au contraire la plus grande solidarité dans la couverture des risques.

La mise en place des clauses de recommandation favorise la « marchandisation » des régimes de protection sociale complémentaire et de Prévoyance. Elle individualise un peu plus la couverture des risques de santé et s'oppose au principe même de solidarité, qui veut que l'on soit soigné selon ses besoins et non pas selon ses moyens.

Pour la FNAS FO, le Pacte de Responsabilité, c'est la « sécurisation des employeurs » et la « flexibilité à outrance pour les salariés ».

La FNAS FO revendique le rétablissement des clauses de désignation pour les régimes de prévoyance qui, seules, garantissent le financement des risques « lourds » comme l'incapacité, l'invalidité ou le décès.



SOMMAIRE

Introduction

Organisation, Financement, Étendue

I. Branche maladie, maternité, paternité, invalidité, décès

A - Assurance maladie maternité et paternité

B - Assurance invalidité

C - Assurance décès

II. Branche accidents du travail et maladies professionnelles

A - Prestations dues en cas d'incapacité temporaire

B - Prestations dues en cas d'incapacité permanente : les rentes

III. Retraite

A - Régime de base

Droit de l'assuré, Droits du conjoint survivant

B - Régime des retraites complémentaires obligatoires

Droits personnels, conjoint survivant, orphelins

IV. Les prestations familiales

Méthode de calcul des prestations familiales

A - Prestations générales d'entretien

Allocations familiales - Allocation forfaitaire - Complément familial - Allocation de soutien familial

B - Prestations liées à la naissance et à l'accueil de la petite enfance

Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) : Prime à la naissance ou à l'adoption - Allocation de base - Complément de libre choix d'activité / Prestation partagée d'éducation de l'enfant - Complément optionnel de libre choix d'activité - Complément de libre choix du mode de garde

C - Prestations à affectation spéciale

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé - Allocation de rentrée scolaire - Allocation journalière de présence parentale - Allocation de logement familiale - Prime de déménagement

V. Assurance chômage

Organisation - Financement - Assujettissement - Prestations - Conditions d'attribution - Revenu de remplacement

Annexes

- **Tableau récapitulatif des prestations familiales visées à l'article L 511-1 du Code de la sécurité sociale**
- **Tableau récapitulatif des taux et plafonds de cotisations de sécurité sociale et de chômage**

INTRODUCTION

☞ Dans ce nouveau Presto, ne sont étudiés que le régime général, le régime d'assurance chômage et les régimes de retraites complémentaires qui couvrent tous les salariés du privé.

Il met à jour le Presto 94 d'avril 2014 qui n'est plus d'actualité.

Il intègre des éléments qui ont été développés dans plusieurs fiches pratiques (la PUMA, les droits rechargeables par Pôle emploi, la réforme des retraites complémentaires,...).

Il donne une vision à jour du régime français de protection sociale des travailleurs salariés (régime général) en ce début d'année 2017 et doit être actualisé régulièrement en fonction de l'évolution du montant des prestations et des réformes successives qui se mettent en place sur plusieurs années pour qu'il reste un outil fiable au service des adhérents et des militants.

ORGANISATION

Le régime général repose sur une hiérarchie d'organismes locaux, régionaux et nationaux, structurés par nature de risque, gérés paritairément et placés sous la tutelle des Ministères chargés de la sécurité sociale

(Ministère des Affaires sociales et de la Santé et Ministère des Finances et des Comptes publics).

FINANCEMENT

Le régime général de sécurité sociale est financé principalement par des cotisations et contributions assises sur les rémunérations. Les cotisations et contributions sociales représentent environ 80 % du financement du régime général. Les cotisations sont calculées à partir de taux fixés à l'échelon national et sont à la charge pour partie de l'employeur, et pour partie du salarié. La contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) sont à la charge du salarié. Un tableau annexé au présent Presto détaille les taux et plafonds applicables.

La CSG et la CRDS sont prélevées sur les revenus d'activité, les revenus de remplacement, les revenus du patrimoine, les produits de placement et des jeux. Les personnes résidant fiscalement en France et à la charge à quelque titre que ce soit d'un régime français obligatoire d'assurance maladie sont soumises, sur leurs revenus d'activité et de remplacement à la CSG : (7,5 %* sur les revenus d'activité, 6,2% sur les revenus de remplacement) et à la CRDS au taux de 0,5 %.

**Les titulaires de pension d'un régime français résidant fiscalement en France, sont exonérés ou soumis à la CSG au taux de 6,6 % ou au taux réduit de 3,8%, et sont redevables de la CRDS et de la Casa* selon leur revenu fiscal de référence :

Revenu fiscal de référence**	Inférieur ou égal à 10 996 €	Compris entre 10 997 et 14 374 €	Supérieur ou égal à 14 375 €
Taux de prélèvements	aucun prélèvement	CSG : 3,8% CRDS : 0,5%	CSG : 6,6% CRDS : 0,5% CASA : 0,3%

*Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie

**Revenu fiscal de référence 2015 et avis d'imposition 2016

Par ailleurs, un précompte de cotisation de 1 % au titre de l'assurance maladie est également effectué sur les retraites complémentaires obligatoires et non obligatoires.

Par contre, les personnes soumises à un régime français obligatoire d'assurance maladie, ne résidant pas fiscalement en France sont soumises aux cotisations salariales d'assurance maladie au taux applicable avant le 1^{er} janvier 1998, soit une cotisation salariale d'assurance maladie au taux de 5,5 % sur les revenus d'activité.

S'agissant des retraités non domiciliés fiscalement en France et relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie, le taux du précompte à appliquer à la pension de sécurité sociale du régime général

est fixé à 3,20 % sur la retraite de base et à 4,20 % sur les retraites complémentaires obligatoires et non obligatoires.

ÉTENDUE

Le régime général couvre les salariés du secteur privé de l'industrie, du commerce et des services.

Il est organisé en cinq branches :

- **la branche maladie, maternité, paternité, invalidité, décès, et**
- **la branche accidents du travail et maladies professionnelles** gérées de manière distincte par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- **la branche vieillesse** gérée par la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV),
- **la branche famille** gérée par la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)
- **la branche cotisations et recouvrement** gérée par l'Agence

centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui fédère les Unions de recouvrement de cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) qui collectent l'ensemble des cotisations et contributions des employeurs.

Deux conditions doivent être remplies pour relever obligatoirement du régime général :

- le versement d'une rémunération quelle qu'en soit la forme qui donne lieu au paiement de cotisations et de contributions,
- l'existence d'un lien de dépendance entre le travailleur et un ou plusieurs employeurs.

Par ailleurs il existe un régime d'assurance chômage qui couvre tous les salariés du régime général et du régime agricole.

Dès qu'un employeur embauche un salarié en France il est tenu d'effectuer une déclaration préalable à l'embauche auprès de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) dont il relève. Cette déclaration permet notamment de demander l'immatriculation à la sécurité sociale si l'intéressé ne possède pas de numéro d'immatriculation et l'affiliation à l'assurance chômage. S'agissant des retraites complémentaires, le salarié est affilié auprès de la caisse

de retraite complémentaire à laquelle adhère son employeur en fonction de l'activité de l'entreprise ou du lieu d'implantation de l'entreprise.

Les cotisations et contributions sociales sont collectées et réparties par les Urssaf. Elles financent le remboursement des soins médicaux, les indemnités en cas d'arrêt maladie, de congés maternité ou d'accidents du travail ainsi que le paiement de retraites de base et des allocations familiales des bénéficiaires du régime général de la Sécurité sociale.

L'employeur dont le siège est à l'étranger, qui n'a pas d'établissement en France et embauche un salarié en France pour y exercer une activité doit, au titre de ce salarié remplir ses obligations de déclaration et de versement de cotisations en France, auprès de :

• **l'URSSAF Alsace**

(Centre national de firmes étrangères – CNFE)

16, rue Contades

67300 Schiltigheim

Tél. : 00 33 (0)810 09 26 33

(France et étranger)

Fax : 00 33 (0)3 69 32 30 08

(France et étranger)

courriel : cnfe.strasbourg@urssaf.fr

www.alsace.urssaf.fr

Pour les retraites complémentaires l'organisme désigné est le :

• **CRE- IRCAFEX**

93, rue Marceau

93187 Montreuil Cedex

Tél. : + 33 (0)1 58 82 72 12

Fax : + 33 (0)1 58 82 41 51

courriel : international@humanis.com

international.humanis.com



I. BRANCHE MALADIE, MATERNITÉ, PATERNITÉ, INVALIDITÉ, DÉCÈS



A. Assurance maladie, maternité et paternité

> ASSURANCE MALADIE

Les prestations de l'assurance maladie, maternité et paternité sont attribuées par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en métropole et par les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la protection universelle maladie (Puma) garantit la prise en charge des frais de santé (anciennement appelés « prestations en nature ») à toute personne qui :

- exerce une activité professionnelle, ou

- réside de manière stable et régulière en France (y compris la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Saint-Barthélemy et Saint Martin) depuis au moins 3 mois.

Avant cette date, le droit à la prise en charge des frais de santé était subordonné soit au versement d'un certain montant de cotisations, soit à un nombre d'heures de travail durant chaque période de référence.

Avec l'introduction de la Puma, la Couverture maladie universelle (CMU) est supprimée. Mise en place en 1999, elle s'adressait aux personnes non couvertes à aucun titre que ce soit à un régime obligatoire d'assurance maladie.

Pour avoir droit aux prestations en espèces (indemnités journalières en cas d'arrêt de travail), l'assuré doit avoir travaillé pendant 150 heures au cours des 3 mois précédant l'arrêt de travail (ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1.015 fois le SMIC horaire au cours des 6 mois précédant l'arrêt de travail). Au-delà de 6 mois d'arrêt pour maladie, l'assuré doit avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 derniers mois ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2.030 fois le SMIC horaire, précédant l'arrêt de travail. Il est également demandé une durée minimale d'immatriculation d'un an.

Les personnes qui ne travaillent pas bénéficient également d'une prise

en charge de leurs frais de santé dès lors qu'elles justifient d'une résidence stable et régulière en France (y compris la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Saint-Barthélemy et Saint Martin) depuis au moins 3 mois. En fonction de leurs revenus, ces personnes sont redevables ou non de la cotisation Puma.

L'assurance maladie assure le service de prise en charge des frais de santé (remboursement des soins) pour les assurés et leurs ayants-droit et les prestations en espèces (indemnités journalières de maladie en cas d'incapacité temporaire du travail) pour l'assuré.

1) Frais de santé

Champ d'application :

> CARTE VITALE

La carte Vitale est une carte à puce qui atteste des droits à l'assurance maladie. Attribuée à toute personne de 16 ans et plus, elle contient tous les renseignements administratifs nécessaires à la caisse d'assurance maladie du patient pour procéder au remboursement des soins.

Elle contient également les données permettant, suivant les situations, de

bénéficiaire du tiers payant (qui permet de ne pas avancer des sommes d'argent qui seront par la suite remboursées soit par l'assurance maladie, soit par la complémentaire santé pour la partie restant à la charge du patient après le remboursement de la Sécurité sociale).

Sur demande des parents, la carte Vitale peut être délivrée aux enfants de 12 ans.

Les frais de santé couvrent les coûts médicaux, paramédicaux et les frais de pharmacie, d'appareillage et d'hospitalisation. Peuvent bénéficier de ces prestations, l'assuré lui-même, mais également ses ayants-droit qui ne sont pas eux-mêmes assujettis à un régime de sécurité sociale.

Avec l'introduction de la Protection universelle maladie (PUMA) au 1^{er} janvier 2016, la notion d'ayant-droit pour les personnes majeures disparaît, même si ces dernières sont sans activité professionnelle. Seuls les mineurs continuent d'avoir le statut d'ayant-droit, qui prend fin au plus tard au 30 septembre de l'année au cours de laquelle ils atteignent l'âge de 18 ans, qu'ils poursuivent ou non des études dans certains établissements d'enseignement, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une activité professionnelle.

Toutefois, les mineurs de plus de 16 ans peuvent demander à être assurés à titre personnel.

