GROUPE vyv

PROTECTION sociale 2019

Pour mieux comprendre
et faire les bons choix

SOMMAIRE

LES FONDAMENTAUX DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. La Sécurité sociale, c'est quoi ? 6
2. Qu'est-ce qu'un salarié ? 7
3. Prélèvements sociaux et prélèvement à la source : quel est le rôle de l'employeur ? 8
4. Contrôle Urssaf : les principaux points litigieux 10

COUVERTURE SANTÉ

5. Le point sur la maîtrise des dépenses 12
6. Qui a droit à une couverture santé ? 14
7. Quels sont les soins couverts par l'assurance maladie ? 15
8. Généralisation de la « complémentaire santé » ? 16
9. Qu'est-ce qu'un contrat responsable ? 17
10. Qui bénéficie d'une aide à la couverture complémentaire ? 18
11. Comment le salarié malade est-il indemnisé ? 19

MALADIE

12. Comment s'effectue le contrôle médical ? 20
13. Quelles sont les règles pour le temps partiel thérapeutique ? 21

MATERNITÉ, PATERNITÉ

14. Quelle protection pendant le congé de maternité ? 22
15. Comment la salariée est-elle indemnisée ? 24

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

16. Un régime toujours en évolution 25
17. Qu'est-ce qu'un accident de travail ? 26
18. Sécurité et santé du salarié : quelle obligation pour l'employeur ? 28
19. Formalités lors d'un accident du travail 29
20. Le coût réel d'un accident de travail pour l'entreprise 30
21. Réparation en cas de faute inexcusable de l'employeur : quels préjudices ? 31
22. Qu'est-ce qu'une maladie professionnelle ? 32
23. Suivi d'une procédure de reconnaissance d'accident de travail 33

INVALIDITÉ - HANDICAP

24. Notion d'invalidité 34
25. Emploi et personnes handicapées 35
26. Soutien aux salariés aidants 36

PRESTATIONS FAMILIALES

27. Une solidarité renforcée 37
28. Prestations sans conditions de ressources 38
29. Prestations sous conditions de ressources 39
30. Prestations pour concilier vie familiale et vie professionnelle 40

RETRAITE

31. Une protection à trois étages 41
32. Principe d'égalité de traitement 42
33. Calcul et montant de la retraite 43
34. Financement des retraites et recul de l'âge légal 45
35. Formalités et versement de la pension 47
36. Départ avant l'âge légal 48
37. Emploi des seniors 50
38. Les régimes complémentaires : quelles évolutions ? 52
39. Régimes supplémentaires : quelle place pour les compléments de retraite ? 54
40. Épargne salariale 55
41. Remise en cause des « niches sociales » et avantages de retraite 56

DÉCÈS – VEUVAGE

42. Droits à réversion 57
43. Capital décès, frais funéraires et rentes 58

PROCÉDURES PARTICULIÈRES

44. Protection sociale du salarié expatrié 59
45. Contester une décision de la sécurité sociale 60
46. Responsabilité des organismes de sécurité sociale 62
47. Délai de prescription et demande de remboursement 63
48. Chômage : protection sociale et portabilité 64

Un guide pour comprendre et faire les bons choix

L'annonce récente d'un budget de sécurité sociale à l'équilibre pour 2019 ne doit pas masquer les réalités : l'équation entre le financement de la protection sociale, les économies à réaliser et les droits sociaux (santé, retraite…) reste complexe à résoudre.

Rappelons notamment que la protection sociale dans son ensemble ne se limite pas à la sécurité sociale au sens strict. Et si l'État est décideur pour nombre de risques, les bouleversements apportés dans les régimes de retraite complémentaire démontrent également l'exercice d'équilibriste auquel se livrent les partenaires sociaux.

Concernant la retraite, l'heure a sonné. Alors qu'une concertation avec les syndicats sur les contours de la future réforme des retraites s'engage, dès le 1er janvier 2019, le régime de retraite complémentaire connaît des modifications majeures.

Un régime « unifié » (regroupant Agirc- Arrco) voit le jour. Trait marquant : un système de « bonus – malus » s'applique aux personnes qui font liquider leur retraite complémentaire, à l'âge légal (en principe 62 ans) et ce, même si elles ont acquis tous leurs trimestres dans le régime de base. Elles se trouvent pénalisées (à quelques exceptions près) tandis que celles qui reportent leur départ d'un an ne le sont pas. Objectif annoncé lors de la négociation de l'Accord National Interprofessionnel en 2015 : inciter à décaler, de fait, le départ en retraite. Les partenaires sociaux vont étudier le comportement des salariés (dixit l'ANI du 30 octobre 2015) et prendront d'autres mesures si nécessaire.

Pour la future réforme des retraites, il est envisagé globalement de créer un système par points.

Les leviers tels que recul de l'âge, niveau de pension, taux de cotisations ayant tous été utilisés, la piste qui consisterait à agir indirectement sur le choix de la date de départ, à l'instar de ce qui se fait dans le régime complémentaire des salariés du privé, retient bien évidemment l'attention : l'introduction d'une décote temporaire, découlant d'une deuxième borne d'âge (sans toucher à l'âge légal) et dénommé « âge-pivot » (63 ans), n'est pas à exclure.

D'autant que le Conseil d'orientation des retraites estime que l'âge moyen de départ permettant de maintenir à flot le système, qui est de 62 ans aujourd'hui, sera supérieur à 63 ans dès 2025, et à 64 ans en 2035 (avec 1,5 % de croissance des revenus d'activité).

La DREES a, quant à elle, apporté des précisions dans une étude « Les retraités et les retraites », publiée en 2018. Se basant sur des chiffres de fin 2016, tous régimes confondus, elle indique que la pension moyenne des hommes est de 1891 euros et celle des femmes de 1091 euros.

Président, directeur de la publication : François Grandidier **Éditeur délégué :** François Grandidier **Rédaction :** Lisiane Fricotté **Publicité :** Directrice de Publicité : Anne Mallet **Conception graphique :** Pixel Image **Éditeur :** SNC Social RH Publications, une filiale d'INFO6TM au capital de 1000 € Cedex 189 Tour Maine Montparnasse 33, avenue du Maine 75015 PARIS RCS Paris 815 380 498 **Imprimeur :** SOCOSPRINT 88000 Epinal Dépôt légal : décembre 2018

10-31-1260 / **Certifié PEFC** / Ce produit est issu de forêts gérées durablement et de sources contrôlées. / pefc-france.org

La question des retraites sera inévitablement corrélée à d'autres thèmes : santé, conditions de travail, égalité professionnelle etc... Se posera aussi celle du complément de retraite (avec des évolutions prévues sur l'épargne salariale et les régimes de retraite supplémentaire dans la loi Pacte).

Dès maintenant, l'entreprise est ainsi confrontée à toutes ces modifications qui impactent l'environnement juridique, professionnel.

Première interrogation : quel sera le choix des salariés ? Partiront-ils à l'âge légal, quitte à supporter une décote provisoire pour leur retraite complémentaire, ou préfèreront-ils attendre un an de plus pour neutraliser cette décote ? Les enjeux en terme de gestion de ressources humaines ne se feront pas attendre : dès le 1er janvier 2019, les effets de la réforme se feront sentir.

Deuxième interrogation sur les conséquences de la « fusion » et de la disparition de la distinction entre régime des cadres et des non cadres : faudra-t-il passer par une redéfinition des « catégories objectives » de salariés dans le domaine de la prévoyance complémentaire et retraite supplémentaire ? Pour l'instant, l'administration ne s'est pas positionnée. Dans l'immédiat, il semble envisageable de continuer à se référer aux anciennes catégories (cadres – non cadres). C'est en tout cas acté pour les garanties décès obligatoires (cadres), en l'absence de négociation interprofessionnelle nationale aboutie sur la définition de l'encadrement (Accord du 17 novembre 2017).

Un autre sujet fait l'objet d'examen dans le cadre de la loi de financement de sécurité sociale et influencera le domaine de la santé. La généralisation de la complémentaire santé (via l'assurance collective) et les aides à l'acquisition d'une complémentaire santé n'ont pas suffi à régler définitivement la question des « restes à charge » dans les domaines de l'optique, des prothèses dentaires et auditives. Une nouvelle fois, le « panier de soins » va être réexaminé, avec à la clé le positionnement des complémentaires et un contenu des contrats responsables qui pourrait être à réajuster.

Les autres domaines comme les accidents du travail, la famille, le handicap ne sont pas épargnés par les nouveautés.

Un rapport intitulé « santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée » (C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, avec l'appui de H. Lanouzière) va alimenter de futures réunions avec les partenaires sociaux.

Quelles formes prendront les incitations à s'engager plus fortement dans une culture de la prévention et à prendre en compte la qualité de vie au travail ? Des questionnements qui ne semblent pas totalement nouveaux mais toujours d'actualité. De même que les thèmes liés à la conciliation vie familiale et vie professionnelle ou la place du salarié handicapé.

Enfin, quelques éléments de réponse ont été apportés ces dernières années aux enjeux humains concernant le soutien aux aidants salariés, par le biais du congé de proche aidant ou du don de congés. Mais une loi est attendue pour réformer la prise en charge de la dépendance.

Pour prendre en compte la complexité de la réglementation et apporter une certaine sécurité juridique, la loi du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance, multiplie les signaux et tente d'apporter aussi de la souplesse dans les relations avec l'administration sociale et/ou fiscale : procédure de rescrit étendu à Pôle emploi, droit à l'erreur, médiation.

Un « vœu » qu'il faudra conjuguer avec la multiplication des réformes.

Au moment où l'employeur devient « collecteur » de l'impôt sur le revenu et que de grands « chantiers » se poursuivent, la régulation des relations apparaît plus que jamais nécessaire.

1. La Sécurité sociale, c'est quoi ?

Universalité, uniformité, unicité : tels étaient les principes définis à l'origine (1945). Ainsi, il devait être créé un régime unique pour tous, chaque assuré percevant une prestation identique. En réalité, il n'a jamais été mis en place. La question resurgit via les réformes comme celle du régime social des indépendants ou la future réforme des retraites

Un régime pas si universel

De nombreux obstacles ont empêché la mise en place d'un véritable régime universel, identique pour tous.

Il existait déjà des régimes pour certaines catégories professionnelles qui craignaient de perdre leurs avantages en s'intégrant dans un régime unique ; par ailleurs les non-salariés ne souhaitaient pas, par esprit corporatiste, relever du même régime que les salariés.

Ces résistances ont conduit à une juxtaposition de régimes obligatoires qui couvrent l'ensemble de la population : régime général, régime agricole, régime des non-salariés, régimes spéciaux, fonction publique.

Au fil des ans, nombre de ces régimes se sont « alignés » sur le régime général, tant pour ce qui concerne leurs cotisations que pour leurs prestations. 2018 a marqué une étape : la **protection sociale des travailleurs indépendants** – auparavant gérée par le Régime Social des Indépendants (RSI) – **a été confiée au régime général de la Sécurité sociale.** Une **période transitoire de deux ans** est prévue afin d'intégrer progressivement la gestion de la Sécurité sociale des travailleurs indépendants au sein du régime général. Pendant cette période, les agences de sécurité sociale pour les indépendants (anciennes caisses régionales RSI) interviennent pour le compte du régime général auprès des travailleurs indépendants.

Les risques couverts

Le système de sécurité sociale a pour objectif de faire prendre en charge par la collectivité des aléas touchant l'individu.

Ces risques conduisent à une diminution de ses revenus, voire même à une absence de revenu (maladie par exemple) ou à un accroissement des charges (famille). Le chômage, en revanche, n'a pas été intégré dans le système de sécurité sociale à proprement parler, puisque ce risque pesait peu lors de la création du système (voir fiche 48). La création d'un « service public de l'emploi » est à l'ordre du jour.

C'est ainsi que la Sécurité sociale, au sens strict, comprend aujourd'hui : l'assurance maladie maternité, paternité, la couverture en cas d'accidents du travail et de maladie professionnelle, l'assurance vieillesse, le décès-veuvage, les prestations familiales.

Le risque dépendance est pris en charge de manière distincte. La création d'un « 5e risque » rattachée à la Sécurité sociale est encore en débat.

Des organismes

Ces risques étant gérés par des caisses créées spécifiquement, le terme a fini par désigner aussi les organismes eux-mêmes. N'entend-on pas dire « la Sécurité sociale m'a envoyé ce document » ? Mais derrière le terme « sécurité sociale » se cache une disparité de situations et d'institutions : les caisses nationales, qui ont une mission de contrôle de l'ensemble des caisses de base, et les caisses locales, qui sont les principaux interlocuteurs des assurés (caisses primaires d'assurance maladie, caisses d'assurance retraite et de santé, caisses d'allocations familiales).

Lexique

Contributive (non) : une prestation est dite contributive lorsqu'elle est versée en contrepartie de cotisations ; à l'inverse, les prestations non contributives correspondent à des prestations relevant d'un mécanisme de solidarité et non pas d'assurance.

Assujettissement : c'est le fait de relever d'un régime de protection sociale. En principe, une personne qui est régulièrement inscrite à des organismes de protection sociale ne peut voir son statut remis en cause rétroactivement, sauf fraude.

2. Qu'est-ce qu'un salarié ?

Relève du régime général toute personne exerçant une activité salariée. Cette notion est très extensive.

Le critère du lien de subordination

Pour déterminer la qualité de salarié, les juges s'attachent aux conditions précises d'exercice de l'activité. Ils recherchent si l'intéressé est placé dans un lien de subordination, c'est-à-dire exécute le travail sous l'autorité d'un employeur qui a le pouvoir de donner des ordres et des directives, d'en contrôler l'exécution et de sanctionner le manquement de son subordonné (*Cass. soc., 13 novembre 1996, n° 94-13187 ; Cass. soc. 25 juin 2013 n° 12-17.660 et 12-13.968*).

Les salariés par assimilation

Les journalistes professionnels, les travailleurs à domicile, les VRP sont considérés sous certaines conditions comme des salariés sans qu'il soit nécessaire de démontrer l'existence d'un lien de subordination. D'autres catégories professionnelles sont également expressément visées par les textes (*CSS, art. L. 311-3*). Il s'agit notamment des employés d'hôtel, cafés restaurants, de certains artistes du spectacle (tels que les musiciens, les acteurs répondant à la définition du Code du travail), les mannequins, les vendeurs à domicile...