Étendue de la protection :

a) Soins sans hospitalisation

Chaque patient de plus de 16 ans doit choisir un médecin traitant qui l'orientera dans son parcours de soins et qui coordonnera le dossier médical personnel. Les enfants ne sont pas concernés par ces mesures. Le médecin traitant peut être un généraliste ou un spécialiste, il suffit que l'intéressé accepte d'assumer cette fonction. Changer de médecin traitant est possible, il suffit de faire une nouvelle déclaration à la caisse d'assurance maladie.

Le médecin traitant tient à jour le dossier médical, prescrit les examens médicaux complémentaires ou oriente vers un service hospitalier ou un autre professionnel de la santé (masseur kinésithérapeute, infirmier...). Tous les actes médicaux réalisés ou recommandés par le médecin traitant seront remboursés au taux normal, car l'intéressé est dans le parcours de soins coordonnés.

Par contre, si le patient n'a pas déclaré de médecin traitant, ou s'il consulte directement un spécialiste, il n'est plus dans le parcours de soins coordonnés ; il sera moins bien remboursé et le montant des frais restant à sa charge sera plus élevé que s'il était passé par le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, d'absence du médecin traitant ou de son remplaçant, d'éloignement du domicile, le patient peut consulter un autre médecin que le médecin traitant. Enfin, les gynécologues, ophtalmologues et psychiatres peuvent être consultés directement sans passer par le médecin traitant. Dans tous les cas, le médecin consulté précisera sur la feuille de soins la situation particulière applicable.

En principe, une certaine fraction de la dépense reste à la charge de l'assuré : il s'agit du « ticket modérateur » (qui peut être supprimé dans un certain nombre de cas, notamment pour les femmes enceintes de plus de 6 mois, et les affections de longue durée). Une consultation chez le médecin dans le cadre du parcours de soins est remboursée au taux de 70%.

Le reste à charge est plus élevé si le patient se trouve hors du parcours de soins.

À côté du ticket modérateur un certain nombre de contributions restent à la charge du patient. Il s'agit du forfait actes lourds, de la participation forfaitaire et de la franchise médicale.

Forfait actes lourds : une participation forfaitaire de 18 euros à la charge du patient s'applique aux actes lourds dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou dont le coefficient est supérieur à 60. Il s'agit des actes pratiqués en cabinet de

ville ou dans un établissement de santé. Certains actes sont exonérés de cette participation et les personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100% en raison de leur état de santé ne sont pas concernées par cette mesure [Voir b) Soins avec hospitalisation].

Une participation d'1 euro est demandée pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin, pour les examens radiologiques ou les analyses de laboratoire. Cette participation ne peut pas dépasser 4 euros par jour pour le même professionnel ou pour le même laboratoire. Elle est limitée à 50 euros par année civile.

Il existe également depuis le 1^{er} janvier 2008 une franchise médicale sur les actes effectués par un auxiliaire médical en dehors de l'hospitalisation, sur les médicaments et sur les frais de transport. La franchise est fixée à 0,50 euro par boîte de médicament et par acte paramédical et à 2 euros par transport sanitaire. Cette franchise est plafonnée : la limite annuelle est fixée à 50 euros par personne pour l'ensemble des actes, et la limite journalière est de 2 euros sur les actes paramédicaux et 4 euros pour les frais de transport.

Ne sont pas concernés par la contribution par acte médical et par la franchise, les mineurs de moins de 18 ans, les femmes enceintes de plus de 6 mois et les bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Afin que le remboursement des frais engagés par les assurés corresponde à leurs dépenses réelles (compte tenu du ticket modérateur), sans que les caisses soient amenées à rembourser sans contrôle des honoraires, il existe des conventions nationales entre les organismes d'assurance maladie d'une part et les médecins et auxiliaires médicaux d'autre part.

En fonction du secteur d'activité du médecin, le remboursement peut être différent :

- le médecin en secteur 1 qui adhère entièrement à la convention et respecte les tarifs conventionnels négociés avec l'assurance maladie ;
- le médecin en secteur 2 qui fixe librement ses honoraires.

Il existe également une possibilité pour les médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires lorsqu'ils reçoivent un patient qui ne leur a pas été adressé par le médecin traitant ou qui se trouve en dehors du parcours de soins.

> MÉDICAMENTS

Les médicaments sont délivrés sur prescription médicale. Pour être pris en charge ils doivent figurer sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux. Pour certaines spécialités le remboursement s'effectue sur la base d'un forfait

déterminé à partir du prix des médicaments génériques les moins chers.

Le taux de remboursement des médicaments varie entre 100 % et 15 % en fonction de la reconnaissance du service médical rendu.

> LE TIERS PAYANT

Le système du tiers payant dispense l'assuré de faire l'avance des frais médicaux. Depuis le 1^{er} janvier 2017, il s'applique aux femmes enceintes et aux patients atteints d'affections de longue durée (ALD). Ces catégories de personnes n'ont plus à faire l'avance des frais chez les professionnels de santé qu'elles consultent dans le cadre de l'assurance maternité ou de leur ALD. C'est l'Assurance Maladie qui verse directement le prix de la consultation ou de l'acte médical aux professionnels de santé.

Le tiers payant devrait être étendu à toutes les catégories d'assurés à compter du 1^{er} décembre 2017.

Dans la mesure où le patient présente sa carte vitale et ne refuse pas les médicaments génériques proposés lorsqu'ils existent, le pharmacien peut pratiquer le système du « tiers payant » évitant ainsi au patient de faire l'avance des frais : Celui-ci ne règle que la part des frais qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

b) Soins avec hospitalisation

La sécurité sociale participe aux frais entraînés par l'hospitalisation de l'assuré ou de ses ayants-droit. Cette prise en charge comprend l'ensemble des prestations assurées par l'hôpital : honoraires médicaux et chirurgicaux correspondant aux actes pratiqués durant le séjour, médicaments, examens, interventions, etc.

Ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, certains suppléments de confort comme la chambre particulière, le téléphone, la télévision...

En cas d'hospitalisation dans un établissement public ou dans une clinique privée conventionnée les frais d'hospitalisation sont pris en charge à 80 %. L'assuré doit régler 20% des frais d'hospitalisation auxquels s'ajoute un forfait journalier de 18 € par jour d'hospitalisation.

Dans certains cas ou pour certains assurés, la prise en charge est égale à 100 % :

- à partir du 31^e jour d'hospitalisation,
- femmes enceintes devant être hospitalisée à compter du 4^{ème} mois de grossesse,
- hospitalisation faisant suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle,
- hospitalisation liée à une affection de longue durée,
- bénéficiaires de la CMU

complémentaire ou de l'aide médicale d'Etat (AME)...

Dans ces situations, l'assuré doit également régler le forfait d'un montant de 18 € par journée d'hospitalisation (13,50 € en service psychiatrique), ainsi que la participation forfaitaire de 18 € qui s'applique aux actes lourds (lorsque le tarif est supérieur ou égal à 120 €, ou lorsque le coefficient de l'acte est supérieur ou égal à 60). Cette dernière ne s'applique qu'une seule fois par séjour hospitalier, même si plusieurs actes lourds ont été réalisés au cours d'un même séjour. Toutefois, certaines personnes peuvent être exonérées de l'un et/ou de l'autre de ces deux forfaits (les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes atteintes d'une affection longue durée, d'une maladie professionnelle, ayant subi un accident du travail et les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse).

Attention :

Certains établissements peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires qui ne seront pas pris en charge par l'assurance maladie. Pour se renseigner sur les tarifs et remboursements pratiqués il est possible de consulter le site « Annuaire santé » afin de trouver un établissement adapté.

Lors de l'admission de l'assuré dans un établissement, une demande de prise en charge est adressée à la

caisse d'affiliation. Le système du «tiers payant» est alors appliqué. La caisse règle directement l'établissement et l'assuré ne paie que les frais qui restent à la charge du patient : ticket modérateur, forfait journalier, forfait actes lourds.

c) Frais de transport

Les frais de transport peuvent être pris en charge s'ils font l'objet d'une prescription médicale.

Elle est nécessaire pour le remboursement dans les cas suivants :

- Transport lié à une hospitalisation, quelle qu'en soit sa durée,
- Transport lié à une affection de longue durée (ALD) si l'état de santé de la personne ne lui permet pas de se déplacer par ses propres moyens,
- Transport en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle,
- Transport en ambulance lorsque l'état de santé nécessite une position allongée,
- Transport lié à un contrôle réglementaire (convocation du contrôle médical, d'un médecin expert, ou d'un fournisseur d'appareillage agréé).

Même prescrits par un médecin, les transports suivants nécessitent un accord préalable du service médical de l'Assurance maladie :

- Transport de longue distance, soit plus de 150 km pour l'aller seul,

- Transport en série (au moins 4 fois un trajet de plus de 50 km aller, sur une période de 2 mois, pour un même traitement),
- Transport des enfants et adolescents accueillis dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psychopédagogiques (CMPP),
- Transport en avion ou bateau de ligne régulière.

Les frais de transport sont en général remboursés à hauteur de 65%. Le patient garde à sa charge les 35% restant auxquels s'ajoute la franchise de 2 euros par trajet, dans la limite de 4 euros par jour, et 50 euros par an.

> COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE

Afin de couvrir la part des dépenses de soins de santé qui n'est pas prise en charge par le régime de base obligatoire, les assurés qui ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire collective au titre de leur activité ont la faculté de contracter une assurance complémentaire auprès d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance.

Les personnes disposant de faibles ressources peuvent bénéficier gratuitement de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) qui leur permet d'être couvertes à 100 %.

Les personnes dont les ressources sont faibles mais dépassent légèrement le plafond pour bénéficier de la CMU-C, peuvent bénéficier de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) qui ouvre droit à une réduction sur le montant de la cotisation à une complémentaire santé. Le montant de cette aide varie de 100 à 550 € en fonction de l'âge du bénéficiaire.

2) Prestations en espèces

a) Indemnités journalières

En cas d'incapacité de travail, un arrêt de travail doit être prescrit par le médecin. L'indemnité journalière n'est due qu'à partir du 4^e jour d'arrêt de travail.

Le montant de l'indemnité journalière est égal à 50 % du salaire des 3 derniers mois dans la limite de 1/91,25 € du salaire trimestriel plafonné à 1,8 SMIC, et à 2/3 à partir du 31^e jour d'arrêt lorsque l'assuré a 3 enfants à charge, dans la limite de 1/547,50 € de 1,8 SMIC annuel (maximum au 1^{er} janvier 2017 : 43,80 € par jour et 58,40 € dans le 2^e cas).

Pour les affections de longue durée, l'indemnité journalière peut être servie pendant une période maximale de 3 ans de date à date pour chaque

affection. Pour les autres affections, le nombre maximal d'indemnités journalières sur une période de 3 ans est fixé à 360.

b) Allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie

Cette prestation est versée à l'assuré qui bénéficie d'un congé de solidarité familiale ou qui l'a transformé en période d'activité à temps partiel et qui a suspendu ou réduit son activité pour s'occuper d'un proche en fin de vie (ascendant, descendant, frère sœur, personne de confiance).

Lorsque l'intéressé suspend complètement son activité, l'allocation est versée pendant 21 jours et s'élève à 55,21 € par jour. Si l'intéressé réduit son activité professionnelle (passage à temps partiel), le nombre maximum d'allocations journalières est porté à 42 et son montant est réduit de moitié, soit 27,60 €.

> ASSURANCE MATERNITÉ ET PATERNITÉ

Les prestations d'assurance maternité et paternité sont attribuées par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour la métropole et les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer.

L'assurance maternité et paternité assure la prise en charge des frais liés à la grossesse et à l'accouchement ainsi que le service des prestations en espèces lors du repos pré- et postnatal de la mère, du congé d'adoption de la mère et/ou du père et du congé de paternité du père.

1) Soins de santé liés à la maternité

Peuvent y prétendre non seulement l'assurée elle-même, mais également l'épouse, la fille ou la belle-fille d'un assuré.

Lorsque la grossesse est confirmée, le médecin ou la sage-femme déclare cette dernière à la caisse d'assurance maladie. Pour bénéficier au plus vite de la prise en charge de la grossesse au titre de l'assurance maternité, la déclaration doit être effectuée avant la fin du 3^e mois.

Le droit aux prestations, apprécié à la date présumée du début de la grossesse, ou si les droits ne sont pas ouverts à cette date, à la date du repos prénatal, est ouvert dans les mêmes conditions que pour l'assurance maladie.

L'assurance maternité couvre à 100% les examens obligatoires relatifs à la grossesse (consultations prénatales obligatoires, séances de préparation à la naissance, les examens biologiques complémentaires. De plus, à partir du 1^{er} jour du 6^e mois de la grossesse et jusqu'au 12^e jour

qui suit l'accouchement, tous les frais médicaux sont également pris en charge à 100%, qu'ils soient ou non liés à la grossesse. L'intéressée est par ailleurs exonérée de la participation forfaitaire d'1 euro et de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.

À compter du 1^{er} janvier 2017, le tiers-payant est ouvert pour tous les soins pris en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité, chez les professionnels de santé exerçant en ville. L'intéressée n'a donc plus d'avance de frais à effectuer car l'Assurance Maladie verse directement le prix de la consultation ou de l'acte médical aux professionnels de santé.

2) Prestations en espèces

Les prestations en espèces sont servies à condition de cesser toute activité salariée. À côté des prestations en espèces de l'assurance maternité servies à la femme salariée au cours de repos pré- et postnatal, il existe également des prestations servies au père au titre du congé de paternité. Enfin, en cas d'adoption, l'indemnité journalière de repos peut être partagée entre le père et la mère. Pour pouvoir prétendre à ces prestations, l'assuré(e) doit justifier en plus des conditions de versement de cotisations ou d'heures de travail prévues pour l'obtention des prestations en espèces de l'assurance maladie, de 10 mois

d'immatriculation à la date présumée de l'accouchement ou à la date de l'arrivée de l'enfant dans le foyer.

L'intéressée est tenue de prendre au moins 8 semaines de repos, mais elle a droit à 16 semaines de repos (en principe, 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et 10 semaines après), 2 semaines supplémentaires avant l'accouchement peuvent être accordées en cas de grossesse pathologique. Sous réserve de l'avis favorable du médecin qui suit la grossesse, la salariée peut demander à reporter une partie de son congé prénatal après l'accouchement.

Pour l'arrivée du troisième enfant dans le foyer, le repos est porté à 26 semaines (8 semaines prénatales et 18 semaines postnatales). En cas de naissances multiples, le congé prénatal est porté à 12 semaines pour des jumeaux et à 24 semaines pour les naissances de plus de deux enfants. La période postnatale d'indemnisation est fixée à 22 semaines pour les naissances de plus de deux enfants. En cas de naissance prématurée de plus de 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement, la durée du congé de maternité est augmentée du nombre de jours compris entre la date de l'accouchement et 6 semaines avant la date prévue de la naissance.

La durée du **congé de paternité** est fixée à 11 jours consécutifs pour la

naissance d'1 enfant, 18 jours en cas de naissance multiple.

Enfin, la durée du **congé d'adoption** est fixée à 10 semaines ou 22 semaines en cas d'adoption multiple. Si l'arrivée de l'enfant au foyer porte le nombre d'enfants à charge à 3, la durée du repos est égale à 18 semaines. Si le père et la mère ont vocation à bénéficier de l'indemnité de repos, et si la durée d'indemnisation fait l'objet d'une répartition entre les deux parents, cette durée est augmentée de 11 jours ou 18 jours en cas d'adoption multiple.

Le montant de l'indemnité journalière de maternité, d'adoption ou de paternité est égal à la moyenne des salaires des 3 mois précédent le congé, pris en compte dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale de l'année en cours (3 269,00 euros au 1^{er} janvier 2017). De ces salaires bruts soumis à cotisations on retire les cotisations et contributions salariales d'origine légale et conventionnelle (taux forfaitaire : 21%). Au 1^{er} janvier 2017, l'indemnité journalière ne peut pas être supérieure à 84,90 €.





B. Assurance invalidité

> ORGANISME DE VERSEMENT :

Les pensions de l'assurance invalidité sont attribuées par :

- les caisses primaires d'assurance maladie ;
- la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France - CRAMIF (pour la région parisienne)
- les caisses générales de sécurité sociale (pour les départements d'outre-mer)
- la caisse de sécurité sociale (CSS) à Mayotte.

1) Pension d'invalidité

Prolongement de l'assurance maladie, l'assurance invalidité a pour objet d'accorder à l'assuré invalide une pension en compensation de la perte de salaire qui résulte de la réduction de sa capacité de travail ou de gain.

La pension d'invalidité est attribuée à l'assuré social dont l'invalidité résulte d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle, et qui :

- n'a pas atteint l'âge légal de la retraite (entre 60 et 62 ans en fonction de l'année de naissance) ;

- a une capacité de travail ou de revenus réduite d'au moins 2/3 ;
- a été immatriculé depuis au moins 12 mois au moment de l'interruption de travail suivie d'invalidité et avoir soit travaillé au moins 600* heures, soit avoir cotisé sur un salaire équivalent à 2 030 fois la valeur du SMIC horaire au cours de la même période.

> DÉTERMINATION DE LA PENSION

Il faut distinguer trois catégories de pension en fonction de la capacité de travail restante :

- 1^{ère} catégorie qui vise les invalides encore capables d'exercer une activité professionnelle. La pension est calculée selon la formule suivante : $\text{salaire annuel moyen (SAM}^*) \times 30 \%$. Le montant mensuel maximal de la pension est égal à 30 % du plafond de la sécurité sociale (980,70 €).
- 2^e catégorie qui vise les invalides incapables d'exercer une activité professionnelle. La pension est calculée de la même manière que pour la première catégorie, seul le pourcentage à appliquer au salaire annuel moyen diffère. La formule de calcul est la suivante : $\text{SAM}^* \times 50 \%$. Le montant mensuel maximal de la pension s'élève à 50 % du plafond de la sécurité sociale (1 634,50 €).
- 3^e catégorie qui vise l'hypothèse où l'invalidé, classé en 2^e catégorie, est dans l'obligation d'avoir recours

à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante. Le montant de la pension de base est alors majoré de 40 %, sans que cette majoration puisse être inférieure à un minimum annuel réévalué chaque année au 1^{er} avril. Montant mensuel maximum de la pension d'invalidité 3^e catégorie : 2 738,68 € (1 634,50 + 1 104,18).

* *Le SAM représente les salaires reportés au compte vieillesse de l'assuré pendant les 10 meilleures années d'activité (salaires soumis à cotisations dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale).*

Minimum : dans tous les cas, la pension d'invalidité ne peut pas être inférieure, quelle que soit la catégorie, à un minimum garanti qui s'élève par mois à 281,93 €.

Les droits à la pension d'invalidité peuvent être revus ou suspendus à tout moment selon la situation de l'assuré (modification de l'état de santé entraînant un changement de catégorie, reprise d'une activité professionnelle ou atteinte de l'âge légal de la retraite).

Le titulaire de la pension d'invalidité bénéficie des prestations en nature de l'assurance maladie maternité pour lui-même et ses ayants-droit, prises en charge à 100% pour lui-même. Il doit toutefois régler les participations forfaitaires par acte médical, acte paramédical, médicaments et

transport, mais il est exonéré du forfait 18 € pour les actes lourds.

Lorsque l'intéressé n'exerce pas d'activité professionnelle, la pension d'invalidité est automatiquement transformée en pension de retraite à l'âge légal de la retraite (entre 60 et 62 ans en fonction de l'année de naissance). S'il exerce une activité professionnelle, il doit formuler sa demande de pension de retraite. Le paiement de sa pension d'invalidité prend automatiquement fin au plus tard à l'âge d'obtention du taux plein quelle que soit la durée d'assurance (entre 65 et 67 ans), ou avant cet âge s'il cesse son activité professionnelle.

2) Pension d'invalidité de veuve ou de veuf invalide

La pension d'invalidité de veuve ou de veuf est attribuée par les caisses primaires d'assurance maladie (dans la région parisienne par la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France), et par les caisses générales de sécurité sociale dans les départements d'outre-mer au conjoint survivant d'un assuré bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou de vieillesse ou qui était susceptible de bénéficier d'un tel avantage.

Pour prétendre à cet avantage, le conjoint survivant doit être âgé de moins de 55 ans et être atteint d'une

invalidité permanente réduisant de 2/3 sa capacité de travail ou de gain.

Le montant de la pension est égal à 54 % de la pension dont bénéficiait ou eût bénéficié le défunt.

Une majoration de 10 % est accordée au bénéficiaire ayant eu au moins 3 enfants à charge.

Cette pension n'est pas cumulable avec la pension de réversion.



C - Assurance décès

Le capital-décès est versé aux proches d'un assuré social par la caisse primaire d'assurance maladie en métropole ou les caisses générales de sécurité sociale dans les départements d'outre-mer.

Le versement du capital-décès est effectué par priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'assuré. Si plusieurs personnes étaient à la charge de l'assuré, il est versé, par ordre de préférence :

- au conjoint survivant, non séparé de droit ou de fait ou au partenaire

auquel le défunt était lié par un pacte civil de solidarité ;

- aux enfants légitimes, naturels, adoptifs, recueillis ;
- aux ascendants.

Pour ouvrir droit au capital-décès, l'assuré décédé devait durant la période de 3 mois avant le décès :

- exercer une activité salariée ;
- percevoir des indemnités de chômage ;
- être titulaire d'une pension d'invalidité ;
- être titulaire d'une rente d'accident du travail avec un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66,66 %.

Pour tout décès intervenu à compter du 1^{er} janvier 2015, le montant du capital-décès correspond à une somme forfaitaire revalorisée annuellement. Au 1^{er} avril 2016, il est égal à 3 404 €.

Le capital décès n'est soumis ni à la CSG, ni à la CRDS, ni aux cotisations de sécurité sociale, ni à l'impôt sur les successions.



II. BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESIONN- ELLES

Les prestations de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles sont servies par les caisses primaires d'assurance maladie en métropole et par les caisses générales de sécurité sociale dans les départements d'outre-mer.

> DÉFINITION

Le bénéfice de la protection contre le risque professionnel est réservé aux travailleurs salariés ou assimilés. Cette protection est également étendue à diverses catégories particulières, comme les élèves des établissements techniques, les apprentis, les stagiaires de la formation professionnelle.

L'accident du travail est celui qui survient par le fait ou à l'occasion du travail. Est également considéré comme un accident du travail l'accident de trajet, c'est-à-dire l'accident dont est victime le travailleur alors qu'il se rend à son travail ou en

revient ou celui dont il est victime entre le lieu de travail et le lieu où il prend habituellement ses repas.

Maladies professionnelles : le législateur a assimilé aux accidents du travail, certaines maladies dites professionnelles faisant l'objet d'une liste spécifique.

> FORMALITÉS

En cas d'accident du travail, la victime doit en faire la déclaration à son employeur dans les 24 heures, et ce dernier doit déclarer l'accident à la caisse primaire d'assurance maladie dans les 48 heures et remettre à son salarié une feuille d'accident que ce dernier présentera à son médecin, ce qui lui permettra de ne pas faire l'avance des frais.

> RÉPARATION

Immédiatement après l'accident (ou la constatation de la maladie), s'ouvre une période d'incapacité temporaire (totale ou partielle), laquelle est close par la guérison de la victime ou la consolidation des lésions. Les prestations de l'assurance accidents du travail sont servies à la victime sans condition d'immatriculation ou de durée d'activité préalable.



A. Prestations dues en cas d'incapacité temporaire

1) Prestations en nature

Les prestations en nature de l'assurance accident du travail sont servies à la victime dans les mêmes conditions que les prestations en nature de l'assurance maladie. Toutefois, les prestations sont prises en charge à 100 % du tarif de responsabilité de la caisse. En cas d'hospitalisation, il n'y a pas de forfait journalier à payer et l'accidenté du travail est exonéré du paiement du forfait de 18 € pour actes lourds.