Mandat social et salariat

Les dirigeants de société sont des mandataires sociaux et ne peuvent relever du régime général de la Sécurité sociale, sauf :

→ s'ils cumulent leur mandat social avec une activité salariée complètement distincte ; dans ce cas, ils relèvent du régime général uniquement pour leur activité salariée ;

→ s'ils sont expressément visés par les textes : par exemple, PDG de SA ou gérants minoritaires ou égalitaires rémunérés. Dans ce cas, bien que salariés par assimilation du point de vue de la Sécurité sociale, ils ne relèvent pas du régime d'assurance chômage des salariés.

L'employeur peut demander à Pôle emploi de se prononcer sur l'assujettissement à l'assurance chômage d'un mandataire social (*Loi du 10 août 2018 ; C. trav. art. L. 5312-12-2*).

Quelles frontières entre non-salariat et salariat ?

Une présomption de non-salariat est établie en cas d'immatriculation (*C. trav. art. L. 8221-6*) :

→ au registre du commerce et des sociétés ;

→ ou au répertoire des métiers ;

→ ou auprès de l'Urssaf comme travailleur indépendant.

De manière générale, la requalification d'une relation de travail reste possible dès lors que ces personnes fournissent directement ou par une personne interposée des prestations à un donneur d'ouvrage dans des conditions qui les placent dans un lien de subordination juridique permanente à l'égard de celui-ci.

C'est le cas pour des personnes exerçant une activité sous le statut de « micro-entrepreneurs » (ex « auto entrepreneurs ») et qui répondent, en réalité, aux critères de relation salariale, caractérisée par un lien de subordination. Selon le contexte de l'affaire, l'Urssaf peut y détecter une forme de travail dissimulé (*Cass. Crim. 15 décembre. 2015, n° 14-85.638*). Des condamnations pénales peuvent alors être prononcées (*Cass. crim. 25 octobre 2016 n° 15-83.680*).

Le statut des personnes ayant une activité via les plateformes de mise en relation entre usagers et travailleurs (type Uber) est aussi dans le viseur des Urssaf et des litiges sont en cours (*notamment Conseil des prud'hommes Paris, 20 déc. 2016 n° 14/16389*)

3. Prélèvements sociaux et prélèvement à la source : quel est le rôle de l'employeur ?

L'employeur est responsable du versement des cotisations de sécurité sociale mais également de taxes, contributions, versées à l'Urssaf, destinées à financer la Sécurité sociale ou bien encore le logement, le transport. À partir du 1er janvier 2019, il doit également procéder au prélèvement à la source de l'impôt.

Des prélèvements étendus à tous les revenus

Lors de la création du système (en 1945), la protection sociale était principalement financée par les cotisations de sécurité sociale (maladie, vieillesse, accident du travail, famille). Ce financement étant insuffisant, d'autres prélèvements ont vu le jour. Ainsi, l'employeur doit prélever la CSG et la CRDS (depuis 1991). L'assiette de la CSG est plus large que celle des cotisations et donc son « rendement » plus intéressant : la CSG et la CRDS s'appliquent aux contributions patronales de prévoyance et retraite supplémentaire, aux revenus d'épargne salariale etc...
Outre les revenus d'activité, elle concerne les revenus de remplacement, les revenus non salariaux, les produits de placement et les revenus du patrimoine.

Transfert de cotisation sur la CSG

La CSG a été relevée à 9,2 % (au lieu de 7,5 %) sur une base égale à 98,25 % des revenus (sur la totalité pour certains avantages). Ce relèvement s'est accompagné d'une suppression de la cotisation salariale d'assurance maladie et d'assurance chômage.
La CRDS, versée à l'Urssaf est destinée à rembourser la dette sociale. Sont soumis à la CRDS les revenus déjà soumis à la CSG. Le taux est de 0,5 %.

Forfait social

Ce forfait, à la charge de l'employeur, est prélevé (sauf exceptions) sur les sommes exclues de l'assiette des cotisations mais soumises à CSG et CRDS.
Concernant le forfait applicable aux contributions aux régimes de prévoyance, notons qu'il s'applique dans les entreprises de 11 salariés et plus. Le taux est de 20 %.
Un taux réduit de 8 % s'applique pour les contributions patronales au régime de prévoyance.
Voir aussi fiche 40 pour l'épargne salariale.

Taxe sur certains régimes de retraite

Les contributions des employeurs servant à financer des régimes de retraite dits « à prestations définies » sont assujetties à une taxe spécifique **(voir fiche 41)**.

Contribution de 0,3 %

Une contribution égale à 0,3 % des salaires versés a été instituée par la loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées.

Contribution sur les indemnités de mise à la retraite

Une contribution à la charge de l'employeur est versée sur les indemnités versées et ce, quel que soit l'âge du salarié mis à la retraite. Le taux est de 50 %.

À savoir

À quoi servent le Fnal et le versement transport ?
À la charge de l'employeur, ces 2 contributions servent à financer :
- le Fonds national d'aide au logement : tous les employeurs en sont redevables, à un taux variant selon l'effectif ;
- le versement transport : il est dû par les entreprises de 11 salariés et plus ; le taux est fixé par l'autorité organisatrice des transports et donc variable selon la zone géographique.

Pénalités

Une pénalité est également à la charge des entreprises qui ne respectent pas leurs obligations de négociation (sur la prévention à l'exposition des risques, sur les salaires, sur l'égalité professionnelle femmes -hommes) (*C. trav. art. L. 4162-4 , L. 2242-7, L. 2242-8*).

Prélèvement à la source (PAS)

Quelle responsabilité pour l'employeur ?

À partir de janvier 2019, l'employeur devient « collecteur » de l'impôt sur le revenu pour ses salariés. Les opérations s'effectueront via la DSN (déclaration sociale nominative). À cet effet les bulletins de paie sont adaptés pour faire apparaître le « net » avant prélèvement de l'impôt.

En aucun cas, l'employeur ne doit se substituer à l'administration fiscale. Il doit, par ailleurs, respecter les règles de confidentialité vis-à-vis du salarié. Il n'est pas en droit de demander des précisions au regard du taux de prélèvement qui est appliqué (taux transmis par l'administration fiscale). Si des « revenus exceptionnels » ont été versés en 2018, il n'appartient pas à l'employeur de les qualifier pour déterminer s'ils seront imposables ou non. Éventuellement, il peut faire un rescrit fiscal.

Configuration du bulletin de paie

Les libellés, l'ordre et le regroupement des informations figurant sur le bulletin de paie sont fixés par arrêté (*Arrêté du 9 mai 2018, JO 12 mai*).

Doivent apparaître (en caractère plus grand, précise l'arrêté) le net à payer avant impôt ainsi que l'évolution de la rémunération liée à la suppression de la cotisation salariale d'assurance maladie et d'assurance chômage.

D'autres allègements entreront en application en 2019 (notamment une exonération sur les heures supplémentaires – *projet de loi de financement de sécurité sociale pour 2019*) et des aménagements du bulletin de paie seront à apporter.

Lexique

CIMR : crédit d'impôt de modernisation du recouvrement. Ce terme vise un mécanisme mis en place pour éviter le poids de deux impositions en 2019. Toutefois, des « revenus exceptionnels » sont exclus de ce mécanisme (la liste est diffusée par l'administration fiscale – voir impôt.gouv.fr).

Taux neutre : il s'agit du taux appliqué par défaut si l'administration fiscale n'est pas en mesure de déterminer le taux d'imposition ou si le salarié a opté pour l'application de ce taux.

4. Contrôle Urssaf : les principaux points litigieux

Le contrôle sur l'application de la réglementation en matière de cotisations tient une place importante mais des dispositifs permettent de sécuriser la situation en amont. Dans certains cas précis, il est possible de faire valoir un droit à l'erreur.

Principe

Toutes les sommes, avantages et accessoires en nature ou en argent, qui y sont associés, dus en contrepartie ou à l'occasion du travail sont considérés comme des revenus d'activité et soumis à cotisations *(CSS, art. L. 242-1, L. 136-1-1 ; Ordonnance n° 2018-474 du 12 juin 2018)*.

Des sommes sont exclues de l'assiette des cotisations si certaines conditions sont bien remplies. Dans ce cas, le contrôle permet de vérifier si les circonstances dans lesquelles l'avantage est attribué ou la prise en charge effectuée est conforme aux textes.

Le contrôle sur les frais professionnels et avantages en nature

Parmi les anomalies constatées dans le cadre de contrôle figure celle relative aux frais professionnels. L'employeur doit être très rigoureux et exiger des salariés des notes, attestations, chaque fois que nécessaire, et contrôler régulièrement les situations. C'est le cas, par exemple, pour les frais de déplacement, les frais de transport.

À savoir

Une expérimentation est menée dans les entreprises de moins de 20 salariés : la durée de contrôle Urssaf est limitée à 3 mois, avec une possibilité de prorogation de 3 mois (*Loi pour un État au service d'une société de confiance du 10 août 2018 ; CSS, art. L. 243-13*).

Et plus spécifiquement, une autre expérimentation est menée dans les Hauts-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes, pour limiter la durée totale des contrôles administratifs : 9 mois sur une période de 3 ans (*Loi du 10 août 2018*).

Régime de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire : les contributions patronales à la loupe

Pour bénéficier des exonérations sociales, les contributions patronales doivent financer des garanties ayant un caractère obligatoire et bénéficiant à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs (*CSS, art. L. 242-1 ; R. 242-1 et s*) **(sur l'impact de la réforme des retraites complémentaires, voir avant-propos)**.

L'adhésion du salarié au régime de prévoyance complémentaire (ou de retraite supplémentaire) est donc, en principe, obligatoire. Toutefois, si le régime est mis en place par décision unilatérale de l'employeur, les salariés qui étaient déjà dans l'entreprise au moment de cette mise en place peuvent refuser d'y participer financièrement.

Plusieurs points nécessitent une forte vigilance : par exemple, la remise de l'écrit au salarié, en cas de décision unilatérale et, le cas échéant, son refus (écrit).

Des dispenses d'affiliation peuvent être admises, pour certains salariés, à leur demande, et ce, notamment, pour limiter les doubles adhésions. Des cas de dispense découlent directement de textes législatifs ou réglementaires *(CSS, art. L. 911-7, D. 911-2)*, d'autres doivent, en plus, être prévus par l'acte mettant en place les garanties à savoir la convention ou l'accord collectif, le référendum ou la décision unilatérale *(CSS, art. D. 911-4 ; CSS, art. R. 242-1-6)*.

Afin d'éviter des redressements Urssaf, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés, laquelle comporte la mention selon laquelle il a préalablement informé le salarié des consé-

quences de son choix *(CSS, art. R. 242-1 -6. ; CSS, art. D 911-2).*
En cas de redressement lié à une mauvaise application de la réglementation, le montant est modulé selon la gravité de l'erreur de l'employeur (*CSS, art. L. 133-4-8).* Cette disposition permet, sous conditions, d'éviter un redressement sur la totalité des contributions.

D'autres points litigieux

Les indemnités de rupture du contrat de travail (indemnités de licenciement, indemnités de rupture conventionnelle, « parachute doré ») sont ciblées lors des contrôles : l'employeur doit être en mesure de justifier la situation des salariés en cas de contrôle.
Sont également visées les irrégularités liées au versement transport, au Fnal, à la CSG et CRDS, au forfait social, ainsi que les régimes supplémentaires de retraite à cotisations ou à prestations définies et prélèvements autres que les cotisations de sécurité sociale au sens strict.

URSSAF : comment sécuriser les situations ?

Pour renforcer la sécurité juridique, des dispositifs ont été mis en place : opposabilité des circulaires, rescrit social.
Le rescrit social est une procédure d'interrogation des Urssaf sur l'application de la réglementation à une situation précise. La demande est faite par un cotisant ou futur cotisant, ou, pour son compte, par un expert-comptable ou un avocat (dans certains cas, par une organisation professionnelle et syndicale représentative). Elle doit être accompagnée d'un questionnaire contenant des informations précises et détaillées sur l'entreprise et la situation de fait. Aucune demande de rescrit ne peut être prise en compte si un contrôle est déjà engagé *(CSS, art. L. 243-6-3 ; Cass. 2e civ. 28 mai 2014, n° 13-16.915).*
Il existe également des possibilités de rescrit sur les aides à l'emploi, le handicap, l'égalité professionnelle, sur l'assurance chômage des mandataires sociaux. Ces demandes sont faites auprès des administrations concernées.
Il faut savoir également que certaines circulaires ministérielles publiées peuvent être opposables aux organismes de recouvrement. Il ne peut y avoir de redressement sur le fondement d'une position différente, pour la période pendant laquelle le cotisant a appliqué l'interprétation alors en vigueur *(CSS, art. L. 243-6-2).* L'opposabilité est renforcée *(Loi du 10 août 2018).* Doivent faire l'objet de publications les instructions, circulaires ainsi que les notes et réponses ministérielles qui comportent une interprétation du droit positif ou une description des procédures administratives. Et toute personne peut se prévaloir de ces documents *(Code des relations entre le public et l'administration, art. L. 312-2 et L. 312-3).* Au vu de ce nouveau texte, il serait possible que des documents, qui, jusqu'à alors, n'étaient pas considérés comme opposables aux Urssaf, puissent le devenir.

En outre, les employeurs peuvent sous certaines conditions :

- invoquer le droit à erreur *(Loi du 10 août 2018 ; Code précité art. L. 123-1 et L. 123-2)* ; il vise les personnes (dont les entreprises) qui ont commis une erreur pour la première fois
- solliciter un contrôle *(Loi précitée)* ou une médiation *(CSS, art. L. 217-7-1);*
- demander l'arbitrage de l'Acoss *(CSS, art. L. 243-6-1)* ; tout cotisant, confronté à des interprétations contradictoires des Urssaf concernant plusieurs de ses établissements dans la même situation, a la possibilité de solliciter l'intervention de l'Acoss. À la suite de l'analyse du litige, l'Acoss peut demander aux Urssaf d'adopter une position dans un délai d'un mois. À l'expiration de ce délai, si elles ne se sont pas conformées à cette instruction, l'Agence centrale peut se substituer aux organismes pour prendre les mesures nécessaires;
- adresser une demande de transaction au directeur de l'Urssaf afin de terminer une contestation en cours ou prévenir une contestation à naître (*CSS, art. L. 243-6-5*).