L'assuré n'a pas à faire l'avance des frais : la caisse d'affiliation règle directement les sommes dues aux praticiens, auxiliaires médicaux et établissements de soins (système du tiers payant).

2) Prestations en espèces

> INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Le jour de l'accident, la victime a droit à son salaire, payé par l'employeur.

Dès le lendemain, elle a droit à une indemnité journalière égale à 60 % du salaire journalier calculé sur la base de 1/30,42e du salaire du mois civil précédant l'arrêt de travail (maximum par jour 193,23 €). L'indemnité est portée à 80 % du même gain journalier à partir du 29e jour d'arrêt (maximum par jour 257,65 €), sans condition d'enfant à charge comme cela est le cas dans le cadre de l'assurance maladie.

Dans tous les cas, l'indemnité ne peut pas excéder le salaire journalier net.

> INDEMNITÉS TEMPORAIRES D'INAPTITUDE

En cas d'inaptitude faisant suite à un accident de travail ou de trajet, l'assuré peut bénéficier d'une indemnité temporaire d'inaptitude pendant une durée d'un mois maximum à compter de la date de délivrance de l'avis d'inaptitude, sous réserve de ne percevoir aucune rémunération.

Le montant de l'indemnité est égal au montant de l'indemnité journalière versée pendant l'arrêt de travail ayant précédé l'avis d'inaptitude. Si l'intéressé perçoit une rente liée à l'accident du travail, le montant mensuel de la rente est réduit du montant de l'indemnité temporaire d'inaptitude. La durée de versement de cette prestation ne peut pas dépasser 1 mois.





B. Prestations dues en cas d'incapacité permanente : les rentes

Au moment de la consolidation, le médecin conseil de l'Assurance maladie examine l'assuré et lui attribue, si les séquelles le justifient, un taux d'incapacité permanente.

Si le taux déterminé est inférieur à 10%, une indemnité en capital est versée. Son montant, fixé par décret, est forfaitaire et variable selon le taux d'incapacité.

Si le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 10 %, l'assuré perçoit une rente d'incapacité permanente. Les rentes d'incapacité permanente sont versées chaque trimestre lorsque le taux d'incapacité permanente est compris entre 10 et 50 %, ou chaque mois lorsque le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 50 %.

1 - Rente due à la victime

Le montant de la rente est calculé à partir de deux éléments :

- le taux d'incapacité de la victime,
- le montant du salaire antérieur.

a) Taux d'incapacité permanente

La caisse primaire s'appuyant sur les résultats d'une expertise, recherche d'abord le taux d'incapacité réelle en s'aidant d'un barème officiel et en prenant en considération l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales, les aptitudes et qualifications professionnelles de la victime.

Ce taux fait l'objet d'une correction : il est réduit de moitié jusqu'à 50 % et augmenté de moitié pour la partie qui excède 50 %.

> EXEMPLE

Pour un taux d'incapacité réelle fixé à 70 %, le taux sera corrigé de la façon suivante :

- $(50 \% : 2) + (20 \times 1,5) = 25 + 30 = 55$. Le taux de la rente sera donc de 55 %.

b) Salaire

Le salaire annuel minimum (S) pris en considération pour le calcul d'une rente au taux d'incapacité au moins égal à 10 % est fixé à 18 281,80 € (salaire minimum des rentes) au 1^{er} avril 2016.

Jusqu'à deux S ($18\,281,80\ € \times 2 = 36\,563,60\ €$) le salaire de la victime est entièrement pris en considération. La fraction de salaire annuel de la victime qui excéderait 2 S, sans dépasser 8 S ($146\,254,40\ €$) est prise en compte pour un tiers.

Au-dessus de 8 S, le salaire n'est plus pris en considération.

L'indemnité en capital comme la rente d'incapacité permanente sont exonérées de CSG et CRDS et ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu.

c) Tierce personne

Lorsque la victime présente un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % et est incapable d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie courante, elle peut obtenir un complément à sa rente d'incapacité permanente, appelé prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP). Son montant est modulé en fonction du besoin d'assistance, lequel est déterminé par le service médical de la caisse débitrice de la rente à partir d'une grille d'appréciation de dix actes que la victime ne peut pas accomplir seule.

Les trois montants forfaitaires sont les suivants (au 1^{er} avril 2016) :

- 552,08 € lorsque la victime ne peut pas accomplir seule 3 ou 4 actes de la grille
- 1 104,16 € lorsque la victime ne peut pas accomplir seule 5 ou 6 actes de la grille
- 1 656,26 € lorsque la victime ne peut pas accomplir seule au moins 7 actes de la grille ou lorsque en raison de troubles neurologiques la victime présente un danger pour elle-même ou pour autrui.

d) Rentes dues aux survivants

Lorsque l'accident ou la maladie professionnelle entraîne le décès de la victime, certains ayants droit peuvent prétendre à une rente de survivants. Il s'agit :

- du conjoint ou du concubin ou de la personne liée à la victime par un pacte civil de solidarité qui peut prétendre en principe à une rente égale à 40 % du salaire de la victime ; si l'intéressé est âgé de plus de 55 ans ou présente une incapacité de travail d'au moins 50 %, il est versé un complément de rente dont le taux s'élève à 20 % ;
- des enfants ou descendants à charge, âgés de moins de 20 ans. La rente est en principe de 25 % du salaire annuel de la victime, pour chacun des deux premiers enfants et 20 % par enfant au-delà de deux. Lorsque l'enfant est orphelin de père et de mère, le taux de la rente est égal à 30 % ;
- des ascendants qui se trouvaient en état d'obtenir une pension alimentaire si la victime n'avait ni conjoint, ni enfant. Si la victime avait conjoint ou enfant les ascendants devaient être à la charge de la victime. La rente est en principe fixée à 10 % du salaire annuel de la victime, sans que les rentes pour l'ensemble des ascendants puissent excéder 30 %.

La somme des rentes dues aux survivants ne doit pas excéder 85 % du salaire annuel d'après lequel elles ont été établies (le cas échéant, le montant de chaque rente versée est diminué proportionnellement).



III. RETRAITE

En France la retraite de base est complétée par des retraites complémentaires obligatoires qui comme le régime de base reposent sur le mécanisme de la répartition : ARRCO pour tous les salariés et AGIRC pour les salariés cadres.



A. Régime de base

> ORGANISME DE VERSEMENT

Les pensions de base du régime général sont attribuées par :

- les caisses (régionales) d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT),
- la caisse nationale d'assurance vieillesse d'Île de France (pour la région parisienne)
- les caisses générales de sécurité sociale (pour les départements d'outre-mer)
- la CSS à Mayotte.

La loi sur la réforme des retraites de 2010 prévoit un recul de l'âge légal de départ à la retraite pour les générations nées à compter du 1^{er} juillet 1951. Ce recul a été accéléré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. L'âge de départ à la retraite est porté à 62 ans

pour les personnes nées à partir de 1955. Dans le même temps l'âge d'attribution automatique du taux plein (âge légal + 5 ans) est relevé et atteint 67 ans pour les assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1955.

Il existe des possibilités de départ anticipé en cas de handicap, de longue carrière ou de pénibilité.

1) Droit de l'assuré

L'âge légal pour demander la liquidation d'une pension de retraite est fixé à 62 ans pour les assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1955. Il reste à 60 ans pour les assurés nés avant le 1^{er} juillet 1951 et il augmente de 4 mois pour les assurés nés entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1951, puis de 5 mois par an pour les générations suivantes.

L'intéressé n'est pas tenu de formuler sa demande dès qu'il atteint l'âge légal. L'assuré qui continue à travailler après l'âge légal et au-delà de la durée d'assurance prévue pour obtenir la liquidation de sa pension au taux plein, compte tenu de son année de naissance, peut obtenir une majoration de sa pension (surcote).

a) Calcul de la pension

Le montant de la pension dépend de trois éléments :

- **le salaire de base** ou salaire annuel moyen (SAM) : le salaire annuel moyen représente les salaires (revalorisés) sur lesquels les cotisations ont été versées. Depuis le 1^{er} janvier 2008 et pour tous les assurés nés après 1947, le salaire annuel moyen est calculé sur la base des 25 meilleures années de la carrière ;
- **le taux de liquidation** : le taux maximum de 50 % est affecté d'un coefficient de minoration déterminé en fonction du nombre de trimestres manquants pour bénéficier du taux plein en tenant compte de la durée d'assurance et de l'âge (le montant le plus intéressant pour l'assuré étant choisi). Le taux minimum est fixé à 37,5 % pour les assurés nés en 1953 et après.
- **la durée de périodes d'assurance** et de périodes reconnues équivalentes permet de déterminer le taux de liquidation de la pension entre l'âge légal de départ à la retraite et l'âge d'attribution automatique du taux plein (entre 62 ans et 67 ans pour les assurés nés après le 1^{er} janvier 1955). Le taux plein de 50 % résulte de la durée d'assurance (entre 160 et 172 trimestres en fonction de l'année de naissance), de l'âge (67 ans pour les assurés nés à partir de 1955) ou de l'appartenance à une catégorie spécifique (inaptes au travail, anciens combattants ou prisonniers de guerre, ouvrières mères de famille ayant élevé au moins trois enfants).

Pour la détermination du taux de liquidation de la pension, il est tenu compte de la durée d'assurance. Cette dernière comprend les périodes validées au titre des cotisations auprès des différents régimes de base en vigueur sur le territoire français (article L 351-1 CSS) ainsi que les périodes assimilées à de l'assurance. Il s'agit des périodes d'interruption de travail au titre de maladie, maternité, invalidité, accidents du travail, services militaires, chômage, etc.

> PÉRIODES D'ACTIVITÉ ACCOMPLIES À L'ÉTRANGER

Les périodes d'activité accomplies à l'étranger dans un État lié à la France par un accord de sécurité sociale peuvent, sous certaines conditions, être prises en compte pour la détermination du taux de liquidation de la pension de retraite.

Dans le cadre de la seule législation française, les périodes d'activité à l'étranger accomplies avant le 1^{er} avril 1983, qui peuvent ou qui auraient pu faire l'objet d'un rachat, sont prises en compte en tant que périodes équivalentes pour la détermination du taux de liquidation de la pension à partir de l'âge légal (article R. 351-4 du code de la sécurité sociale).

La durée d'assurance représente la durée réelle d'assurance (périodes de cotisation et périodes assimilées)

auprès du régime. Au fil des réformes, la durée d'assurance exigée pour obtenir le taux plein de la pension a augmenté progressivement pour correspondre à :

- 150 trimestres pour les assurés nés en 1943 et avant,
- 160 pour ceux nés en 1948.
- Pour les générations suivantes, la durée d'assurance augmente d'un trimestre par génération jusqu'à 165 pour les assurés nés en 1953 et 1954, et 166 pour ceux nés de 1955 à 1957. La durée d'assurance exigée augmente encore d'un trimestre par tranche de 3 générations afin d'atteindre 172 trimestres pour les assurés nés en 1973 et après.

Ainsi, pour un assuré né en 1952, la formule de calcul de la pension sera la suivante :

- Salaire de base X taux X durée d'assurance au régime général / 164 (trimestres)

> LA PENSION ANTICIPÉE

Il existe des possibilités de départ à la retraite avant l'âge légal sans application de coefficient de minoration. Il s'agit des retraites suivantes :

- **Retraite au titre de la pénibilité**, qui offre la possibilité d'anticiper jusqu'à deux ans l'âge de départ à la

retraite par rapport à l'âge légal (soit 60 ans au lieu de 62 ans). En effet, 8 trimestres d'assurance peuvent être crédités à l'assuré qui cumule des points au titre de l'exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels sur une période donnée. Le compte pénibilité est ouvert depuis le 1^{er} janvier 2015 pour les salariés exposés à certains facteurs ; De nouveaux facteurs sont pris en compte depuis juillet 2016.

- **Retraite au titre de longue carrière**, qui offre la possibilité de partir à la retraite à 60 ans ou avant à condition de justifier d'une durée minimale d'assurance et de cotisations et d'un début d'activité très jeune. Les conditions de durée d'assurance varient en fonction de l'année de naissance, de l'âge de départ en retraite et de l'âge de début d'activité professionnelle.
- **Retraite au titre du handicap**, qui permet à l'assuré de partir entre 55 et 59 ans, à condition de justifier d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 50 % ou d'être reconnu travailleur handicapé avant le 31 décembre 2015. Il faut également justifier d'une certaine durée d'assurance (dont une part minimale a donné lieu à cotisations au titre d'une activité) durant la période de handicap. Les conditions de durée d'assurance varient en fonction de l'année de naissance et de l'âge envisagé de départ à la retraite.

> LA PENSION AU TAUX MINORÉ

Les personnes qui demandent la liquidation de leur pension de vieillesse et qui ne totalisent pas la durée d'assurance nécessaire pour obtenir une pension au taux plein se voient appliquer une décote, ou taux minoré. Le coefficient de minoration est déterminé en fonction du nombre de trimestres manquants et de la génération à laquelle appartient l'assuré : 1,625 % pour les assurés nés en 1950, 1,5 % pour ceux nés en 1951, 1,375 %, pour ceux nés en 1952 et 1,25 % pour ceux nés à partir de 1953 (soit une diminution de 0,625 par trimestre manquant). La liquidation de la pension avec application de la décote est définitive.

> SURCOTE DE LA PENSION

Les personnes qui, compte tenu de leur année de naissance, ont accompli la durée d'assurance prévue pour obtenir la liquidation de leur pension au taux plein et qui continuent à travailler après l'âge légal de liquidation de la pension (entre 60 et 62 ans en fonction de l'année de naissance), bénéficient d'une majoration de la retraite. Ces dispositions s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2004, avec des taux différents en fonction du moment où ces périodes ont été accomplies. Pour les périodes après le 1^{er} janvier 2009, le taux de majoration est fixé à 1,25 % par trimestre supplémentaire.

b) Majoration de la durée d'assurance

La femme assurée bénéficie de la majoration de durée d'assurance jusqu'à 8 trimestres par enfant (4 au titre de la maternité ou de l'adoption, 4 au titre de l'éducation). Pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2010, cette majoration pour éducation est laissée au libre choix du couple en raison de l'incidence sur la carrière de l'éducation de l'enfant pendant les 4 années qui suivent sa naissance ou l'adoption. De plus, la durée effective du congé parental d'éducation est validée gratuitement pour le père, le cas échéant.

Une majoration de la durée d'assurance de 8 trimestres maximum peut être accordée pour élever un enfant gravement handicapé ouvrant droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

L'assuré qui, au moment où les droits à pension au taux plein sont ouverts quelle que soit la durée d'assurance (entre 65 et 67 ans), n'a pas accompli tous régimes de base confondus la durée d'assurance requise en fonction de son année de naissance, et qui continue à exercer une activité professionnelle, bénéficie d'une majoration de cette durée de 2,5 % par trimestre supplémentaire cotisé après l'âge auquel il peut prétendre au taux plein.

c) Majoration du montant de la pension

La pension est susceptible de faire l'objet de diverses majorations.

> MAJORATION POUR ENFANT

L'assuré qui a élevé 3 enfants pendant au moins 9 ans avant leur 16^e anniversaire, bénéficie d'une majoration de 10 % du montant de sa pension de vieillesse. Cette majoration pour enfant est accordée à chacun des parents titulaires d'une pension de retraite.

> MAJORATION POUR CONJOINT À CHARGE

La majoration pour conjoint à charge n'est plus attribuée depuis le 1^{er} janvier 2011. Son paiement est poursuivi pour les personnes qui en bénéficiaient avant le 31 décembre 2010 et qui remplissent encore les conditions d'attribution. Le montant annuel de cette majoration est de 609,80 €.

> MAJORATION POUR L'AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE

La majoration pour l'aide d'une tierce personne est accordée aux titulaires de pension de retraite substituée à une pension d'invalidité et aux

titulaires de pension de retraite pour inaptitude au travail ou révisée pour inaptitude au travail et qui remplissent les conditions de droit à la majoration avant d'atteindre l'âge de la retraite au taux plein (soit entre 65 et 67 ans selon l'année de naissance). Pour prétendre à cette majoration, il faut avoir besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante. Son montant est fixé, depuis le 1^{er} avril 2016, à 1 104,18 € par mois.

d) Montants minimum et maximum de la pension

- L'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) : il s'agit d'une allocation différentielle versée sous condition de ressources, permettant de porter celles-ci à 800 € par mois pour une personne seule.
- Le minimum contributif est accordé aux assurés qui ont cotisé sur de faibles revenus, et remplissent les conditions d'une retraite à taux plein. Son montant est fixé à 7 555,54 € par an, soit 629,63 € par mois, auxquels peuvent s'ajouter des compléments liés à la durée d'assurance ou autres facteurs. Dans tous les cas, le minimum ne peut pas porter le montant total des retraites personnelles (de base et complémentaire) au-dessus d'un certain montant (1 145,95 €).

Le montant de la pension de retraite de base ne peut pas excéder 50 % du plafond de la sécurité sociale (1 634,50 € par mois en 2017).

2) Droits des survivants

La pension de réversion, comme l'allocation veuvage, sont attribuées par :

- les caisses (régionales) d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT),
- la caisse nationale d'assurance vieillesse d'Île de France (pour la région parisienne)
- les caisses générales de sécurité sociale (pour les départements d'outre-mer)
- la CSS à Mayotte.

a) Pension de réversion

L'attribution aux conjoints survivants ou aux ex-conjoints survivants de pensions de réversion n'est pas automatique. Elle est subordonnée à certaines conditions ayant trait aux ressources et à l'âge.

Peut ouvrir droit à pension de réversion, le conjoint survivant ou l'ex-conjoint divorcé, qui a atteint l'âge de 55 ans et qui ne dispose pas de ressources supérieures à un certain plafond. Les ressources

prises en compte sont les ressources personnelles et celles du nouveau ménage en cas de remariage, de PACS ou de concubinage. Au titre des droits acquis lorsque le décès est survenu avant le 1^{er} janvier 2009, le droit à pension de réversion est ouvert à partir de 51 ans.

Le montant de la pension de réversion ne peut pas excéder 54 % du montant de la pension dont bénéficiait l'assuré ou de celle à laquelle il aurait pu prétendre.

Si le conjoint décédé a été marié plusieurs fois, la retraite de réversion est partagée entre les conjoints survivants au prorata des années de mariage.

Une majoration pour enfant à charge d'un montant de 96,30 € par mois peut être attribuée lorsque le conjoint survivant a à sa charge au moins un enfant de moins de 16 ans.

Le montant de la pension fait également l'objet d'une majoration de 10 % lorsque le titulaire a élevé au moins 3 enfants.

Le bénéficiaire ayant atteint l'âge d'obtention d'une retraite au taux plein, qui a fait valoir ses droits à une pension de retraite, peut bénéficier d'une majoration de 11,1 % du montant de sa pension de réversion, si le total des retraites ne dépasse pas un certain plafond (2 559,73 € par trimestre).

b) Allocation veuvage

L'allocation veuvage peut être versée durant 2 ans à toute personne âgée de moins de 55 ans qui ne dispose pas de ressources personnelles supérieures à un certain montant (2 260,27 € par trimestre). Son montant s'élève à 602,73 € par mois.

Pour que le conjoint survivant ouvre droit à l'allocation veuvage, il faut que l'assuré décédé ait cotisé à l'assurance vieillesse pendant au moins trois mois, consécutifs ou non, au cours de l'année précédant son décès.

c) Orphelins

La retraite de base du régime général ne prévoit pas de pension d'orphelin. Il en existe toutefois dans le cadre du régime complémentaire et dans certains régimes spéciaux.



B. Régimes complémentaires obligatoires

Les régimes de retraites complémentaires des salariés sont mis en œuvre par des institutions de retraites complémentaires et des fédérations regroupant ces institutions.

La retraite complémentaire est obligatoire pour tous les salariés, assujettis à titre obligatoire, à l'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole ou du régime des mines. Pour les salariés du secteur privé, elle est mise en œuvre par l'ARRCO (association pour le régime de retraite complémentaire des salariés) pour l'ensemble des salariés (cadres et non cadres), ainsi que par l'AGIRC (association générale des institutions de retraite des cadres) pour les cadres.

Les retraites des régimes complémentaires sont calculées en points. Chaque année, le montant des cotisations versées en fonction d'un salaire ou revenu de référence est traduit en points, compte tenu de la valeur d'achat unitaire de ce dernier, applicable pour l'exercice concerné.



La retraite perçue par le salarié sera fonction du nombre de points acquis durant toute la carrière professionnelle et de l'âge de départ à la retraite. Pour calculer le montant de la pension, il suffit de multiplier le nombre de points acquis par sa valeur au moment de la liquidation de la pension. Dans ces régimes par points, le montant de la pension est proportionnel aux revenus professionnels de l'ensemble de la carrière et non pas seulement des 25 meilleures années comme cela est le cas dans le régime de base.

Les non-cadres cotisent sur la totalité de leur rémunération dans la limite de 3 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale auprès du régime de l'ARRCO. Les cadres quant à eux cotisent jusqu'à 1 plafond de la sécurité sociale auprès du régime ARRCO et au-delà d'1 fois le plafond, sur la totalité de leur rémunération dans la limite de 8 fois le plafond, auprès du régime AGIRC.

Le taux de cotisation correspond au taux d'acquisition des points multiplié par 125 %. La différence entre le taux d'acquisition et le taux de cotisations contribue au financement des régimes.

> ÂGE

Dans les deux régimes, l'âge normal de la retraite est fixé entre 65 et 67 ans en fonction de l'année de naissance

de l'assuré. Toutefois, il est possible de demander la liquidation anticipée de ses droits (entre 55 et 57 ans), en fonction de l'année de naissance avec application d'un coefficient d'anticipation.

Par ailleurs, lorsque l'assuré obtient la liquidation de sa pension de retraite du régime de base au taux plein, il peut bénéficier de sa retraite complémentaire sans application de coefficients d'anticipation.

> MONTANT

Pour la détermination des points, il est tenu compte des points attribués après versement de cotisation, mais également des points attribués sans versement de cotisation. Il s'agit des périodes d'emploi antérieures à l'application du régime, des périodes d'incapacité de travail d'une durée supérieure à 60 jours consécutifs et pour lesquelles l'intéressé a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance maladie/maternité ou de l'assurance accident du travail. Il en est de même si l'intéressé était titulaire d'une pension d'invalidité. Les périodes de perception d'indemnités de l'assurance chômage donnent également droit à des points retraite.

Valeur annuelle du point au 1^{er} novembre 2016 :
ARRCO 1,2513 €
AGIRC 0,4352 €

> MAJORATIONS FAMILIALES

Lorsque le titulaire a ou a eu des enfants, le montant de la pension peut être majoré sous certaines conditions.

- Majoration de 5 % par enfant à charge âgé de moins de 18 ans ou 25 ans si étudiant, apprenti ou demandeur d'emploi dans les régimes ARRCO et AGIRC.
- Majoration pour avoir élevé trois enfants ou plus : 10 % de la pension sur la partie de carrière accomplie après 2011 ; pour la partie de carrière antérieure à 2011, le montant de la majoration dépend du régime d'appartenance. La majoration est plafonnée à 1 031,15 € par an pour le régime ARRCO et à 1 028,12 € pour le régime AGIRC (au 1^{er} avril 2015). Pas de plafond si l'intéressé est né avant le 2 août 1951.

> SURVIVANTS

Il existe dans les deux régimes des pensions pour les veufs, les veuves et les orphelins.

> CONJOINT SURVIVANT

Le conjoint survivant ou l'ex-conjoint survivant, non remarié, est susceptible de bénéficier d'une pension de réversion :

- dans les deux régimes, sans condition d'âge si au moment du

décès de l'assuré il a deux enfants à charge âgés de moins de 21 ans (régime AGIRC) ou moins de 25 ans (régime ARRCO) ou invalide,

- à partir de 55 ans dans le régime ARRCO
- à partir de 60 ans - ou 55 ans avec abattement – dans le régime AGIRC

Le montant de la pension est égal à 30 % des droits acquis auprès du régime par les parents.