5. Le point sur la maîtrise des dépenses

Les difficultés rencontrées par tous les gouvernements depuis plusieurs décennies pour maîtriser les dépenses de soins sont telles que, de manière récurrente, de nouvelles réformes voient le jour accompagnées d'ajustements réguliers.

Coordination des soins

Un des moyens est le choix d'un médecin traitant, préconisé pour tout assuré d'au moins 16 ans. L'assuré qui ne le fait pas est moins bien remboursé. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste, un spécialiste, un médecin hospitalier ou un médecin salarié d'un centre de santé.

Dans certains cas, le recours à un médecin autre que le médecin traitant est admis :

➔ en cas d'urgence amenant l'assuré à consulter un médecin autre que le médecin traitant ;

➔ ou en cas de consultation en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré ou l'ayant droit.

D'autres dérogations sont également admises pour les médecins généralistes installés pour la première fois ou les médecins s'installant dans des zones spécifiques.

Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé peuvent être conjointement désignés médecins traitants.

En outre, la consultation de certains spécialistes est possible en accès direct dans certains cas (gynécologues, ophtalmologues, neuropsychiatres ou psychiatres pour les moins de 26 ans).

La coordination des soins peut s'effectuer avec le dossier médical partagé, sous réserve du consentement du patient ou de son représentant. Ce dossier numérique est destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients et il doit être généralisé (fin 2018).

Autres mesures financières

➔ Une participation forfaitaire pour chaque acte ou consultation prise en charge par l'assurance maladie et réalisée par un médecin en ville, dans un établissement de santé ou un centre de santé, et pour tout acte de biologie médicale est à la charge de l'assuré.

Elle est fixée à un euro. Elle est déduite du montant du remboursement effectué par les caisses.

Le nombre maximum de participations propre à chaque bénéficiaire est plafonné à :

• 50 participations par an ;

• 4 participations journalières lorsque plusieurs actes ou consultations sont faites au cours de la même journée pour un même bénéficiaire par un même professionnel.

➔ Les franchises médicales sur les médicaments et les actes effectués par un auxiliaire médical (franchise de 0,50 €) ainsi que les frais de transport sanitaire (franchise de 2 €). Des plafonds journaliers de 2 € en cas d'acte paramédical et 4 € en cas de transports s'appliquent. Le montant annuel est plafonné à 50 €

Précisions

Ne sont pas concernés par la participation forfaitaire et les franchises médicales les ayants droit mineurs, les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide complémentaire santé, les femmes bénéficiant de l'assurance maternité, les actes ou consultations réalisés ou les médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation.

➔ Le forfait hospitalier : 20 € (15,00 € en cas d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique). Le forfait hospitalier représente la participation financière de l'assuré aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation. Il est pris en charge par la complémentaire santé.

➔ Une participation de 18 € (qui serait portée à 24 € en 2019) est, en principe, appliquée sur les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € ou ayant un coefficient supérieur ou

égal à 60. Dans certains cas, cette participation n'est pas exigée : notamment pour les victimes d'accident du travail, les assurés exonérés du ticket modérateur pour l'acte en lien avec leur maladie.

➔ Le mouvement de déremboursement s'est accentué : des médicaments dont le Service médical rendu (SMR) a été jugé insuffisant par une autorité (Haute autorité de santé) font l'objet de déremboursement ou de remboursements inférieurs (15 %).

➔ Le remboursement sur la base de la tarification du produit générique et non plus sur la base de leur tarification réelle devrait être généralisé (au 1er janvier 2020), sauf raison médicale objective en cas de non recours au générique.

Contrôle et sanctions

Les organismes de sécurité sociale demandent toutes pièces justificatives utiles pour apprécier les conditions du droit à la prestation. À défaut, le droit à prestations (ou l'instruction du dossier) peut être suspendu. Lorsqu'une pièce n'est pas indispensable à l'instruction, celle-ci doit se poursuivre (*Loi du 10 août 2018 ; L. 114-5-1 du Code des relations entre l'administration et le public*).

Des sanctions pénales sont applicables à quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration voire d'escroquerie (*Code pénal, art.441-6*). Les peines encourues sont de deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende. Elles peuvent aller jusqu'à 7 ans d'emprisonnement et 750 000 euros d'amende en cas d'escroquerie (*Code pénal, art. 313-2*).

Le non-respect de règles conduisant à des demandes de remboursement indues ou des prises en charges indues peut être sanctionné par une pénalité administrative prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, après que la personne concernée ait été mise en mesure de formuler ses observations.

Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits. Le montant est doublé en cas de récidive (*CSS, art. L. 114-17-1*).

L'assuré peut cependant, sous certaines conditions, faire valoir sa bonne foi.

6. Qui a droit à une couverture santé ?

La création de la protection universelle maladie (PUMA) change la donne sur les conditions de prise en charge des frais de santé. La protection se fait soit sous critère d'activité professionnelle, ou, si la personne ne travaille pas, sous critère de résidence.

Nouveaux critères

Toute personne qui travaille ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, réside en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie, de la prise en charge de ses frais de santé *(CSS, art. L. 160-1 et s ; CSS, art. D. 160-14 et s.).*

Critère de l'activité professionnelle

Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés et des règlements européens, sont affiliées sur critère de l'activité, quel que soit leur lieu de résidence, toutes les personnes :

• qui exercent sur le territoire français une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France ou une activité professionnelle non salariée ;

• qui exercent une activité professionnelle à l'étranger et sont soumises à la législation française de sécurité sociale en application des règlements européens ou des conventions internationales.

Critère alternatif : résidence stable et régulière

La condition de stabilité de la résidence est satisfaite lorsque la personne concernée présente un justificatif démontrant qu'elle réside en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois ou qu'elle relève d'une catégorie précisée par les textes *(CSS, art. L. 160-1 et s, D. 160-2 ; L. 111-2-3).*

Les personnes affiliées sous condition de résidence sont redevables d'une cotisation annuelle si leur revenu est inférieur à un seuil *(CSS, art. L.380-2 ; projet de loi de financement de sécurité sociale pour 2019)* ou si elles n'ont reçu ni retraite, ni rente, ni chômage au cours de l'année.

L'organisme de sécurité sociale procède à des contrôles de la condition de résidence et de régularité de séjour (*CSS, art. L. 114-10-1, L. 114-10-2, R 111-2*).

Conséquences de la mise en place de la PUMA

Avec la mise en place de la protection universelle maladie, la notion d'ayant droit majeur est progressivement supprimée. En effet, cette notion devient non pertinente compte tenu de l'application du nouveau critère d'affiliation lié à la résidence stable et régulière.

Par contre, les mineurs demeurent des ayants droit.

Avec la mise en place de cette protection, la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base n'a plus de raison d'être.

Subsistent la CMU complémentaire et l'aide complémentaire santé **(voir fiche 10)**.

Tiers payant et notion de reste à charge

Ce sont deux notions différentes. Le dispositif de tiers payant permet aux assurés de ne pas faire l'avance des frais. Il est déjà applicable aux patients bénéficiant de l'exonération du ticket modérateur. La question est à l'étude pour une éventuelle généralisation.

La notion de reste à charge vise les frais qui ne sont pas pris en charge en totalité et qui nécessitent une participation plus ou moins importante de l'assuré : sont notamment visés les frais d'optique, les prothèses dentaires, pour lesquels un encadrement est déjà prévu dans le cadre des contrats responsables. Ces mesures n'ont pas encore montré leur efficacité et le montant de RAC peut conduire à un renoncement aux soins. La mise en place de nouveaux plafonds tarifaires et une amélioration de la base de remboursement en audiologie sont inscrites dans le cadre de la loi de financement de financement de sécurité sociale pour 2019 (en cours d'adoption), pour une réalisation effective à l'horizon 2020.

7. Quels sont les soins couverts par l'assurance maladie ?

Les soins sont pris en charge dans les limites fixées, en principe, par convention. Outre les soins médicaux, peuvent être pris en charge les cures thermales ainsi que les frais de transport.

Nature des dépenses

Sont remboursés principalement au titre de l'assurance maladie : les frais de médecine ; les actes chirurgicaux ; les soins et prothèses dentaires ; la pharmacie ; les appareils ; les actes de biologie médicale, les analyses ; les frais d'hospitalisation ; les frais de réadaptation et de rééducation professionnelle ; les produits contraceptifs.

L'accès aux soins se fait soit par le biais de la médecine de ville soit par le secteur hospitalier (médecine ambulatoire).

Les consultations de télémédecine peuvent, sous certaines conditions, être remboursées (*CSS, art. L. 6316-1 ; Décret 2018-788 du 13 septembre 2018*).

Les limites de remboursement

Les caisses appliquent une double limite de remboursement :

→ remboursement sur la base du tarif conventionné ;

→ pas de remboursement total : application du ticket modérateur Des exceptions existent : affections de longue durée, grossesse. Même lorsque la prise en charge est « intégrale » ce sont les tarifs conventionnés qui servent de base.

En outre, une participation forfaitaire et des franchises médicales restent à la charge de l'assuré et des majorations de ticket modérateur peuvent s'appliquer (voir fiche 5).

Qu'est-ce qu'un assuré en « ALD » ?

C'est un assuré qui souffre d'une affection figurant sur une liste ou d'une affection particulièrement grave entraînant des soins d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et particulièrement coûteux. Il peut aussi s'agir de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant (exemple : le sida) (*CSS, art. L. 160-14 et R. 160 -12*).

Les soins liés à cette affection sont pris en charge à 100 %, dans la limite du tarif conventionné.

Pour bénéficier de l'exonération du ticket modérateur, l'assuré doit signer un protocole de soins établi par son médecin traitant et le médecin conseil de la caisse. Ce protocole, révisable, définit les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection et qui sont ainsi visés par l'exonération du ticket modérateur.

Frais de transport

Les caisses remboursent sur prescription médicale et sous réserve d'un accord préalable éventuel :

→ les transports liés aux soins et examens d'une ALD ; les frais de transport sont soumis à un référentiel ;

→ les transports en série ainsi que les transports en un lieu distant de plus de 150 km ;

→ les transports en ambulance, lorsque l'état du malade le justifie.

Pour les frais de transport liés à l'hospitalisation, le remboursement porte sur l'entrée et la sortie du séjour hospitalier. La prise en charge des frais liés aux soins post-opératoires n'est pas couverte.

Pour les transports liés à une convocation médicale, la prescription n'est pas nécessaire. La prise en charge des prescriptions de transport « significativement supérieures à une moyenne » peut être soumise à accord préalable du contrôle médical de la caisse pour une durée ne pouvant excéder 6 mois (sauf cas d'urgence).

Enfin des conditions particulières s'appliquent pour la prise en charge des transports de patients hospitalisés, par exemple, un transport pour la réalisation d'une prestation de soins en dehors de l'établissement (*décret 2018-354 du 15 mai 2018*).

8. Généralisation de la « complémentaire santé » ?

Le remboursement des dépenses de santé par la Sécurité sociale est soumis à des limites. D'où l'utilité de souscrire une complémentaire. Depuis le 1er janvier 2016, la complémentaire santé est généralisée à tous les salariés.

Le cadre juridique

Cette assurance peut être souscrite :
→ soit à titre individuel, par toute personne ayant la capacité de souscrire un contrat d'assurance ;
→ soit dans le cadre d'un contrat de groupe proposé au niveau de l'entreprise.
Dans ce cas, une partie de la cotisation est prise en charge par l'employeur. Une participation minimum de la moitié de la couverture collective et obligatoire santé des salariés est prévue, dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé (*CSS, art. L. 911-7*).
L'employeur doit assurer seul ce financement : la participation du comité social et économique peut venir en déduction de la part salariale, mais pas de la part employeur. Par ailleurs, lorsqu'il s'agit d'une couverture famille obligatoire, l'employeur doit, selon l'administration, s'engager à hauteur de 50 % (*Questions - Réponses, Direction de la Sécurité sociale, 29 décembre 2015*).
L'adhésion est obligatoire si elle résulte d'un accord collectif, d'un référendum ou d'une décision unilatérale de l'employeur.
Certaines dispenses d'adhésion (à l'initiative du salarié) peuvent s'appliquer sans remettre en cause le caractère collectif et obligatoire qui conditionne les avantages fiscaux et sociaux (voir fiche 4).

À savoir

L'employeur a un devoir d'information et de conseil vis-à-vis du salarié, lors de la souscription des contrats de prévoyance collective.
Il est responsable des conséquences qui s'attachent à une information incomplète ayant conduit le salarié à rester dans l'ignorance de l'étendue des garanties souscrites (*Cass. soc. 26-9-2018 n° 16-28.110 F-D*).

Les organismes

Plusieurs types d'organismes se partagent le marché : les mutuelles, les assurances et les institutions de prévoyance. Seules, ces catégories d'organismes sont habilitées à gérer des contrats de prévoyance. Ils ont une compétence beaucoup plus large que la couverture maladie et les soins médicaux.

Risques susceptibles d'être couverts

Il s'agit :
→ du décès ;
→ de l'atteinte à l'intégrité physique ;
→ de la maternité ;
→ de l'incapacité de travail ;
→ de l'invalidité ;
→ de l'inaptitude ;
→ et même du chômage.

Le niveau de remboursement

Concernant les soins médicaux, le contrat doit prévoir une prise en charge minimale pour être considéré comme « responsable » (voir fiche 9).
Une prise en charge au-delà du tarif conventionné est possible. Dans ce cas, les modalités de prise en charge des dépassements peuvent être différenciées selon que le praticien adhère ou non à l'option **pratique tarifaire maîtrisée** (*CSS, art. L. 871-1*).
L'assuré qui ne respecte pas certaines obligations est moins bien remboursé.

9. Qu'est-ce qu'un contrat responsable ?

Pour responsabiliser les assurés, la loi impose aux organismes complémentaires de ne pas prendre en charge certaines dépenses. À l'inverse, elle impose une prise en charge minimale de certaines dépenses et une information sur les frais de gestion. À défaut de respecter ces règles, les avantages sociaux et fiscaux qui se rattachent aux contrats collectifs de complémentaire santé sont supprimés.