> ORPHELINS

Dans le régime ARRCO, l'orphelin de père et de mère peut bénéficier d'une pension complémentaire s'il est âgé de moins de 21 ans à la date du décès du dernier parent ou, si âgé de moins de 25 ans, il est à la charge du dernier parent au moment du décès, ou, au-delà de 25 ans si l'enfant a été reconnu invalide avant l'âge de 21 ans.

Le montant de la pension d'orphelin est égal à 50 % des droits acquis de l'ancien salarié pour chaque orphelin. Dans le régime AGIRC, l'orphelin de père et de mère peut obtenir une pension jusqu'à l'âge de 21 ans. Si l'orphelin était invalide avant l'âge de 21 ans, il reçoit une pension sans limitation d'âge.

Le montant de la pension est égal à 30 % du nombre de points acquis auprès du régime par les parents.



IV. LES PRESTATIONS FAMILIALES

La branche Famille de la sécurité sociale est organisée en un réseau de 103 caisses départementales et une caisse nationale.

Les caisses d'allocations familiales (CAF) versent des prestations familiales :

- aux salariés et assimilés de toute profession,
- aux travailleurs indépendants autres qu'agricoles,
- à toutes les personnes résidant en France avec leurs enfants et qui ne justifient d'aucune activité professionnelle.

Selon l'article L. 512-1 du Code de la sécurité sociale, «*Toute personne française ou étrangère résidant en France, ayant à sa charge un ou plusieurs enfants résidant en France, bénéficie pour ces enfants des prestations familiales [...]*».

Le droit aux prestations familiales est ouvert aux personnes qui assument la charge effective et permanente (nourriture, logement, habillement) d'enfants légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, dont l'âge limite est fixé à :

- 20 ans (règle générale), pour tous les enfants n'exerçant aucune

activité ou dont la rémunération nette mensuelle n'excède pas 55% du Smic (907,19 €) ;

- 21 ans pour le versement des allocations logement et du complément familial.

Enfin, en vue de compenser la perte financière subie par les familles de 3 enfants et plus, lorsque l'aîné atteint l'âge de 20 ans, une allocation forfaitaire est versée pendant au maximum 1 an.

Méthode de calcul des prestations familiales : les prestations familiales représentent un pourcentage d'une base mensuelle de calcul (BMAF) fixée à 406,62 € au 1^{er} avril 2016. Ce montant est revalorisé au 1^{er} avril de chaque année, conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac.

Parmi les prestations familiales, on peut distinguer :

- les prestations générales d'entretien,
- les prestations d'entretien et d'accueil liées à la petite enfance regroupées dans la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje),
- les prestations à affectation spéciale.



A. Prestations générales d'entretien

1) Allocations familiales

Les allocations familiales sont versées à partir du 2^e enfant à charge résidant en France. Elles sont versées sans condition d'activité. Depuis le 1^{er} juillet 2015, le montant des allocations familiales est modulé en fonction des ressources du ménage ou de la personne ayant la charge des enfants.

2) Allocation forfaitaire

Cette prestation est servie aux familles d'au moins 3 enfants à charge qui perdent le bénéfice d'une partie des allocations familiales lorsqu'un des enfants atteint l'âge de 20 ans (soit la limite d'âge pour le versement des prestations familiales), et qu'il ne perçoit pas de revenu professionnel supérieur à 898,83 €.

Pour bénéficier de cette prestation, la famille doit ouvrir droit aux allocations familiales pour 3 enfants au moins, y compris celui qui atteint l'âge de 20 ans. L'allocation est versée au titre de l'enfant concerné pendant un an, du 1^{er} jour du mois où l'enfant atteint son 20^e anniversaire au mois qui précède son 21^e anniversaire.

Son montant est de 81,87 € au 1^{er} janvier 2016. Comme celui des allocations familiales, il est en principe divisé par 2 ou par 4 en fonction des ressources du ménage (année N-2). Toutefois, un complément dégressif peut être versé lorsque les ressources de la famille perçues au cours de l'année civile N-2 dépassent de peu le plafond de ressources applicable au foyer.

3) Complément familial

Cette prestation est attribuée sous condition de ressources aux familles ayant à leur charge au moins 3 enfants, âgés de 3 ans et plus et de moins de 21 ans. Le plafond de ressources varie en fonction du nombre d'enfants à charge et de la composition du foyer. Pour bénéficier de cette prestation en 2017, les ressources annuelles du foyer en 2015 ne devaient pas dépasser :

- 37 705 € pour un couple avec 3 enfants et un seul revenu ou
- 46 125 € si les deux membres du couple travaillent ou s'il s'agit d'un parent isolé. Si les ressources dépassent faiblement le plafond de ressources, une allocation différentielle est servie.

Le montant du complément familial est fixé à 168,52 € ou 219,13 € par mois (montants en vigueur du 1^{er} avril 2016) selon la tranche de revenus. Le montant est le même qu'il y ait 3 enfants à charge ou plus.

4) Allocation de soutien familial

Cette allocation, attribuée sans condition de ressources, est due pour tout enfant à charge âgé de moins de 20 ans, orphelin de père et/ou de mère, ou, pour tout enfant dont la filiation n'est pas légitimement établie à l'égard de l'un ou des deux parents ou, pour tout enfant dont le père ou la mère, ou les deux, se soustraient à leur obligation d'entretien. Si l'enfant exerce une activité professionnelle, sa rémunération mensuelle nette ne doit pas excéder 898,83€ par mois.

Le montant de l'allocation est égal à :

- 139,58 € lorsque l'enfant est orphelin de père et de mère, ou dans une situation assimilée;
- 104,75 € lorsque l'enfant est orphelin de père ou de mère, ou dans une situation assimilée.



B. Prestations liées à la naissance et à l'accueil de la petite enfance

Ces dernières sont regroupées dans la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

La prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) se compose :

- d'une prime à la naissance ou à l'adoption servie sous condition de ressources ;
- d'une allocation de base mensuelle versée sous condition de ressources de la naissance aux trois ans de l'enfant ou lors de l'adoption d'un enfant ;
- d'une prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) pour toute naissance ou adoption intervenue après le 1^{er} janvier 2015 ou d'un complément de libre choix d'activité (Clca) pour toute naissance ou adoption avant le 1^{er} janvier 2015, servis sous condition de durée minimum de cotisation ;
- d'un complément de libre choix du mode de garde dont le montant dépend des ressources de la famille.



1) Prime à la naissance ou à l'adoption

La prime à la naissance ou à l'adoption est versée sous conditions de ressources pour chaque naissance ou adoption d'un enfant de moins de 20 ans. Elle est égale à 923,08 € par enfant pour la prime de naissance et à 1 846,15 € par enfant pour la prime d'adoption. Elle permet de faire face aux frais liés à la naissance ou à l'adoption.

Son versement est subordonné à la justification de la passation du premier examen médical de la mère au cours des 14 premières semaines de grossesse. Le plafond de ressources varie en fonction du nombre d'enfants nés ou à naître. Il est majoré lorsque les deux membres du couple travaillent ou lorsqu'il s'agit d'une famille isolée. Au 1^{er} janvier 2016 pour un ménage avec un enfant à naître et un seul revenu, les ressources perçues en 2014 ne doivent pas dépasser 35 872 € par an, ou 45 575 € par an si les deux membres du couple travaillent ou s'il s'agit d'une personne isolée.

2) Allocation de base

L'allocation de base aide à faire face aux dépenses liées à l'entretien et à l'éducation de l'enfant. Elle suit le versement de la prime de naissance ou d'adoption. Elle est servie sous conditions de ressources (même plafond de ressources que pour

l'attribution de la prime de naissance) à partir de la date de naissance de l'enfant jusqu'au dernier jour du mois civil précédant son 3^e anniversaire. En cas d'adoption l'allocation de base est servie pendant 3 ans à compter de l'arrivée dans le foyer d'un enfant de moins de 20 ans.

Depuis le 1^{er} avril 2015, en fonction des ressources, l'allocation de base est de 184,62 € à taux plein et 92,31 € à taux partiel.

3) Prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) / Complément de libre choix d'activité (CLCA)* et Complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA)

La prestation partagée d'éducation de l'enfant (attribuée pour les enfants nés ou adoptés à compter de 2015) et le complément de libre choix d'activité (attribuée pour les enfants nés ou adoptés avant 2015), non soumis à une condition de ressources, permettent au parent de suspendre son activité professionnelle ou de la réduire afin de s'occuper de son enfant. Ces deux prestations peuvent être versées en complément de l'allocation de base si l'intéressé remplit les conditions de ressources pour pouvoir y prétendre ou indépendamment.

Elles sont servies à partir du premier enfant et sont soumises à une

condition d'activité ayant donné lieu à la validation de 8 trimestres d'assurance vieillesse durant :

- les 2 dernières années pour le 1^{er} enfant,
- les 4 dernières années pour 2 enfants,
- les 5 dernières années si l'assuré a plus de 2 enfants.

Les familles de 3 enfants au moins dont le dernier est né ou adopté avant le 1^{er} janvier 2015 et dont l'un des parents interrompt totalement son activité professionnelle pour s'occuper de l'enfant, peuvent prétendre au Complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA). Le COLCA est servi en cas de cessation totale d'activité, son montant est plus élevé que la PreParE/le CLCA, mais sa durée de versement est plus courte.

> DURÉE DE VERSEMENT

La prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) est servie pendant 6 mois pour chacun des parents pour un enfant de rang 1, 24 mois pour chacun des parents pour un enfant de rang 2 et 48 mois pour un enfant de rang 3 et plus.

Le complément de libre choix d'activité (CLCA) est servi pendant 6 mois pour un enfant de rang 1. Pour les enfants de rang 2 et plus, l'allocation est servie jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

Le COLCA est servi pendant un an.

Le montant mensuel de la PreParE/du CLCA (du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017) est fixé à :

- 390,92 € à taux plein (cessation totale d'activité) ;
- 252,71 € à taux partiel lorsque la durée du travail est inférieure ou égale à 50 %
- 145,78 € à taux partiel lorsque la durée du travail est comprise entre 50 % et 80 %.

Le montant du COLCA est égal à 638,96 € (enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} avril 2014).

Pour les enfants adoptés, le complément de libre choix d'activité est versé pendant une période minimale d'un an, même si l'enfant adopté est âgé de plus de trois ans. L'âge limite de versement est alors de 20 ans.

** Le complément de libre choix d'activité (CLCA) ne vise que les enfants nés ou adoptés avant le 1^{er} janvier 2015.*

4) Complément de libre choix du mode de garde (CMG)

Il est servi au ménage ou à la personne qui emploie directement une assistante maternelle agréée ou une garde à domicile pour assurer la garde d'un enfant âgé de moins de 6 ans, ou en cas de recours à une association ou entreprise habilitée ou

une micro-crèche. Il peut être versé en complément de l'allocation de base si l'intéressé remplit les conditions de ressources ou indépendamment de cette allocation.

Cette prestation inclut :

- la prise en charge partielle (maximum 85%) du coût de garde de l'enfant qui varie en fonction du nombre d'enfants, de leur âge et des ressources du ménage. Les plafonds de revenus sont majorés de 40% pour les personnes élevant seules leur(s) enfant(s).
- la prise en charge de tout ou partie des cotisations sociales :
 - A hauteur de 100% pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée,
 - à hauteur de 50 % dans la limite d'un plafond de cotisations (447 € par mois pour un enfant de moins de 3 ans et 224 € pour un enfant entre 3 et 6 ans) pour l'emploi d'une garde à domicile. Le complément est versé à taux plein jusqu'aux trois ans de l'enfant puis à taux réduit entre 3 et 6 ans.



C. Prestations à affectation spéciale

1) Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est servie sans condition de ressources, pour tout enfant âgé de moins de 20 ans, quel que soit son rang et atteint d'une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 80 %, ou compris entre 50 et 80 %, à condition que l'enfant bénéficie d'un placement dans un établissement d'éducation spéciale ou de soins à domicile.