Dépenses non prises en charge dans des contrats responsables

Les contrats d'assurance complémentaire santé doivent respecter un cahier des charges. Les avantages sociaux et fiscaux attachés aux contrats collectifs sont réservés aux contrats de prévoyance qui ne prennent pas en charge :

→ la participation forfaitaire applicable à tout acte et consultation, ainsi que les franchises médicales ;

→ les majorations de participation en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription ;

→ les dépassements d'honoraires sur les tarifs des actes et consultations auxquels les spécialistes recourent lorsqu'ils sont directement consultés par un patient.

Dépenses prises en charge

Les contrats responsables doivent prévoir la prise en charge *(CSS, art. R. 871-2)* :

→ de la totalité du ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursées par l'assurance maladie obligatoire, à l'exception des soins thermaux, des médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité ou dont le service médical rendu est faible ou modéré et de l'homéopathie ;

→ du forfait hospitalier sans limitation de durée ;

→ des prothèses et de l'orthopédie faciale, à hauteur de 125 % du tarif de base de sécurité sociale.

La prise en charge minimale concerne aussi : les frais d'optique (avec également fixation d'un plafond).

Pour ces contrats dits responsables, les modalités de prise en charge sont différenciées selon que le praticien a adhéré à l'**option pratique tarifaire maîtrisée** ou non.

En outre, le bénéfice des exonérations est subordonné au respect de règles concernant l'information sur le montant annuel des frais de gestion (*CSS, art. L. 871-1 ; arrêté du 17 avril 2012 modifié*).

À noter que de nouveaux paniers de soins avec plafonds tarifaires pour l'optique, les prothèses dentaires et audio prothèses vont être définis pour tendre vers un « RAC zéro » *(projet de loi de financement de sécurité sociale pour 2019).*

Important

Des points importants sur le cadre juridique de ces contrats ont été redéfinis : outre les contours des contrats responsables, la réglementation porte sur la mise en concurrence des organismes et les conditions de sélection de l'organisme (si une recommandation est faite dans le cadre d'un accord de branche) ainsi que sur les mécanismes de solidarité plus élevée que doivent prévoir les accords professionnels ou interprofessionnels (dans le cas où ils recommandent un ou plusieurs organismes). Également précisé : le contenu minimal des contrats de complémentaire santé en entreprise et les conditions de dispense de certains salariés.

Autant d'éléments qui conditionnent le bénéfice d'avantages fiscaux ou sociaux.

À savoir

La légalité du décret relatif au financement et à la gestion de façon mutualisée des garanties collectives de protection sociale complémentaire présentant un degré élevé de solidarité et comprenant, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif a été reconnu par le Conseil d'État (CE 9 juill. 2018 n° 409715).

Il était contesté par la Fédération française des assurances.

Sur le contrôle Urssaf, voir fiche 4

10. Qui bénéficie d'une aide à la couverture complémentaire ?

Une protection complémentaire est assurée aux plus démunis et/ou salariés précaires. Le chèque santé est venu compléter les dispositifs existants.

Couverture maladie universelle complémentaire

La couverture complémentaire s'ajoute à la prise en charge des soins par l'assurance maladie. Elle vise les personnes répondant à des conditions de ressources et de résidence. Pour bénéficier de la CMU complémentaire, CMU-C, il ne faut pas percevoir plus de 8 810 € par an pour une personne seule. Ce seuil est majoré pour chaque personne supplémentaire.
La couverture complémentaire couvre le ticket modérateur (dans la limite du tarif conventionné), le forfait hospitalier, en totalité. Pour les frais d'optique, les soins dentaires, les prothèses auditives, certaines limites s'appliquent.
Les personnes qui en bénéficient sont dispensées de faire l'avance des frais, sous réserve de respecter le parcours de soins.

Aide à l'acquisition d'une complémentaire

La fusion de l'ACS et de la CMU-c est à l'étude et devrait être effective au 1er novembre 2019, suite aux annonces faites dans le cadre des plans pauvreté et stratégie santé. Les personnes concernées pourraient souscrire à une CMU-c contributive. Le but serait de pallier au non recours à l'ACS en sa forme actuelle (voir projet de loi de financement de sécurité sociale pour 2019).
Actuellement, les personnes ou famille dont les ressources n'excèdent pas de plus de 35 % le seuil de la CMU complémentaire (soit 11 894 € par an pour une personne seule) peuvent bénéficier d'une aide pour acquérir une complémentaire couvrant les soins pris en charge par la CMU complémentaire. Cette aide peut être modulée en fonction de la composition du foyer et éventuellement l'âge des intéressés.

Le « chèque santé »

Il s'agit d'une aide individuelle à la généralisation de la couverture complémentaire santé qui vise les salariés sous contrat à durée déterminée ou de mission de moins de trois mois ainsi que les salariés à temps très partiel (durée inférieure à 15 h par semaine).
Ce versement de l'employeur se substitue au financement de la couverture collective et obligatoire, sous réserve que les salariés concernés justifient être couverts par un contrat responsable. Les salariés doivent produire une attestation de l'organisme auprès duquel ils ont souscrit un contrat de complémentaire santé.
Un accord de branche, ou en l'absence d'accord de branche, un accord d'entreprise ou une décision unilatérale permettent de mettre en place le versement santé pour ces salariés. Pour l'appréciation de la durée de trois mois, il est tenu compte d'un éventuel renouvellement du contrat.
Le montant du versement est égal à la contribution mensuelle de l'employeur à la complémentaire santé (contribution que l'employeur aurait versée si le salarié avait adhéré). Si le montant de la contribution ne peut pas être déterminé, un montant de référence est fixé *(CSS, art. D. 911-8).*
Les sommes versées au titre du versement santé sont exonérées de cotisations sociales sous certaines conditions (notamment que le contrat souscrit par les salariés soit responsable) et limites.
Elles sont assujetties en totalité à CSG et CRDS ainsi qu'au forfait social dans les entreprises d'au moins 11 salariés.

11. Comment le salarié malade est-il indemnisé ?

En cas d'arrêt de travail, le salarié bénéficie d'indemnités journalières, versées par la Caisse primaire d'assurance maladie et d'un éventuel complément.

Un préalable nécessaire : l'arrêt de travail

Pour bénéficier des indemnités journalières, l'assuré est tenu d'envoyer un arrêt de travail dans les 48 heures. Le point de départ de ce délai est la date de l'arrêt.

En cas d'envoi tardif, la caisse envoie une mise en garde à l'assuré et si, dans les 24 mois, un nouvel envoi tardif est constaté les indemnités journalières sont réduites de 50 %. Cette règle ne s'applique pas à l'assuré hospitalisé ou dans l'impossibilité d'envoyer l'avis d'arrêt de travail (*CSS, art. R. 321-2, D 323-2*).

La caisse primaire est également en droit de refuser le versement des indemnités si elle n'a pas reçu l'arrêt en temps utile (*Cass. 2e civ., 11 février 2016, n° 14-27.021, n° 14-14.414 ; Cass.2e civ., 7 juillet 2016, n° 15-50.074*).

Montant des indemnités journalières et versement

Fixées à la moitié du salaire (pris en compte dans la limite de 1,8 fois le SMIC calculé sur la base de la durée légale du travail), elles sont versées par la Cpam (Caisse primaire d'assurance maladie) à partir du 4e jour d'arrêt de travail c'est-à-dire après le « délai de carence » (*CSS, art. R. 323-1*).

Un montant minimal et maximal est fixé chaque année.

Une majoration s'applique à partir du 31e jour d'arrêt pour les assurés ayant au moins trois enfants à charge.

L'assuré ne peut recevoir au titre d'une ou plusieurs maladies plus de 360 indemnités journalières au cours d'une période de trois ans consécutifs ; en revanche, s'il est atteint d'une ALD, la période couverte par le versement des indemnités journalières est calculée de date à date : elle est de 3 ans au maximum. Une nouvelle période de 3 ans s'ouvre lorsque le salarié a retravaillé un an *(CSS, art. R. 323-1).*

Le complément

À partir du 8e jour d'absence, les salariés, pris en charge par la Sécurité sociale et ayant au moins un an d'ancienneté bénéficient d'un maintien de leur salaire.

La durée d'indemnisation varie de 30 à 90 jours selon l'ancienneté du salarié.

Cette garantie prévue par la loi est un seuil minimal. Des conventions collectives peuvent prévoir une indemnisation plus favorable.

En contrepartie, l'employeur peut faire diligenter un contrôle : c'est la contre visite patronale (**voir fiche 12**).

Conditions d'ouverture des droits

(Appréciées à la date d'interruption du travail)

1 Arrêt de travail inférieur à 6 mois

→ cotisations sur rémunérations perçues pendant 6 mois civils précédents au moins égales à celles dues sur 1 015 x SMIC horaire ;

Ou

→ emploi salarié ou assimilé pendant au moins 150 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédents.

2 Arrêt de travail prolongé sans interruption au-delà du 6e mois

→ affiliation depuis 12 mois au moins à la date de l'interruption de travail.

Et :

→ soit cotisations sur rémunérations perçues pendant 12 mois civils précédents au moins égales à celles dues sur 2 030 x SMIC horaire ;

→ soit 600 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédents.

12. Comment s'effectue le contrôle médical ?

La Caisse primaire d'assurance maladie qui verse des indemnités journalières de maladie est en droit d'exercer un contrôle pour vérifier si l'arrêt est justifié.

Obligations de l'assuré

L'assuré doit :

➔ respecter les horaires de sortie et ne pas quitter la circonscription administrative sans autorisation de la caisse.

Le praticien indique sur l'arrêt de travail s'il autorise ou non les sorties. Si elles le sont, l'assuré doit rester présent à son domicile de 9 h à 11 h et de 14 h à 16 h sauf en cas de soins ou d'examens médicaux. Toutefois, le praticien peut, par dérogation à cette disposition, autoriser les sorties libres. Il précise sur l'arrêt de travail les éléments d'ordre médical le justifiant.

➔ s'abstenir de toute activité non autorisée, sauf accord de la caisse pour une activité ayant un caractère thérapeutique favorisant le rétablissement de l'assuré malade ou pour une action de formation (voir fiche 13) ;

➔ observer les prescriptions du praticien ;

➔ se soumettre à l'obligation de contrôle organisé par le service du contrôle médical ; si ce service estime l'arrêt de travail non justifié, l'avis s'impose à la caisse *(Cass. 2e civ., 7 juillet 2016, n° 14-13.805)*

Sanctions

En cas d'inobservation des obligations, le versement des indemnités journalières peut être totalement ou partiellement suspendu. Une restitution peut être demandée *(Cass. 2e civ., 11 février 2016, n° 15-10.309, 14-23.244)*. Les juges contrôlent l'adéquation de la sanction. Une pénalité pour fraude s'ajoute si l'assuré a exercé une activité rémunérée non autorisée *(CSS, art. L. 114-17-1, R 147-11)*.

À noter que l'arrêt de travail prescrit dans les 10 jours suivant une décision de suspension des indemnités journalières est soumis à l'avis du médecin-conseil de l'assurance maladie *(CSS, art. L. 323-7)*.

Liaisons entre employeur et caisse

Des procédures d'information sont mises en place entre les différents acteurs. Tout d'abord, si la caisse suspend les indemnités journalières, elle en informe l'employeur. Ce dernier pourra, à son tour, suspendre le versement des indemnités journalières complémentaires, si celui-ci est subordonné au versement des indemnités par la Sécurité sociale.

En outre, le dispositif légal de maintien de salaire prévoit qu'un contrôle peut être organisé par l'employeur : c'est la « contre visite patronale ». Si le médecin conclut à un arrêt injustifié, il transmet cet avis au service du contrôle médical de la caisse, lequel peut demander à la caisse de suspendre les indemnités journalières. Le salarié dispose alors d'un délai de 10 jours francs à compter de la notification de la décision de suspension des indemnités journalières pour demander à la caisse de sécurité sociale dont il relève un examen de sa situation par le médecin-conseil. Ce dernier doit se prononcer dans un délai de 4 jours francs à compter de la saisine du salarié.

À savoir

Qu'est-ce que la subrogation ?

La subrogation consiste, pour l'employeur, à maintenir le salaire en arrêt de travail en faisant l'avance des indemnités journalières aux personnes en arrêt de travail. Dans ce cas, la Cpam lui reverse directement les IJ. En pratique, Les services de gestion paie et ressources humaines, doivent être vigilants sur le suivi afin de s'assurer que les IJ sont bien récupérées.

13. Quelles sont les règles pour le temps partiel thérapeutique ?

En principe, le versement des indemnités journalières cesse avec la reprise d'une activité, rémunérée ou non. Toutefois, dans certains cas, il est possible de cumuler indemnités journalières et activité rémunérée.

Conditions de la reprise dans un but thérapeutique

En cas de reprise du travail, l'indemnité journalière est maintenue, en tout ou partie, si la reprise ou le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré ou bien encore si l'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé (*CSS, art. L 323-3 ; L 433-1*).

La reprise du travail à temps partiel est, en principe, prescrite par le médecin traitant. Mais le médecin du travail doit donner son avis sur l'aptitude du salarié au retour dans l'entreprise.

La reprise doit en principe succéder à une interruption totale de travail. Toutefois, cette exigence d'arrêt complet ne s'applique pas :

➔ aux personnes atteintes d'une affection de longue durée ou nécessitant des soins supérieurs à 6 mois, à condition qu'il y ait un lien entre la prescription du temps partiel et cette pathologie

➔ ou aux victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles.

Montant de l'indemnité et paiement

L'assuré est indemnisé de sa perte de salaire dans la limite du montant de l'indemnité qui lui était versée lors de son arrêt à temps complet. La durée maximale pendant laquelle l'indemnité peut être maintenue ne peut excéder d'un an le délai de 3 ans prévu pour les indemnités journalières (voir fiche 11).

Préparer le retour à l'emploi

Ces actions se situent dans la période où le salarié peut encore bénéficier d'indemnités journalières.

Des leviers existent afin de permettre au salarié de préparer son retour à l'activité, lorsque le maintien dans l'emploi risque de nécessiter des adaptations. Un salarié peut aussi, lorsqu'il anticipe un risque d'inaptitude, solliciter une visite médicale afin d'engager une démarche de maintien dans l'emploi (*C. trav. art. L. 4624-1 modifié*).