L'enfant ne doit pas être placé en internat pris intégralement en charge par l'assurance maladie, par l'État ou l'aide sociale.

Le montant de base de l'allocation est de 130,12 € par mois. Les enfants atteints d'une incapacité d'au moins 80 % peuvent prétendre à un complément d'allocation dont le montant varie en fonction du besoin d'aide ou du degré du handicap. Pour déterminer le montant du complément, l'enfant est classé par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) dans une des 6 catégories existantes, déterminée au moyen d'une grille d'évaluation qui tient compte du besoin de soins de



l'enfant, du coût de ces soins, et des conséquences financières entraînées par le handicap et/ou du fait que l'un des parents réduit ou arrête son activité professionnelle pour s'occuper de l'enfant et enfin, du recours à une tierce personne rémunérée.

Les montants mensuels des compléments (du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017) sont les suivants :

- 1^{ère} catégorie : 97,59 € ;
- 2^e catégorie : 264,30 € ;
- 3^e catégorie : 374,09 € ;
- 4^e catégorie : 579,72 € ;
- 5^e catégorie : 740,90 € ;
- 6^e et dernière catégorie : montant de la majoration pour l'aide d'une tierce personne, soit 1 104,18 €.

Le bénéficiaire de l'AAEH et de son complément qui assume seule la charge effective et permanente de l'enfant handicapé a droit à une majoration dite «parent isolé ». Celle-ci est accordée lorsque l'état de l'enfant contraint le parent isolé à cesser ou à réduire son activité professionnelle, ou nécessite le recours à une tierce personne rémunérée.

En fonction des catégories, le montant de la majoration est :

- 2^e catégorie : 52,86 € ;
- 3^e catégorie : 73,19 € ;
- 4^e catégorie : 231,77 € ;
- 5^e catégorie : 296,83 € ;
- 6^e catégorie : 435,08 €.

L'AAEH est accordée pour une durée allant de 1 à 5 ans selon l'état de santé de l'enfant. Cette durée peut être

prolongée si son handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement. Les familles bénéficiaires de l'Aeeh de base ont la possibilité d'opter :

- soit pour un complément d'Aeeh,
- soit pour la prestation de compensation du handicap (Pch).

Par ailleurs, il est possible de cumuler le complément d'Aeeh avec le 3^e élément de la PCH (destiné à couvrir les dépenses supplémentaires d'aménagement du logement, du véhicule ou de transports).

Le parent isolé qui cesse ou réduit son activité ou qui embauche une tierce personne rémunérée peut prétendre à une majoration du complément de la 2^e à la 6^e catégorie (2^e catégorie : 52,81 €, 3^e catégorie : 73,12 €, 4^e catégorie : 231,54 €, 5^e catégorie : 296,53 €, 6^e catégorie : 434,64 €).

2) Allocation de rentrée scolaire

Cette allocation est servie sous conditions de ressources pour tout enfant scolarisé, âgé de 6 à 18 ans. Le montant de l'allocation varie en fonction de l'âge de l'enfant afin de se rapprocher au maximum de la dépense réellement engagée par la famille.

L'allocation est attribuée aux ménages ou aux personnes, disposant de ressources inférieures à un certain plafond (variant en fonction de la

composition de la famille et du nombre d'enfants à charge). Elle est versée en une fois au mois d'août. Si les ressources du ménage sont inférieures au plafond d'attribution, l'allocation est versée dans son intégralité. Si les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution et inférieur à un second montant fixé par décret, une allocation différentielle est alors servie.

Le montant de l'allocation au taux plein pour la rentrée 2016 était égal à :

- 363 €, pour un enfant de 6 à 10 ans
- 383,03 €, pour un enfant de 11 à 14 ans
- 396,29 €, pour un enfant de 15 à 18 ans

3) Allocation journalière de présence parentale

L'allocation journalière de présence parentale est attribuée à toute personne qui a la charge d'un enfant âgé de moins de 20 ans atteint d'une maladie, d'un handicap grave rendant indispensable une présence soutenue et des soins contraignants.

Pour bénéficier de cette allocation, l'allocataire doit ponctuellement interrompre son activité et justifier d'un congé de présence parentale auprès de son employeur. Le certificat du médecin traitant attestant de l'état de l'enfant doit être soumis au contrôle médical de la caisse d'assurance maladie dont relève l'assuré.

Le montant de l'allocation journalière est fixé à 43,01 € si l'allocataire vit en couple et 51,10 € s'il s'agit d'un parent isolé. Elle est versée pour chaque jour de congé, dans la limite de 22 par mois.

L'allocataire bénéficie d'un crédit de 310 jours de congés indemnisés sur une base journalière à prendre sur 3 ans en fonction des besoins d'accompagnement de l'enfant.

Si les ressources de la famille sont inférieures à un certain plafond, un complément pour frais (110,01 €) peut être servi sur présentation des justificatifs, lorsque le handicap ou la maladie entraîne des frais d'un montant égal ou supérieur à 110,56€ par mois.

4) Allocation de logement familiale

Cette allocation constitue une prestation familiale destinée à couvrir en partie les charges de logement supportées par les familles. Le droit à l'allocation est subordonné à des conditions tenant aux caractéristiques du logement (superficie, salubrité), au loyer et aux ressources de la famille.

5) Prime de déménagement

La prime de déménagement est attribuée sous conditions de ressources, aux familles ayant à charge

V. ASSURANCE CHÔMAGE

au moins 3 enfants et qui ouvrent droit dans leur nouveau logement aux allocations logement. Le montant de la prime de déménagement est égal aux frais réels de déménagement dans la limite de 974,90 € pour 3 enfants, plus 81,24 € par enfant supplémentaire au-delà de 3.

A noter : Les prestations familiales, à l'exception de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) sont soumises à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) au taux de 0,5 %. Le montant de cette contribution est prélevé directement par les caisses chargées du versement des prestations familiales.



Le régime d'assurance chômage résulte de négociations entre les partenaires sociaux (organisations d'employeurs et de salariés nationales et interprofessionnelles), suivies de la conclusion d'une convention.

Les pouvoirs publics entérinent ensuite la convention, si elle est conforme à la législation en vigueur. C'est cet agrément qui la rend officiellement applicable.

L'Assurance chômage s'applique en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer, ainsi qu'à Saint-Pierre et Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin, et à Monaco. Elle ne s'applique pas à Mayotte qui bénéficie d'un régime spécifique.

> ORGANISATION

Le fonctionnement du service public de l'emploi est organisé avec l'ensemble des partenaires sociaux autour de deux structures : l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNEDIC) gérée par les partenaires sociaux qui continuent à administrer le régime d'assurance chômage et fixer les modalités d'indemnisation, et l'organisme « Pôle emploi ». Le Pôle emploi a pour objectif de concentrer dans un même lieu toutes les aides pour trouver un emploi : l'accueil, l'orientation, la formation, le

placement des demandeurs d'emploi et le versement d'un revenu de remplacement.

> FINANCEMENT

Le financement du régime d'assurance chômage est assuré au moyen de cotisations assises sur le salaire dans la limite de 4 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale 13 076 € en 2017.

Depuis le 1^{er} janvier 2011, les Urssaf et caisses générales de sécurité sociale (CGSS, dans les DOM) sont, sauf exception, chargées du recouvrement, pour le compte de l'Unédic, des contributions d'assurance chômage et des cotisations AGS dues par les employeurs au titre de l'emploi de leurs salariés.

> ASSUJETTISSEMENT

Le régime s'applique à tous les salariés des entreprises entrant dans le champ d'application territorial de la convention.

> PRESTATIONS

Les prestations d'assurance chômage sont fonction, dans leur principe, dans leur montant et dans leur durée, de la durée d'assujettissement au régime et des cotisations versées.

> CONDITIONS D'ATTRIBUTION

Pour bénéficier de prestations de chômage (Allocation d'aide au retour à l'emploi ou ARE), il faut :

- une perte d'emploi involontaire (licenciement, venue à terme d'un engagement à durée déterminée ou d'un contrat de mission, rupture conventionnelle ou démission pour motif légitime),
- être physiquement apte à l'exercice d'un emploi,
- être inscrit comme demandeur d'emploi auprès du Pôle emploi et se conformer au plan personnel d'aide au retour à l'emploi,
- l'accomplissement d'actes positifs de recherche d'emploi,
- avoir travaillé au moins 122 jours ou 610 heures (4 mois) au cours des 28 derniers mois ou des 36 derniers mois pour les salariés âgés de 50 ans et plus au moment de la rupture du contrat de travail,
- ne pas avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite (60 ou 62 ans selon l'année de naissance) ou l'âge requis pour bénéficier d'une retraite à taux plein (entre 65 et 67 ans, selon l'année de naissance),
- accepter les offres raisonnables d'emploi. En cas de refus à deux offres raisonnables, le demandeur d'emploi peut être sanctionné.
- Résider sur le territoire couvert par l'Assurance chômage : France métropolitaine, DOM hors Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, principauté de Monaco.

> REVENU DE REMPLACEMENT

L'allocation journalière de l'ARE (Aide au retour à l'emploi) est calculée pour partie d'après le salaire journalier de référence (SJR). Ce salaire est constitué des rémunérations soumises à cotisations au titre des 12 mois civils précédant le dernier jour de travail payé, dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale (13 076 € par mois). Il est calculé comme suit :

SJR = Salaire de référence / Nombre de jours d'appartenance au régime (maximum 365 jours)

Le montant journalier de l'ARE est égal au montant le plus élevé entre :

- 40,4 % du SJR + une partie fixe (11,76 €)
- 57 % du SJR

Ce montant ne peut pas être inférieur à 28,67 € ni être supérieur à 75 % du SJR.

> POINT DE DÉPART ET DURÉE D'INDEMNISATION

L'indemnisation intervient au lendemain du délai d'attente et de la ou les périodes de différé.

Le délai d'attente est de 7 jours. Il s'applique lors de toute prise en charge au titre de l'assurance chômage, et s'ajoute aux éventuels :

- Différé « congés payés », calculé à partir du montant de l'indemnité

compensatrice de congés versée à la fin du contrat,

- Différé « spécifique », calculé en fonction des indemnités de rupture extra-légales (supérieures au minimum légal) versées à la rupture du contrat de travail (plafonné en général à 180 jours, 75 jours dans le cadre d'un licenciement économique).

La durée de versement de l'allocation repose sur le principe « un jour travaillé est égal à un jour indemnisé ».

Elle est au minimum de 122 jours (4 mois) et au maximum de 730 jours (24 mois) si le salarié privé d'emploi est âgé de moins de 50 ans ou 1.095 jours (36 mois) s'il est âgé de plus de 50 ans.

> MESURES D'INCITATION À LA REPRISE D'EMPLOI

La convention du 14 mai 2014 sur l'indemnisation du chômage a mis en place des mesures qui encouragent les demandeurs d'emploi à reprendre une activité, même de courte durée. Elles sont applicables depuis le 1^{er} octobre 2014.

> DROITS RECHARGEABLES

Ce dispositif permet à un demandeur d'emploi indemnisé de reprendre une ou plusieurs activités dont la durée totale est supérieure ou égale à 150 heures, sans perdre les droits qu'il avait acquis au moment de sa première demande d'indemnisation. Il peut ainsi cumuler les nouveaux

droits issus d'une courte période d'activité avec ceux qui n'avaient pas été utilisés au moment de son retour à l'emploi.

> CUMUL SALAIRE ET ALLOCATION DE CHÔMAGE

Cette possibilité existait déjà avant la convention de mai 2014, mais les modalités ont été modifiées. Désormais, le cumul est possible à la seule condition que le montant total du salaire et de l'indemnité de chômage ne dépasse pas le salaire moyen brut perçu avant l'inscription comme demandeur d'emploi.

Pour un mois donné, les allocations versées en cas de cumul sont calculées comme suit :

Allocations versées au cours du mois
= Allocations qui seraient dues sans activité - 70% du salaire mensuel brut issu de la nouvelle activité.