Suivre une action d'évaluation, de formation pendant l'arrêt de travail

Le salarié en arrêt de travail peut accéder à des actions de formation professionnelle continue ou à des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire participe *(CSS, art. L. 323-3-1 ; art. L. 433-1).*

Faire une visite de pré-reprise

Afin de faciliter la reprise du travail, en cas d'interruption de travail dépassant 3 mois, le médecin conseil de la caisse en liaison avec le médecin traitant peut solliciter le médecin du travail pour préparer et étudier les conditions et modalités de cette reprise ou envisager les démarches de formation. Le salarié est assisté par une personne de son choix *(CSS, art. L 323-4-1).*

Ce dispositif s'articule avec la visite de pré-reprise, prévue dans le Code du travail. Elle est effectuée à la demande du médecin conseil, du médecin traitant ou du salarié et également réservée aux salariés en arrêt de plus de 3 mois (*C. trav., art. R. 4624-29*).

14. Quelle protection pendant le congé de maternité ?

Toute salariée a un droit au repos avant et après l'accouchement. Ce droit est aussi, à certains égards, une obligation pour la salariée et pour l'employeur auxquels la loi impose une période de repos obligatoire. Des droits sont également ouverts en cas d'adoption.

Congé minimum et maximum

La salariée doit cesser son activité durant au moins 8 semaines dont 6 après l'accouchement. À défaut, les indemnités journalières sont supprimées (*CSS, art. L 331-3*).

Il est interdit d'employer une femme durant les 6 semaines qui suivent son accouchement. Cette interdiction est sanctionnée pénalement.

Il s'agit-là de la durée minimale de congé. Mais la salariée est en droit de cesser son activité plus longtemps : 6 semaines avant l'accouchement, 10 semaines après.

Il est possible de demander le report du congé prénatal, dans la limite de 3 semaines. Toutefois, si la salariée est arrêtée pendant la période dont elle a demandé le report, celui-ci est annulé.

À noter que la durée du congé de maternité des femmes exerçant sous un statut d'indépendantes va être porté à 16 semaines (projet de loi de financement de sécurité sociale pour 2019).

Des prolongations sont possibles

→ en cas de naissances multiples : le congé est porté à 34 semaines pour des jumeaux (12 avant l'accouchement et 22 après) et à 46 semaines pour des triplés (24 et 22) ;

si la naissance porte à 3 ou plus le nombre d'enfants au foyer : le congé est porté à 26 semaines (8 et 18) ; s'il s'agit de jumeaux ou de triplés voir durée ci-dessus ;

→ en cas d'état pathologique de la mère, le congé prénatal peut être prolongé de 2 semaines, le congé postnatal de 4 semaines. Le congé pathologique prénatal est indemnisé au titre de la maternité si le médecin qui prescrit l'arrêt mentionne que c'est en lien avec la grossesse. En revanche, le congé postnatal, lié à l'état pathologique, est indemnisé au titre de l'assurance maladie ;

→ si l'enfant est hospitalisé, la mère peut reprendre son travail après la période d'arrêt obligatoire de 6 semaines et reporter le reliquat de son congé postnatal lorsque l'enfant retourne au foyer.

Un congé supplémentaire est accordé en cas de naissance d'un enfant prématuré, plus de 6 semaines avant la date prévue.

Interdiction de licenciement

La salariée est protégée contre le licenciement. C'est une interdiction absolue pendant le congé de maternité.

Pendant la grossesse, le licenciement ne peut être prononcé que si l'employeur invoque une faute grave non liée à l'état de grossesse ou l'impossibilité de maintenir le contrat pour un motif étranger à la grossesse. Par exemple, le comportement agressif et inadapté d'une salariée, qui profère des injures et des menaces à l'égard de ses collègues et de son supérieur hiérarchique, peut caractériser une faute grave *(Cass. soc. 31 mars 2016, n° 15-13.069)*

La même protection s'applique à la reprise du travail, pendant 10 semaines *(C. trav., art. L. 1225-4).*

Si la salariée a pris des congés payés immédiatement après son congé de maternité, elle est protégée au moment de sa reprise effective *(Cass. soc. 30 avril 2014 n° 13-12.321 ; C. trav. art. L. 1225-4).* Par contre, lorsqu'elle a été en arrêt maladie, après le congé de maternité, elle ne bénéficie pas d'un report de la protection *(Cass. soc. 8 juillet 2015, n° 14-15.979).*

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

Le père bénéficie de 11 jours consécutifs (18 en cas de naissances multiples). Ce congé peut se prendre dans les 4 mois suivant la naissance, le salarié devant prévenir l'employeur un mois à l'avance. L'employeur ne peut pas s'opposer à la prise de ce congé.

Un congé dénommé congé d'accueil est également ouvert pour le conjoint de la mère ou le partenaire avec lequel elle est liée par pacs ou la personne avec laquelle elle vit maritalement.

Le père est protégé contre le licenciement dans les 10 semaines qui suivent la naissance, sauf faute grave ou impossibilité de maintenir le contrat pour un motif étranger à la naissance (*C. trav. art. L 1225-4-1*).

Congé d'adoption

Tout salarié qui adopte un enfant a droit à un congé pris en charge par la Sécurité sociale (de 10 semaines à 22 semaines selon le nombre d'adoptions).

Lorsque le père et la mère ont droit au congé, une répartition entre les deux est possible. S'y ajoute, pour le salarié qui a reçu un agrément, un congé non rémunéré de 6 semaines pour se rendre à l'étranger en vue de l'adoption.

Des dispositions presque similaires à celles qui s'appliquent au congé de maternité protègent le parent en congé d'adoption contre le licenciement.

Sur le montant des indemnités, voir fiche 15.

À savoir

Le conjoint salarié, la personne liée par un Pacs ou vivant maritalement avec la femme enceinte a le droit de s'absenter pour se rendre à 3 des 7 examens prénataux obligatoires (*C. trav., art. L. 1225-16*). Il peut s'agir du père biologique ou d'une autre personne, lorsque le conjoint de la mère n'est plus le père biologique.

15. Comment la salariée est-elle indemnisée ?

La salariée a droit à une prise en charge médicale totale pour les examens liés à la grossesse et pendant une certaine période ainsi qu'à des indemnités journalières pendant le congé de maternité.

Prise en charge médicale

Durant la grossesse, des examens médicaux sont obligatoires. Ils conditionnent, pour les personnes qui remplissent les conditions de ressources, l'attribution de la prime à la naissance et de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant.
Durant les 4 derniers mois de grossesse, les frais médicaux sont également remboursés à 100 % dans la limite des tarifs conventionnés, qu'ils soient liés ou non à la grossesse.
De même, les dépenses liées à l'accouchement et au suivi médical de l'enfant sont prises en charge sans appliquer le ticket modérateur mais toujours dans la limite des tarifs conventionnés.

Le calcul des indemnités journalières

Ces indemnités sont versées pendant la durée du congé de maternité. Elles sont égales au plus au salaire journalier de base moins le montant des cotisations salariales d'origine légale ou conventionnelle.
La période de référence retenue pour déterminer le salaire journalier de base est 3 ou 12 mois précédant le congé, selon l'activité professionnelle de l'assurée.

Des droits étendus à l'adoption et au père

Pendant le congé d'adoption, les indemnités journalières sont versées au père ou à la mère. En cas de décès de la mère, l'indemnité journalière est versée au père s'il prend le repos postnatal.

Précisions : travail de nuit ou poste à risques

La femme enceinte ou ayant accouché, qui travaille de nuit ou qui est exposée à certains risques, peut bénéficier, sous certaines conditions :
→ d'une allocation journalière de maternité versée dans les mêmes conditions et au même montant que l'indemnité journalière maladie (sans toutefois appliquer de délai de carence) ;
→ et d'un complément de rémunération par l'employeur.
Le contrat est suspendu jusqu'à la date du début du congé légal et éventuellement pendant un mois au-delà du congé postnatal légal.

	Date d'appréciation	Conditions d'ouverture des droits
Indemnités journalières	→ Conditions appréciées au début du 9e mois avant la date présumée de l'accouchement ou à la date du début du repos prénatal ; → En cas d'adoption, conditions appréciées à la date d'arrivée de l'enfant au foyer.	→ Mêmes conditions qu'en cas d'arrêt de travail inférieur à 6 mois en assurance maladie ; → et affiliation depuis 10 mois à la date présumée de l'accouchement ou de l'arrivée de l'enfant au foyer.

16. Un régime toujours en évolution

La branche AT-MP a été percutée par des évolutions jurisprudentielles majeures qui atténuent les fondements d'une législation vieille de plus d'un siècle.

D'une réparation forfaitaire...

En matière d'accident du travail le salarié a droit à une réparation forfaitaire sans avoir à prouver une faute de l'employeur. Cet apport essentiel de la loi de 1898 sur les accidents du travail avait pour contrepartie la quasi-immunité de l'employeur : c'est seulement en cas de faute intentionnelle que l'employeur pouvait voir sa responsabilité totalement mise en cause par le salarié.

En 1963, une différence notable est apparue entre accident du travail et accident du trajet : la loi qui instaure la protection de l'accident de trajet permet un recours contre l'employeur lorsque l'employeur est responsable de l'accident de trajet (cas où il conduit le véhicule au moment de l'accident).

Ensuite, à partir de 1993, le cadre juridique a évolué nettement par la volonté du législateur et des juges. Tout d'abord, les salariés victimes d'accident de la circulation qualifiés d'accident du travail se sont vus reconnaître le droit d'agir contre l'employeur (lorsqu'il est responsable).

La question s'est ensuite déplacée de l'indemnisation des accidentés de la circulation vers l'indemnisation de l'ensemble des salariés. C'est en redéfinissant la faute inexcusable que les juges ont réellement bouleversé le principe d'immunité.

... à une réparation plus complète

Le 28 février 2002, la Cour de cassation a redéfini la *« faute inexcusable »* des employeurs à l'occasion de litiges concernant des salariés exposés à l'amiante en se référant à l'obligation de résultat qui pèse sur tout employeur. Ce faisant, elle a élargi les possibilités d'obtenir une réparation complémentaire dans le cas de maladies professionnelles.

Cette évolution qui permet une meilleure indemnisation du salarié (ou des ayants droit) a été étendue aux accidents du travail *(Cass. soc., 11 avril 2002, n° 00-16.535).*

En 2010, un nouveau pas été franchi, avec le Conseil constitutionnel qui a ouvert la voie de la réparation à tous les préjudices qui ne sont pas déjà pris en charge (***Cons. constitutionnel. 2010-8 QPC 18 juin 2010, voir fiche 21***). Depuis, un travail de construction jurisprudentielle s'effectue autour de cette notion de préjudice

17. Qu'est-ce qu'un accident de travail ?

La distinction entre accident du travail, accident de trajet et accident de droit commun détermine les droits à indemnisation du salarié.

Quand s'agit-il d'un accident du travail ?

C'est l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail *(CSS, art. L 411-1)*.

La Cour de cassation définit l'accident comme « un événement ou une série d'événements survenus à des dates certaines par le fait ou à l'occasion du travail dont il est résulté une lésion corporelle, quelle que soit la date d'apparition de celle-ci (*Cass. soc., 2 avril 2003, n° 00-21.768*).

Autre caractéristique de l'accident : en principe, il survient au temps et au lieu de travail.

Si ces conditions sont remplies, l'accident est présumé être un accident du travail. Pour contester la qualification, il faut prouver que l'accident a une cause totalement étrangère au travail (*Cass.2e civ., 30 novembre 2017 n° 16-25.674*).

Selon les circonstances, le suicide peut être reconnu comme accident du travail ou pas (*Cass. 2e civ., 3 avril 2003, n° 01-14.160*). Le caractère d'accident du travail peut être reconnu, même lorsque le salarié est en période d'arrêt de travail maladie (et donc en l'absence de lien de subordination), dès lors qu'il y a un lien avéré entre la tentative de suicide du salarié, à son domicile, et la dégradation des conditions de travail (*Cass. 2e civ, 22 février 2007, n° 05-13.771*).

Bien qu'il soit en dehors de son lieu de travail, le salarié en mission est également protégé pendant tout le temps de la mission qu'il accomplit pour son employeur. Peu importe que l'accident survienne à l'occasion d'un acte de la vie professionnelle ou d'un acte de la vie courante, sauf si l'employeur ou la caisse primaire rapporte la preuve que le salarié a interrompu sa mission pour un motif personnel. Le fait que le salarié ait été victime d'une chute en discothèque ou bien d'un accident de ski au cours d'une journée de détente ne suffit pas pour écarter la protection *(Cass. 2e civ., 12 octobre 2017, n°16-22481 ; Cas. 2e civ. 21 juin 2018, n 17-15.984)*. Si le salarié est accidenté sur le retour de mission c'est un accident du travail, et non pas un accident de trajet *(Cass. 2e civ., 9 mai 2018 n° 17-17.912)*.

Quand s'agit-il d'un accident de trajet ?

Il ne s'agit pas d'un accident du travail proprement dit. Mais, pour la prise en charge par la Sécurité sociale, il est assimilé à un accident du travail.

C'est l'accident survenu pendant le trajet aller-retour entre :

➔ le lieu de travail et la résidence principale ou secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où se rend le salarié de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial ; ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ;

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

Le parcours ne doit pas être interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel ou indépendant de l'emploi. Les seules exceptions admises sont les détours ou interruptions liées aux nécessités essentielles de la vie courante. L'accident survenu pendant l'interruption n'est pas pris en charge comme un accident de trajet.

Quand s'agit-il d'un accident de droit commun ?

Lorsque les conditions énumérées ci-dessus ne sont pas remplies, c'est un accident de droit commun, qui ne donne pas lieu à l'application d'une législation particulière en matière de prestations sociales.

À retenir

• Les tribunaux assimilent au lieu de travail les vestiaires, la cantine et toutes les dépendances de l'entreprise et notamment le parking.

• Concernant la qualification d'accident de trajet, les tribunaux l'admettent lorsque le salarié se rend dans un magasin pour y acheter de la nourriture à consommer dans un local de l'entreprise mis à la disposition par l'employeur. Quant aux détours admis, il s'agit, par exemple, du détour effectué pour emmener un enfant à l'école ou chez sa nourrice.

	Accident du travail	Accident de trajet	Accident de « droit commun
Soins médicaux	Prise en charge par la Sécurité sociale des soins médicaux, chirurgicaux, hospitaliers..., sans avance de frais de la part de l'assuré dans la limite des tarifs de responsabilité, et sans appliquer le ticket modérateur. Reste à la charge de l'assuré une participation forfaitaire et des franchises médicales.		➔ Avance de frais. ➔ Ticket modérateur. ➔ Participation forfaitaire et franchises médicales
Indemnités journalières	Versement des indemnités journalières de sécurité sociale sans délai de carence. Jour de l'accident payé par l'employeur. Montant maximal de l'indemnité fixé à 60 % du salaire journalier dans la limite de 0,834 % du plafond annuel (pour les 28 premiers jours d'arrêt), puis 80 % du même salaire journalier dans la même limite (à partir du 29e jour).		Application d'un délai de carence de 3 jours ➔ Montant maximal égal à 1/730 e d'un plafond égal à 1,8 fois le Smic calculé sur la base de la durée légale du travail appréciée sur l'année. ➔ Majoration pour les personnes ayant au moins 3 enfants à charge à partir du 31e jour d'arrêt (montant maximal égal à 1/547,5e d'un plafond égal à 1,8 fois le Smic calculé sur la base de la durée légale du travail appréciée sur l'année).
Rente	Versement d'une rente au salarié ou à ses ayants droit (en cas de décès).		Non.
Recours. Action en responsabilité	En cas de faute inexcusable ou de faute intentionnelle de l'employeur, le salarié peut se retourner contre lui ; de même en cas d'accident de la circulation.	Recours de droit commun du salarié ou des ayants droit contre l'employeur, dès lors qu'il y a préjudice non réparé pour le salarié et que l'employeur est responsable.	Oui.
Maintien du salaire par l'employeur	Pas de délai de carence.	Application d'un délai de carence de 7 jours.	Application d'un délai de carence de 7 jours.

18. Sécurité et santé du salarié : quelle obligation pour l'employeur ?

En modifiant la définition de la faute inexcusable, le juge a élargi les possibilités d'engager la responsabilité de l'employeur et d'améliorer l'indemnisation pour le salarié.

Qu'est-ce qu'une faute inexcusable ?

À la base de la faute inexcusable, il y a un manquement à l'obligation de sécurité de résultat qui pèse sur l'employeur. (*Cass. soc., 28 février 2002, n° 99-17.201*).
Incidences sur le coût (voir fiche 20).

Preuve de la faute

Il n'y a pas de faute inexcusable si l'employeur ne pouvait avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié ou s'il avait pris les mesures nécessaires pour préserver la santé de son salarié. Dit autrement, la faute inexcusable ne se présume pas et si le salarié veut s'en prévaloir pour améliorer son indemnisation, il devra apporter la preuve de la faute de l'employeur. Il n'y a donc pas renversement de la charge de la preuve *(En ce sens, Cass. 2e civ., 8 juillet 2004)*.
L'existence d'une alerte météorologique ne suffit pas pour rapporter cette preuve. Une salariée avait glissé sur une plaque de verglas sur le parking et, pour soutenir que l'employeur aurait dû avoir conscience du danger, elle faisait état d'une alerte neige verglas diffusée dans la nuit. Il s'agit bien d'un accident du travail (le parking étant assimilé à l'enceinte de travail) mais la faute inexcusable n'a pas été retenue. Il ne s'agissait pas d'une alerte de vigilance absolue *(Cass. 2e civ., 25 janvier 2018 n 16-26.384)*.
La faute inexcusable est toutefois présumée dans plusieurs cas :
➔ Lorsqu'un salarié en contrat à durée déterminée ou intérimaire affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité, ou un stagiaire en entreprise, n'a pas reçu la formation à la sécurité renforcée prévue par le Code du travail. Cette présomption peut être renversée. Par exemple, la présomption ne s'applique pas si le salarié est expérimenté, a reçu une formation adaptée et était accompagné par l'employeur pour des essais ;
➔ Lorsque le salarié est victime d'un accident ou d'une maladie alors que lui-même, ou un membre du CSE (comité social et économique se substituant au comité d'entreprise – « ordonnance Macron ») avait signalé à l'employeur le risque qui s'est matérialisé dans le cadre du droit d'alerte. Dans ce cas, la présomption ne peut pas être renversée.

Exemples d'obligations en matière de santé et Droit du travail : risques psychosociaux

Pour s'exonérer de sa responsabilité, l'employeur doit apporter la preuve qu'il a pris les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs (*Cass. soc. 25 novembre 2015, n° 14-24.444*). En l'espèce, une salariée invoquait un stress post traumatique, à la suite des attentats du 11 septembre 2001. Les juges ont écarté la responsabilité de l'employeur, après avoir relevé les dispositifs mis en place pour le suivi des salariés (accueil au retour de New York, consultations psychiatriques, régularité des visites auprès du médecin du travail, laps de temps important écoulé entre l'attentat et le syndrome anxio-dépressif).
Concernant le harcèlement, le fait que l'employeur ait pris toutes les mesures immédiates propres à faire cesser le harcèlement moral -ou sexuel- et qu'il ait fait cesser effectivement les agissements est nécessaire mais ne suffit pas pour considérer qu'il n'y a pas manquement. Il faut que l'employeur ait pris toutes les mesures de prévention (visées aux articles L 4121-1 et L 4121-2 du Code du travail) et notamment qu'il ait mis en oeuvre des actions d'information et de formation propres à prévenir la survenance de faits de harcèlement moral. Introduire dans le règlement intérieur une procédure d'alerte n'a pas été considéré comme suffisant (*Cass. soc. 1er juin 2016, n° 14-19.702*).

19. Formalités lors d'un accident du travail

Des formalités doivent être remplies par le salarié et l'employeur. Cette obligation est sanctionnée pour l'employeur.

Les délais à respecter

Le salarié victime d'un accident du travail ou de trajet doit prévenir son employeur dans les 24 heures sauf cas de force majeure, motif légitime ou impossibilité absolue.

L'employeur doit déclarer l'accident à la caisse primaire d'assurance maladie dans les 48 heures (non compris les dimanches et jours fériés). Cette formalité peut être accomplie via le site www.net-entreprises.fr

Même s'il estime que ce n'est pas un accident du travail, il doit faire cette déclaration. Il peut émettre des réserves. Elles doivent être motivées et faites avant que la Cpam reconnaisse l'accident (*Cass. 2e civ., 18 septembre 2014 n° 13-23.205*). Par exemple, lorsque l'employeur émet des doutes sur le fait que l'accident ait eu lieu sur le lieu de travail, en l'absence de témoins, la réserve est motivée (*Cass.2e civ., 23 janvier 2014 n° 12-35.003*).

La caisse a ensuite 30 jours à compter de la déclaration et de la réception du certificat médical initial pour contester la qualification. Lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, la caisse doit informer la victime ou ses ayants droit et l'employeur avant l'expiration de ce délai de 30 jours. À l'expiration d'un nouveau délai qui ne peut dépasser 2 mois, à compter de cette notification et en l'absence de décision de la caisse, le caractère professionnel de l'accident est reconnu.

L'employeur peut exercer un recours contre cette décision qui est portée à sa connaissance (voir fiche 45).

Pour éviter des sanctions

L'employeur qui ne fait pas la déclaration ou ne remet pas la feuille d'accident s'expose à des sanctions. Il est passible d'une amende et d'une pénalité (*CSS, art. L 114-17-1, R 147-7 ; CSS, art. R 471-3*).

De plus, il peut être condamné à rembourser à la caisse les dépenses qu'elle a engagées (*CSS, art. L. 471-1*).

Comment bénéficier de la dispense d'avance des frais ?

Le salarié victime de l'accident reçoit de l'employeur un formulaire destiné au médecin, pharmacien, auxiliaire médical ou établissement de soins. Il n'a pas à payer la part prise en charge par la Sécurité sociale, soit, dans le cas d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, 100 % du tarif conventionné.

Toutefois restent à sa charge les éventuels dépassements d'honoraires, les participations forfaitaires et franchises médicales.

Faciliter la preuve

L'accident survenu au temps et au lieu de travail est présumé imputable au travail. Cette présomption ne dispense pas le salarié d'apporter la preuve des faits à l'aide de témoins de l'accident, de certificats médicaux (*Cass. 2e civ., 15 mars 2012, n° 10-27.320*).

L'apparition tardive d'une lésion ne fait pas disparaître la présomption d'imputabilité. Il n'en demeure pas moins que le salarié peut se heurter à des difficultés pour apporter la preuve matérielle de l'accident, si des délais trop longs se sont écoulés.

20. Le coût réel d'un accident de travail pour l'entreprise

Reconnaître qu'il y a accident du travail revient à admettre l'existence d'un risque spécifique dans l'entreprise. Ceci n'est pas sans conséquence financière pour l'employeur.

La prise en charge par la Sécurité sociale

En cas d'accident du travail, la Sécurité sociale prend en charge les frais médicaux, les frais de transport, les dépenses d'appareillage, la rééducation professionnelle *(voir liste CSS, art. L 431-1)*.
Elle verse également des indemnités journalières en cas d'incapacité et une rente en cas de séquelles ou de décès.

Les répercussions financières pour l'employeur

Les incidences financières varient selon la taille de l'entreprise :
➔ si l'entreprise a au moins 150 salariés, tout accident a une incidence sur le taux brut de cotisation d'accident du travail calculé selon le risque réel ;
➔ si l'entreprise a moins de 20 salariés, le taux brut de cotisation d'accident du travail est mutualisé (taux forfaitaire) ; Une majoration s'appliquera aux entreprises de 10 salariés et plus qui ont une certaine fréquence d'accidents *(Décret n° 2017-337 du 14 mars 2017)*.
➔ si l'entreprise occupe de 20 à 149 salariés, on applique un taux de cotisation mixte, c'est-à-dire pour partie forfaitaire, pour partie sur le risque réel.
La hausse de cotisation est limitée à un pourcentage maximal *(CSS, art. D. 242-6-15)*

À ce taux de base s'ajoutent 4 majorations forfaitaires à savoir une majoration pour :
➔ les dépenses d'accident de trajet ;
➔ les charges générales de la branche ;
➔ le financement des compensations inter-régimes (au profit des régimes des mines et des salariés agricoles, notamment), la prise en charge de certaines maladies professionnelles non comprises dans le taux brut, les fonds visant les victimes de l'amiante, les dépenses liées à des actes de terrorisme ;
➔ le financement des départs en retraite anticipée pour les salariés ayant un taux minimal d'incapacité permanente et ceux exposés à certains facteurs de risques **(voir fiche 36)**.
L'entreprise peut consulter en ligne, sur le site www.risquesprofessionnels.ameli.fr, son taux de cotisation d'accident du travail et son compte employeur.

Un coût plus important en cas de faute

En cas de « faute inexcusable » de l'employeur, les sommes liées à la réparation de certains préjudices sont versées directement aux bénéficiaires par la caisse qui en récupère le montant auprès de l'employeur. Il s'agit des préjudices énumérés à l'article L 452-3 du Code de sécurité sociale mais aussi d'autres préjudices non couverts au titre du titre IV du Code de sécurité sociale et indemnisables **(voir fiche 21)**.
Pour l'employeur garanti par une assurance contre la faute inexcusable, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) peut imposer la cotisation supplémentaire prévue en cas de risques exceptionnels *(CSS, art. L. 452-4)*.
En outre, en cas d'accident de la circulation ou de faute intentionnelle de l'employeur, la victime ou les personnes ayant subi un préjudice peuvent se retourner contre l'employeur **(voir tableau, fiche 17)**.

Lexique

Rente : destinée à réparer une réduction définitive de la capacité de travail pour l'assuré ou le dommage résultant du décès pour les ayants droit.

Ayants droit : ce terme désigne les personnes pouvant percevoir des prestations au titre d'une autre personne, nommé l'assuré.

21. Réparation en cas de faute inexcusable de l'employeur : quels préjudices ?

La voie à une réparation plus complète des préjudices a été ouverte en 2010, en cas de faute inexcusable.

Les préjudices couverts

Selon le code de la Sécurité sociale, en cas de faute inexcusable, le salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut demander une meilleure réparation *(CSS, art L. 452-3)*. Ainsi, en cas de séquelles, la rente versée par la caisse primaire d'assurance maladie est majorée. Et le salarié peut obtenir une indemnisation spécifique :

→ de préjudices causés par les souffrances physiques et morales, des préjudices esthétiques et d'agrément. À ce titre, peut, par exemple, être indemnisé le salarié qui a des séquelles portant une atteinte constante à la qualité de la vie du fait qu'il soit notamment empêché d'avoir des activités ludiques, sportives et de faire les actes les plus courants *(Cass 2e civ. 8 avril 2010 n° 09-11.634)* ;

→ du préjudice résultant de la perte ou la diminution des possibilités de promotion professionnelle. Il faut que le préjudice soit certain, c'est-à-dire que les pertes de chance ne soient pas purement hypothétiques.

Une limitation remise en cause

Le Conseil constitutionnel a été saisi sur la conformité à la Constitution des dispositions du Code de la Sécurité sociale prévoyant une réparation limitée. Il admet le principe de la réparation forfaitaire mais considère qu'en cas de faute inexcusable, les juges doivent veiller à ce que les préjudices qui ne sont pas déjà couverts soient réparés (***Cons. const. 2010-8 QPC 18 juin 2010, voir fiche 31***). Solution confortée par la Cour européenne des droits de l'homme qui considère que le dispositif n'est pas contraire à la Convention européenne des Droits de l'Homme (*CEDH, 5e sect.,12 janvier 2017, req. n° 74734/14*).

Selon les termes même de la décision rendue par le Conseil constitutionnel, en présence d'une faute inexcusable, les dispositions du code de la Sécurité sociale ne sauraient, sans porter une atteinte disproportionnée au droit des victimes d'actes fautifs, faire obstacle à ce que la réparation de l'ensemble des préjudices non couverts soit demandée devant les juridictions compétentes (**voir fiche 45 : compétences des juridictions de sécurité sociale transférées à des tribunaux de grande instance spécialement désignés**).

Il s'agit notamment du préjudice sexuel, du déficit fonctionnel temporaire, de l'aménagement d'un appartement ou des frais d'un véhicule adapté en raison d'un handicap *(Cass. soc., 30 juin 2011, n° 10-19.475P ; Cass. 2e civ, 4 avril 2012, n° 11-14.311 et 11-14.594 ; Cass 2e civ, 28 juin 2012 n° 11-16.120)*.