Prestation familiales

Prestations familiales du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017
avant la retenue opérée au titre de la CRDS (0,5%)

Type de prestations	Montant mensuel	% de la BMAF **	Soumis à conditions de ressources	Soumis à la CRDS
Allocations familiales				
- deux enfants	130,12 € *	32 %	non	oui
- trois enfants	296,83 € *	73 %	non	oui
- pour chaque enfant en plus	166,72 € *	41 %	non	oui
enfants nés avant le 01/05/97 - majoration plus de 16 ans	65,06 € *	16 %	non	oui
enfants nés après le 30/04/97 - majoration plus de 14 ans	65,06 € *	16 %	non	oui
Allocation forfaitaire	82,28 € *	20,234 %	non	oui
Complément familial				
- montant de base	169,36 €	41,65 %	oui	oui
- montant majoré	220,23 €	54,16 %	oui	oui
Allocation de soutien familial				
- taux plein	140,28 €	34,50 %	non	oui
- taux partiel	105,27 €	25,89 %	non	oui
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé				
- de base	130,12 €	32 %	non	non
- complément 1 ^{re} catégorie	97,59 €	24 %	non	non
- complément 2 ^e catégorie	264,30 €	65 %	non	non
majoration pour parent isolé	52,86 €	13 %		
- complément 3 ^e catégorie	374,09 €	92 %	non	non
majoration pour parent isolé	73,19 €	18 %		
- complément 4 ^e catégorie	579,72 €	142,57 %	non	non
majoration pour parent isolé	231,77 €	57 %		
- complément 5 ^e catégorie	740,90 €	182,21 %	non	non
majoration pour parent isolé	296,83 €	73 %		
- complément 6 ^e catégorie	1104,18 €	-	non	non
majoration pour parent isolé	435,08 €	107 %		

Prestations familiales du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017
avant la retenue opérée au titre de la CRDS (0,5%)

Type de prestations	Montant mensuel	% de la BMAF **	Soumis à conditions de ressources	Soumis à la CRDS
Allocation journalière de présence parentale (AJPP)				
- couple	43,22 €	10,63 %	non	oui
- personne seule	51,36 €	12,63 %	non	oui
complément pour frais (montant par mois)	110,56 €	27,19 %	oui	oui
Prestations d'accueil du jeune enfant (PAJE)				
- Prime de naissance	927,71 €	-	oui	oui
- Prime d'adoption	1 855,42 €	-	oui	oui
- Allocation de base				
. taux plein	185,54 €	-	oui	oui
. taux partiel	92,77 €	-	oui	oui
- Complément de libre choix d'activité et Prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) (enfant né ou adopté avant le 1 ^{er} avril 2014)				
<i>En cas de non perception de l'allocation de base</i>				
. taux plein	579,72 €	142,57 %	non	oui
. taux partiel (activité < à 50%)	440,82 €	108,41 %	non	oui
. taux partiel (activité entre 50 et 80 %)	333,35 €	81,98 %	non	oui
<i>En cas de perception de l'allocation de base</i>				
. taux plein	392,88 €	96,62 %	non	oui
. taux partiel (activité < à 50%)	253,97 €	62,46 %	non	oui
. taux partiel (activité entre 50 et 80 %)	146,51 €	36,03 %	non	oui
<i>(enfant né ou adopté à compter du 1^{er} avril 2014)</i>				
. taux plein	392,88 €	96,62 %	non	oui
. taux partiel (activité < à 50%)	253,97 €	62,46 %	non	oui
. taux partiel (activité entre 50 et 80 %)	146,51 €	36,03 %	non	oui

Prestations familiales du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017
avant la retenue opérée au titre de la CRDS (0,5%)

Type de prestations	Montant mensuel	% de la BMAF **	Soumis à conditions de ressources	Soumis à la CRDS
Complément du libre choix du mode de garde (enfant né ou adopté à compter du 1 ^{er} avril 2014)				
Emploi direct				
. si revenus < 20 509 €	463,71 €	114,04 %	oui	oui
. si revenus entre 20 509 et 45 575 €	292,40 €	71,91 %	oui	oui
. si revenus > 45 575 €	175,42 €	43,14 %	non	oui
Association ou entreprise				
- assistante maternelle				
. si revenus < 20 509 €	701,70 €	172,57 %	oui	oui
. si revenus entre 20 509 et 45 575 €	584,76 €	143,81 %	oui	oui
. si revenus > 45 575 €	467,82 €	115,05 %	non	oui
- garde à domicile				
. si revenus < 20 509 €	847,92 €	208,53 %	oui	oui
. si revenus entre 20 509 et 45 575 €	730,94 €	179,76 %	oui	oui
. si revenus > 45 575 €	614,00 €	151 %	non	oui
Allocation de rentrée scolaire (ARS)***				
Si revenus < 24 404 € avec un enfant / ou < 30 036 € avec 2 enfants ou < 35 668 € avec 3 enfants / ou < 41 300 € avec 4 enfants				
par enfant de 6 à 10 ans	364,82 €	89,72 %	oui	oui
par enfant de 11 à 14 ans	384,95 €	94,67 %	oui	oui
par enfant de 15 à 18 ans	398,28 €	97,95 %	oui	oui
Prime de déménagement (versée en une seule fois) Maximum pour trois enfants				
	975,89 €	240 %	oui	non

* Une modulation du montant des allocations familiales en fonction des ressources du ménage ou de la personne ayant la charge des enfants est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2015. Les montants indiqués concernent les familles dont les ressources annuelles (année N-2) sont inférieures ou égales à 67 408 € (pour une famille avec 2 enfants), 73 025 € (pour une famille avec 3 enfants), 78 642 € (pour une famille avec 4 enfants) + 5 617 € par enfant supplémentaire (pour une famille avec plus de 4 enfants). Pour les familles dont les ressources annuelles excèdent ces montants, les prestations familiales sont divisées par 2 ou 4 selon la tranche de revenus. Toutefois, un complément dégressif peut être versé lorsque les ressources perçues au cours de l'année civile N-2 dépassent de peu le plafond de ressources applicable au foyer.

** La base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF) est fixée par décret. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, elle est revalorisée au 1^{er} avril de chaque année. A compter du 1^{er} avril 2016, elle est fixée à 406,62 €.

*** Plafonds applicables pour la rentrée scolaire 2016. Les revenus pris en compte sont ceux de l'année 2014.

Sources :

- *Circulaire interministérielle DSS/SD2B/2015/371 du 18 décembre 2015 relative à la revalorisation au 1^{er} janvier 2016 des plafonds de ressources d'attribution de certaines prestations familiales servies en métropole*
- *Circulaire interministérielle n° DSS/SD2B/2016/77 du 15 mars 2016 relative à la revalorisation des prestations familiales servies en métropole, au 1^{er} avril 2016.*
- *Décret n° 2015-611 du 3 juin 2015 relatif au barème des allocations familiales, de la majoration pour âge et de l'allocation forfaitaire.*

Taux et plafonds de cotisations de sécurité sociale et de chômage

Au 1^{er} Janvier 2017

Risques	Part salariale		Part patronale	
	Plafond par mois	Taux	Plafond par mois	Taux
Sécurité sociale				
Assurance maladie, maternité, invalidité, décès	totalité du salaire	0,75%	totalité du salaire	12,89%
Contribution solidarité autonomie (CSA)	-	-	totalité du salaire	0,3%
Assurance vieillesse (plafonnée)	3 269 €	6,90%	3 269 €	8,55%
Assurance vieillesse	totalité du salaire	0,4%	totalité du salaire	1,9%
Accidents du travail	-	-	totalité du salaire	variable selon la taille et les risques de l'entreprise
Cotisation pénibilité de base ¹	-	-	totalité du salaire	0,01 %
Allocations familiales ²	-	-	totalité du salaire	5,25% ou 3,45%
Contribution sociale généralisée ³	98,25% du salaire brut	7,5%	-	-
Contribution pour le remboursement de la dette sociale CRDS ³	98,25% du salaire brut	0,5%	-	-
Chômage ⁴	13 076 €	2,4%	13 076 €	4%
AGS ⁵	13 076 €	-	13 076 €	0,2%

Risques	Part salariale		Part patronale	
	Plafond par mois	Taux	Plafond par mois	Taux
Retraites complémentaires ⁶				
Non cadres (ARRCO)				
- Tranche 1	3 269 €	3,1%	3 269 €	4,65%
AGFF tranche 1	3 269 €	0,8%	3 269 €	1,2%
- Tranche 2	de 3 269 à 9 807 €	8,1%	de 3 269 à 9 807 €	12,15%
AGFF tranche 2	de 3 269 à 9 807 €	0,9%	de 3 269 à 9 807 €	1,3%
Cadres (AGIRC)				
- Tranche A	3 269 €	3,1%	3 269 €	4,65%
- Tranche B et C	de 3 269 à 26 152 €	7,80%	de 3 269 à 26 152 €	12,75%
AGFF tranches B et C	de 3 269 à 26 152 €	0,9%	de 3 269 à 26 152 €	1,3%

1. La cotisation pénibilité de base est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Elle est due par tous les employeurs au titre de leurs salariés, qu'ils soient exposés ou non à des facteurs de pénibilité, et s'ils le sont, quel que soit leur degré d'exposition. Des cotisations additionnelles sont dues par l'employeur pour leurs salariés dont l'exposition à certains facteurs de pénibilité dépasse les seuils fixés.

2. Depuis le 1^{er} janvier 2015, il existe un deuxième taux de cotisations d'allocations familiales de 3,45%, applicable aux entreprises entrant dans le champ de la réduction dite «Fillon» et pour les seuls salaires inférieurs à 1,6 SMIC. Depuis le 1^{er} avril 2016, ce taux de 3,45% s'applique également aux rémunérations annuelles inférieures ou égales à 3,5 SMIC.

3. Les personnes qui sont affiliées au régime français mais qui ne sont pas domiciliées fiscalement en France ne sont pas soumises au paiement de la CSG et de la CRDS. Par contre, elles sont redevables d'une cotisation d'assurance maladie, part salariale, au taux de 5,5 % sur la totalité du salaire. La CSG et la CRDS aux taux respectifs de 6,2% et 0,5% sont également prélevées sur les revenus de remplacement (Indemnités journalières, allocations de chômage, etc.).

4. Le plafond appliqué correspond à 4 plafonds mensuels de la sécurité sociale (4 x 3.269 €). Modulation du taux de cotisation d'assurance chômage depuis le 1^{er} juillet 2013 : majoration de la contribution patronale due au titre de certains contrats à durée déterminée ; exonération temporaire de la part patronale pour l'embauche de salariés de moins de 26 ans en contrat à durée indéterminée.

5. AGS : association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés. Exclusivement due par l'employeur, elle finance le régime de garantie des salaires qui permet, en cas de redressement ou liquidation judiciaire d'assurer le versement des rémunérations, préavis et indemnités des salariés.

6. Retraites complémentaires : Le taux d'appel des cotisations (125%) génère un surplus de cotisations sans augmenter le droit à la retraite. Les points sont calculés à partir du taux contractuel. Pour une cotisation patronale et salariale de 7,63% seuls 6,10% sont pris en compte pour calculer les points de retraite du salarié. Le reste contribue au financement du régime. La cotisation AGFF (Association pour la gestion du fonds de financement Agirc et Arrco) sert à financer les pensions des personnes parties en retraite avec le taux plein avant 65/67 ans. Elle ne donne pas de points. A côté de ces cotisations de retraites complémentaires, d'autres cotisations sont versées qui ne génèrent pas non plus de point. Il s'agit de :

- La contribution exceptionnelle et temporaire (CET) qui est une cotisation de solidarité mise en place par le régime AGIRC. Elle s'élève à 0,35% (0,22% à la charge de l'employeur et 0,13% à la charge du salarié qui cotise à l'AGIRC). Elle est versée sur la totalité de la rémunération dans la limite de 8 plafonds de sécurité sociale.
- La contribution APEC : Les caisses Agirc recouvrent pour le compte de l'Association pour l'emploi des cadres (APEC) les cotisations qui permettent à cette dernière de fonctionner. Les cotisations sont prélevées sur la totalité des rémunérations des cadres, dans la limite de 4 fois le plafond de la Sécurité sociale.