En revanche, les soins étant déjà couverts ainsi que la perte de gains résultant de l'incapacité permanente partielle ou la perte des droits à la retraite, il n'y a pas lieu, selon la Cour de cassation, de compléter l'indemnisation pour ces préjudices *(Cass. 2e civ., 4 avril 2012, n° 11-18-014., n° 11-10308 et 11-15.393 ; Cass. Ch. mixte, 9 janvier 2015 n° 13-12.310 ; Cass. soc., 6 octobre 2015, n°13-26.052 ; Cass. 2e civ., 3 mai 2018 n° 14-20.214*).

Le salarié ne peut donc pas saisir le juge prud'homal pour demander une indemnisation des préjudices résultant de l'accident du travail. La juridiction prud'homale reste seulement compétente pour statuer sur le bien-fondé de la rupture et allouer le cas échéant des indemnités au titre d'un licenciement sans cause réelle et sérieuse ou d'une résiliation aux torts de l'employeur (*Cass. soc., 3 mai 2018, n° 17-10.306, 16-26.850, 16-18.116*).

À savoir

Seule une faute inexcusable du salarié peut conduire à la réduction de la rente majorée. Cette faute se définit comme une « faute volontaire, d'une exceptionnelle gravité et l'exposant sans raison valable à un danger dont il aurait dû avoir conscience (*Cass. 2e civ., 27 janvier 2004, n° 02-30.693*).

22. Qu'est-ce qu'une maladie professionnelle ?

**C'est une maladie contractée du fait du travail.
Elle est reconnue selon des modalités particulières.**

Maladies inscrites dans le tableau des maladies professionnelles

Une liste officielle énumère un ensemble de maladies. Pour être reconnues comme maladies professionnelles, de strictes conditions doivent être remplies, notamment une durée d'exposition aux risques et un délai pour déclarer les troubles.

Autres maladies

Les possibilités de reconnaissance visent *(CSS, art L. 461-1) :*

→ les maladies figurant sur les tableaux, même si la victime ne remplit pas les conditions relatives au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste des travaux ;

→ les maladies y compris les pathologies psychiques essentiellement et directement causées par le travail et ayant entraîné le décès de la victime ou une incapacité d'au moins 25 %. Un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles statue sur le lien entre la maladie et le travail. Des modalités spécifiques de traitement s'appliquent aux dossiers relatifs aux pathologies psychiques (possibilité de faire appel à des praticiens hospitaliers ou médecins spécialisés en psychiatrie).

Exemples de maladies

Parmi les maladies susceptibles d'être reconnues comme maladie professionnelle figure la surdité (voir tableau des maladies professionnelles diffusé sur le site www.inrs.fr).

La surdité peut aussi être un accident du travail, si la déficience résulte d'un choc dont l'origine est certaine (et non d'une évolution progressive).

De même, une infirmière qui contracte le sida en se blessant avec une seringue est victime d'un accident du travail. Pour préserver des moyens de preuve, tout accident doit immédiatement faire l'objet de déclaration. Des examens médicaux peuvent être nécessaires.

Formalités

La déclaration de la maladie doit être faite par le salarié lui-même à la caisse primaire d'assurance maladie. La caisse a 3 mois pour contester le caractère professionnel. Avant expiration de ce délai, lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, la caisse doit en informer la victime ou ses ayants droit. À l'expiration d'un nouveau délai qui ne peut excéder 3 mois, à compter de la date de cette notification et en l'absence de décision de la caisse, le caractère professionnel de la maladie est reconnu.

Délai de prescription

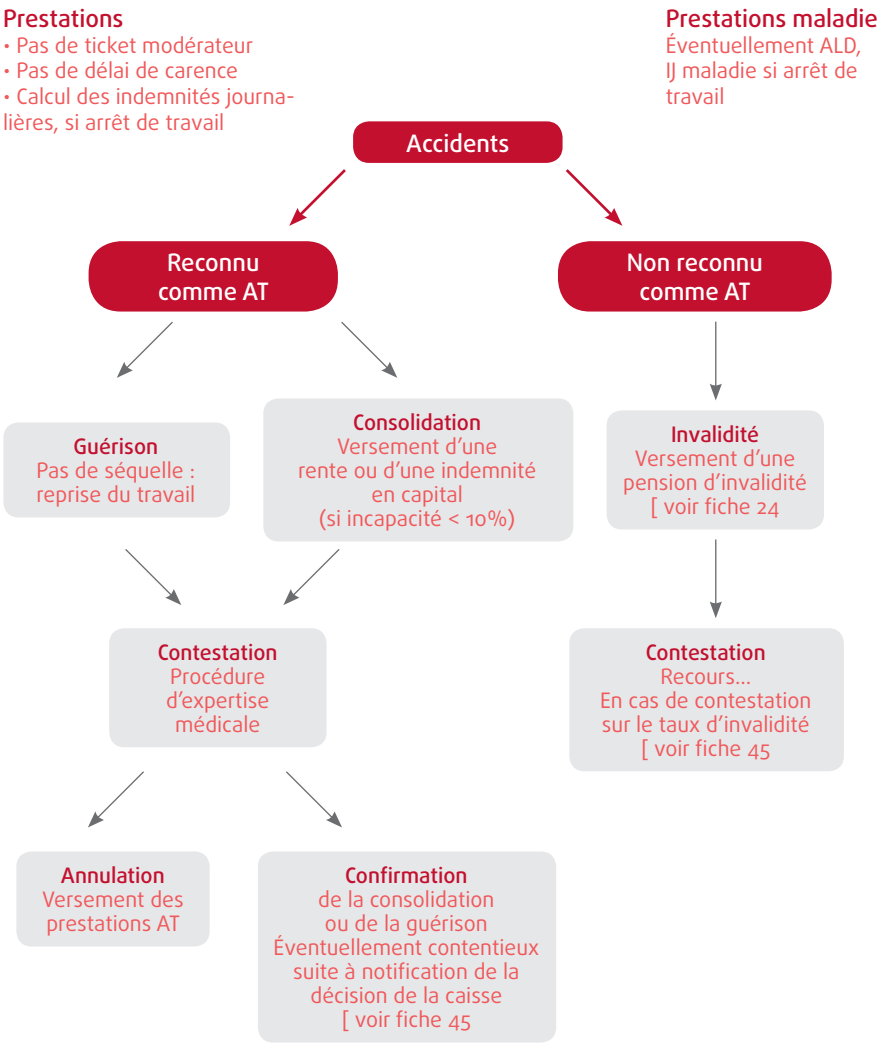
Il prend effet à compter de la date à laquelle la victime est informée par certificat médical du lien possible entre sa maladie et son activité professionnelle.

Intérêts de la reconnaissance

L'assuré a les mêmes droits qu'un accidenté du travail : pas de ticket modérateur, possibilité de percevoir une rente (voir tableau fiche 23).

Sous certaines conditions, l'exposition à des risques professionnels peut ouvrir droit à un abaissement de l'âge de la retraite (voir fiche 36).

23. Suivi d'une procédure de reconnaissance d'accident de travail



24. Notion d'invalidité

Définitions

A l'issue du délai d'expiration de versement des indemnités journalières, ou dans le cas où l'état du malade est stabilisé (c'est-à-dire qu'aucune amélioration ou aggravation ne risque d'intervenir dans un temps proche) ou en cas d'usure prématurée de l'organisme, une invalidité peut être reconnue. Il faut que l'assuré ait une réduction de sa capacité de travail ou de gain d'au moins deux tiers *(CSS, art. L. 341-1, R. 341-2)*
Il est alors susceptible de percevoir une pension d'invalidité, sous réserve que son état ne résulte pas d'un accident du travail. Dans ce cas, il perçoit une rente et non une pension d'invalidité.

Trois catégories d'invalides

Les invalides sont classés en 3 catégories qui déterminent le taux de la pension d'invalidité, soit de la 1e à la 3e classe :
➔ invalides ayant conservé une capacité de travail avec possibilité d'être rémunéré ;
➔ invalides incapables de travailler ;
➔ invalides devant recourir à l'aide d'une tierce personne *(CSS, art. L. 341-4 et R 341-4).*

Conditions d'attribution

Il faut :
➔ avoir été affilié 12 mois à la date d'arrêt de travail ou à la date d'invalidité ;
➔ justifier du versement d'un montant minimal de cotisations ou d'une durée de travail ;
➔ ne pas avoir atteint l'âge légal de la retraite. À cet âge, la pension d'invalidité est remplacée par une pension vieillesse. Toutefois, si l'assuré exerce une activité, la pension continue d'être versée au plus tard jusqu'à l'âge légal majoré de 5 ans **(voir fiche 34)**. La pension d'invalidité peut également être maintenue pendant 6 mois après l'âge légal de retraite, pour l'assuré qui était encore en activité 6 mois avant, et qui est en recherche d'un emploi lorsqu'il atteint l'âge légal (*CSS, art. L 341-17, D. 341-1 ; Décret 2016998 du 10 mai 2017*).

Montant de la pension

À chaque catégorie d'invalidité correspond un taux de pension :
➔ pour la 1e catégorie, le taux est de 30 % du salaire annuel moyen soumis à cotisations sur les 10 années dont la prise en compte est la plus avantageuse pour l'assuré ; l'année au cours de laquelle l'assuré a repris une activité professionnelle à temps partiel thérapeutique est retenue dans la détermination des dix meilleures années (*Cass. 2e civ, 30 mars 2017, n 16-13.122*).
➔ Pour la 2e catégorie, le taux est de 50 % du salaire annuel moyen ;
➔ pour la 3e catégorie, une majoration de 40 % s'applique au montant de la 2e catégorie.
Les taux s'appliquent à des salaires limités au plafond annuel de la Sécurité sociale (c'est-à-dire plafond mensuel en vigueur x 12).

Invalidité et inaptitude

L'état d'invalidité peut être reconnu s'il y a une réduction de la capacité de travail ou de gain suffisamment importante. C'est une appréciation distincte de l'inaptitude.

Reprise d'activité

La notion d'invalidité est distincte de l'appréciation de l'inaptitude à un poste de travail. Il est donc possible, si le salarié est reconnu apte (avec ou sans réserves) qu'il reprenne son emploi.
C'est le médecin du travail qui se prononce sur la possibilité de retrouver son emploi ou sur une éventuelle inaptitude. Après étude de poste, s'il constate qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible et que l'état de santé du travailleur justifie un changement de poste, il déclare le salarié inapte à son poste de travail. L'avis d'inaptitude rendu par le médecin du travail est éclairé par des conclusions écrites, assorties d'indications relatives au reclassement du travailleur (*C. trav. art. L. 4624-4*).
Dans le cas où le salarié bénéficiaire d'une pension d'invalidité reprend un travail, il peut éventuellement cumuler sa pension avec son revenu. Mais si le cumul dépasse un certain seuil, la pension est suspendue.
Les règles ont été aménagées pour permettre un nouveau calcul de la pension d'invalidité lorsque le salarié a retravaillé, que sa pension a été suspendue et que sa maladie récidive. La caisse primaire peut procéder dans certains cas à la liquidation d'une nouvelle pension, si elle est d'un montant plus élevé (*CSS, art. R. 341-21 ; Décret 2017-736 du 3 mai 2017 ; Arrêté du 4 mai 2017*). Cet aménagement évite de pénaliser certains assurés.

25. Emploi et personnes handicapées

Des aides ou des prestations spécifiques peuvent être accordées pour inciter à l'emploi de salarié handicapé.

Obligations de l'employeur

Tout établissement d'au moins 20 salariés est soumis à l'obligation d'employer l'équivalent de 6 % de travailleurs handicapés.

À défaut de respecter cette obligation d'emploi, l'employeur doit verser une contribution.

Certaines dépenses que l'employeur supporte directement et destinées à favoriser l'accueil ou le maintien des handicapés dans l'entreprise ou leur accès à la vie professionnelle peuvent être déduites du montant de cette contribution, dans une certaine limite. Une liste a été établie (*C. trav. art. D 5212-29*). Entrent notamment dans cette liste :

• la réalisation de **travaux**, dans les locaux de l'entreprise, afin de faciliter l'**accessibilité** ;

• la réalisation d'études et d'**aménagements des postes de travail** en liaison avec le médecin du travail et le CSE (comité social économique – anciennement CHSCT) ;

• la mise en place de **moyens de transport** adaptés en fonction de la mobilité et du problème particulier de chaque travailleur handicap ;

• la mise en place d'actions pour aider au **logement** des travailleurs handicapés afin qu'ils puissent se rapprocher de leur lieu de travail ;

• la formation et à la **sensibilisation** de l'ensemble des salariés de l'entreprise dans le cadre de l'embauche ou du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés.

En outre, des aides sont accordées en cas de reconnaissance de lourdeur du handicap *(C. trav., art. R. 5213-42 ; Arrêté du 2 février 2016).*

Attention

Ce que change la loi « Avenir professionnel » (*loi 2018-771 du 5 septembre 2018 ; C. trav. art. L. 5212-1 et s.*)

À partir du 1er janvier 2020 :

• tous les employeurs, y compris ceux employant moins de 20 salariés, déclareront l'effectif. Seuls les employeurs d'au moins 20 salariés seront soumis à une obligation d'emploi, dont le taux sera révisable tous les 5 ans ;

• pour s'acquitter de l'obligation d'emploi, la prise en compte des stages, des périodes de mise en situation en milieu professionnel ne sera plus plafonnée ;

• l'emploi direct sera privilégié mais certaines dépenses seront déductibles ;

• la contribution sera recouvrée par l'Urssaf et non plus par l'Agefiph.

Pour plus d'informations : www.agefiph.fr
Tél. : 0800 111 009

Qu'est-ce que la Prestation de compensation

Cette prestation, versée sans conditions de ressources, vise à compenser les charges liées au handicap. Elle est demandée par la personne handicapée qui s'adresse à la maison départementale des handicapés (MDPH). Elle peut prendre la forme d'aides humaines ou techniques, d'aides pour compenser l'aménagement du logement, du véhicule ou les surcoûts liés au transport, ou bien encore d'aides animalières.

Démarches

Constituée au sein de la MDPH, la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) statue notamment sur la reconnaissance du statut de travailleur handicapé.

Cette procédure est aménagée afin de simplifier les démarches et d'améliorer l'information des bénéficiaires de l'obligation d'emploi (*décret 2018-850 du 5 octobre 2018 ; C. trav., R. 5213-1-1*).

À savoir

Si le handicap est lié à un accident ou une maladie professionnelle, la protection du salarié est renforcée. Ainsi, en cas d'avis d'inaptitude rendu par le médecin du travail, le salarié peut percevoir une indemnité temporaire d'inaptitude durant le délai d'un mois imparti à l'employeur pour rechercher un reclassement (*CSS, art. L. 433-1, D. 433-2 et s.*).

Par ailleurs, pour faciliter son reclassement, la caisse peut verser au salarié une prime de fin de rééducation et, éventuellement, octroyer un prêt d'honneur (*CSS, art. R. 432-10 et D. 432-1*).

26. Soutien aux salariés aidants

Avec le vieillissement de la population mais également avec l'augmentation des personnes atteintes de maladies chroniques, le soutien aux salariés aidant un proche devient un enjeu important.

État des lieux

En France, on dénombrerait environ 11 millions d'aidants familiaux, dont 52 % sont en activité. Ces salariés s'occupent d'un parent dépendant, d'un enfant handicapé ou d'un conjoint atteint d'une maladie grave.
Ils doivent concilier ce rôle avec leur vie professionnelle, avec un risque d'épuisement.

Les acteurs

La problématique des aidants implique de nombreux acteurs : directions de ressources humaines, management de proximité, représentants du personnel, assistantes sociales et services de santé au travail sont concernés. Une des difficultés majeures est le caractère non visible : les personnes ne souhaitent pas nécessairement se déclarer aidants. Les organismes de prévoyance peuvent apporter leur contribution pour agir, sensibiliser les salariés.

Les leviers d'action

La notion de « degré élevé de solidarité » pourrait être un point d'appui important pour que les organismes de prévoyance organisent leurs initiatives et propositions (*CSS, art. L. 912-1 ; CSS, art. D 912-1 et s. ; CSS, art. R 912-1 et s.*). Il s'agit pour les organismes assureurs de pouvoir être éligible aux recommandations effectuées lors des appels d'offre suite aux négociations de branche (si recommandation il y a). Une part de financement au moins égale à 2 % de la prime doit être consacrée à des prestations de nature non contributive comme des actions de prévention ou d'action sociale, qu'elle soit de nature individuelle (aides ponctuelles) ou de nature collective (exemple, aides aux aidants familiaux).
Ces actions de prévention permettent d'étendre la prévoyance aux personnes aidantes qui, par effet de ricochet, voient aussi impacter leur santé (charge émotionnelle, temps consacré à aider mais aussi charge physique).
Sur les aidants familiaux en emploi : **www.cnsa.fr/documentation/orse-guideaidant-10-141_0.pdf**

À ce jour, ce type d'actions reste marginale ou se fait en partenariat avec des associations. Il pourrait se développer, compte tenu des enjeux humains et financiers importants.

Le congé de proche aidant

Un congé de proche aidant permet au salarié d'interrompre son activité ou de l'exercer à temps partiel, lorsqu'il s'occupe d'un membre de sa famille ou vient en aide auprès d'un proche, de manière régulière et fréquente pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. La condition d'ancienneté pour bénéficier de ce congé est d'un an. Ce congé n'est pas rémunéré. Il est, en principe, de trois mois renouvelable et ne peut pas dépasser un an sur toute la carrière. *(C. trav. art. L. 3142-16 et s.).*
En cas de dégradation soudaine de l'état de santé de la personne aidée, de situation de crise nécessitant une action urgente du proche aidant ou de cessation brutale de l'hébergement en établissement dont bénéficiait la personne aidée, le congé débute ou peut être renouvelé sans délai.

À savoir

Les dons de jours de repos
Il est possible pour des salariés de renoncer (dans une certaine limite) anonymement et sans contrepartie à tout ou partie de ses jours de repos non pris au bénéfice d'un autre salarié de l'entreprise qui assume la charge d'un enfant âgé de moins de vingt ans atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants (*C. trav. art. L. 1225-65-1 et s*). Le salarié bénéficie du maintien de sa rémunération pendant sa période d'absence.
La possibilité de bénéficier de dons de congés a été étendue à des salariés proches aidants, qui viennent en aide à des personnes en perte d'autonomie (*C. trav. art. L. 3142-25-1 ; Loi 2018-84 du 13 février 2018*).

27. Une solidarité renforcée

C'est avec le financement des prestations familiales que la voie de la fiscalisation du financement de la protection sociale a été amorcée en France ; parallèlement un nombre croissant de prestations est placé sous condition de ressources.

Fiscalisation du financement

Le principe de territorialité permet à toute personne résidant sur le territoire français d'avoir droit à des prestations. Il faut remplir les conditions d'enfant à charge et, le cas échéant, de ressources.
Cette généralisation des prestations nécessite un mode de financement plus large que les cotisations. La CSG répond à ce besoin. Une part de financement reste également à la charge de l'employeur.

Condition de ressources

De plus en plus de prestations sont versées sous conditions de ressources. C'est le cas, par exemple, de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant, de l'allocation de rentrée scolaire. Une modulation de certaines prestations est instaurée. L'allocation est versée totalement ou partiellement selon le niveau de ressources de la famille (cas de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant ou des allocations familiales).

Le saviez-vous ?

Notion d'enfant à charge
Peu importe qu'il s'agisse d'un enfant légitime, naturel, adopté ou recueilli ; il suffit qu'il soit à la charge effective et permanente de l'assuré. Il faut que la personne en assume le logement, la nourriture, l'éducation.

Vers une réforme des minima sociaux et des aides sociales
Cette évolution consisterait à aménager l'accès à des minima sociaux et aux aides au logement. Dans le cadre du plan pauvreté, présenté le 13 septembre 2018, la fusion de la prime d'activité, du RSA et de l'aide personnalisée au logement a été annoncée.

Fiscalité des prestations

Certaines prestations familiales sont soumises à la CRDS. Il s'agit :
→ de la prestation d'accueil du jeune enfant ;
→ des allocations familiales ;
→ du complément familial ;
→ de l'allocation de rentrée scolaire ;
→ de l'allocation de soutien familial ;
→ de l'allocation journalière de présence parentale.

28. Prestations sans conditions de ressources

Certaines prestations familiales sont destinées à compenser les charges familiales, sans tenir compte des ressources.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé

Elle est servie pour tout enfant handicapé jusqu'à 20 ans atteint d'une incapacité permanente.
Cette allocation est constituée d'une allocation de base et éventuellement d'un complément.
Si cette incapacité est de 80 % et plus, toute personne qui assume la charge de l'enfant peut prétendre à l'allocation de base ; si l'incapacité est comprise entre 50 et 80 %, l'allocation est versée si l'enfant est reçu dans un établissement spécialisé ou s'il est pris en charge à domicile pour des soins. S'ajoute, le cas échéant, à cette allocation de base un complément dont le montant est fonction du recours à une tierce personne et/ou de l'importance des dépenses supplémentaires engagées par la personne qui a l'enfant à charge.
Une possibilité d'option entre le complément AEEH et la prestation de compensation du handicap est ouverte.
Les personnes bénéficiant de l'AEEH et du complément peuvent accéder à des aides majorées (complément du libre de choix du mode de garde) ou acquérir des trimestres d'assurance en retraite.

L'allocation de soutien familial

Elle est versée aux orphelins (de père ou de mère ou des deux) ou aux enfants dont l'un des parents est défaillant pour le versement de la pension alimentaire.
Pour réduire les risques de précarisation et garantir le paiement des pensions impayées, un dispositif repose sur :
→ le versement d'une allocation de soutien familial différentielle, si la pension alimentaire due est inférieure au montant de l'ASF
→ un renforcement de la procédure de recouvrement des pensions impayées mise en oeuvre par les CAF auprès du parent qui ne paie pas ou ne paie que partiellement la pension alimentaire et ce, dès le premier mois d'impayé.

Allocation journalière de présence parentale

Une allocation journalière de présence parentale est attribuée au couple ou à la personne seule qui modifie l'organisation de sa vie professionnelle pour s'occuper d'un enfant gravement malade, handicapé ou accidenté.
Le nombre d'allocations est fixé à 310 jours ouvrés sur une période de 3 ans.

29. Prestations sous conditions de ressources

La politique familiale est un moyen de redistribution des revenus afin d'assurer un revenu familial minimum aux familles ou personnes isolées dont les revenus ne dépassent pas un certain montant. Certaines prestations sont modulées.

Les allocations familiales

Pour avoir droit aux allocations familiales, il faut avoir au moins 2 enfants à charge. Le montant varie en fonction du nombre d'enfants et des revenus du foyer.

Le versement peut être prolongé jusqu'à 20 ans à condition que la rémunération éventuellement perçue par l'enfant ne dépasse pas 55 % du SMIC.

Une allocation forfaitaire continue d'être versée pendant un an à la personne ou au ménage qui a la charge d'au moins 3 enfants lorsque l'un ou plusieurs des enfants atteint 20 ans.

La prime à la naissance et l'allocation de base

La prime est versée en une seule fois après la naissance, sous réserve de satisfaire aux examens médicaux.

L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant est due à compter du mois suivant la naissance jusqu'aux 3 ans de l'enfant. Pour en bénéficier, il faut justifier avoir passé les examens médicaux obligatoires.

Son montant est modulé selon le niveau de ressources de la famille.

Le complément familial

Cette allocation est versée aux personnes assumant la charge d'au moins 3 enfants d'au moins 3 ans. Elle prend ainsi le relais de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant. Elle est versée jusqu'au 21e anniversaire de l'aîné.

Une majoration du complément familial est créée pour les familles les plus vulnérables. Deux plafonds de ressources coexistent donc avec deux montants.

Il est possible de percevoir un complément familial différentiel sous certaines conditions (si les ressources dépassent de peu le plafond de ressources applicable).

L'allocation pour adulte handicapé

Versée aux handicapés de plus de 20 ans, elle peut prendre le relais de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (qui est versée sans conditions de ressources). Le taux d'incapacité handicap doit être d'au moins 80 %. Il peut être compris entre 50 % et 80 %. Et dans ce cas, la personne handicapée doit connaître, du fait du handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi *(CSS, art. L. 821-2)*.

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées apprécie le taux d'incapacité.

L'AAH peut être complétée, sous certaines conditions, d'un complément de ressources ou d'une majoration pour vie autonome.

L'allocation de rentrée scolaire

Elle est attribuée sous condition de ressources à toutes les familles, y compris celles qui n'ont qu'un enfant. Son montant est modulé en fonction de l'âge de l'enfant.

30. Prestations pour concilier vie familiale et vie professionnelle

La politique familiale tente de répondre aux difficultés de concilier vie professionnelle et vie familiale. Les prestations concernées ont fait l'objet de coupes budgétaires à travers des réductions de la durée de versement ou du montant.

La prestation partagée d'éducation

Cette prestation est versée à tout parent cessant son activité professionnelle suite à la naissance d'un enfant. L'exercice d'activité partielle est possible ; le taux de l'allocation est alors réduit.

La durée de versement de l'allocation est différente selon le nombre d'enfants et selon la date de naissance ou d'adoption de l'enfant.

Suite à la réforme du congé parental et de son mode d'indemnisation, la durée de versement a été limitée, l'objectif étant d'inciter l'autre parent à prendre une partie du congé parental et de faire des économies.

La durée de versement est, en principe, de 24 mois au maximum pour chacun des membres du couple, dans la limite des trois ans du dernier enfant né.

Cette durée est notamment réduite selon les mois ayant donné lieu à indemnisation à un autre titre (indemnité journalière, maintien de traitement). Ou elle peut être augmentée en cas de naissances multiples d'au moins 3 enfants.

Dans le cas d'un premier enfant, la durée est de 6 mois pour chaque membre du couple, dans la limite du premier anniversaire de l'enfant.

Des règles particulières s'appliquent pour les familles monoparentales.

À savoir

Une couverture sociale est garantie aux allocataires de la prestation partagée d'éducation : ils ont droit, dès la reprise de leur travail, aux indemnités journalières aux mêmes conditions qu'avant leur départ. Ils sont, par ailleurs, affiliés à l'assurance vieillesse sous réserve de remplir des conditions de ressources.

Le complément de libre choix du mode de garde

Cette aide consiste en :

→ une prise en charge totale (ou partielle) des cotisations dues par les parents qui emploient une assistante maternelle ou qui font garder un enfant à leur domicile ;

→ une prise en charge de la rémunération versée, en fonction des ressources des parents et de l'âge de l'enfant.

Le montant est majoré pour certaines familles, ayant un enfant handicapé *(projet de loi de financement de sécurité sociale pour 2019).*

Négociations sur l'égalité professionnelle

Dans les entreprises d'au moins 50 salariés en l'absence d'accord ou de plan d'action relatif à l'égalité professionnelle *(C. trav. art. L. 2242-8)*, une pénalité s'applique.

Cette pénalité peut également être appliquée, en l'absence de publication des informations sur les écarts de rémunération entre les femmes et les hommes ou de mesures financières de rattrapage salarial (*C. trav. art. L. 2242-8 ; L. 2018-771, du 5 sept. 2018 ; C. trav., art. L. 1142-8 et L. 1142-9. ; Décret à venir*).

31. Une protection à trois étages

Progressivement, s'est mise en place, en France, une protection contre le risque vieillesse avec différents étages : le régime de base, les niveaux complémentaires (Agirc, Arcco), et même un étage supplémentaire.

Multiplication des régimes de base

C'est l'illustration de l'échec de la volonté de régime universel souhaité à l'origine du système de sécurité sociale en 1945. La diversité des régimes porte tant sur les conditions d'âge que sur le niveau des prestations. Aujourd'hui, l'assurance vieillesse est donc constituée d'une mosaïque de régimes avec toutefois un régime unique qui regroupe les salariés du secteur privé (industrie, commerce et services, ainsi que les agents non titulaires de l'État).
Une concertation suivie d'une réforme sera mise en œuvre en 2019 pour harmoniser les régimes. Cette réforme ne devrait pas impacter les générations proches de l'âge de départ en retraite.

Les régimes complémentaires

Il s'agit de régimes obligatoires, qui ne font pas partie de la Sécurité sociale, mais qui sont venus compléter de manière significative les prestations de base :
→ créé en 1947, le régime des cadres est fédéré par l'Agirc ;
→ créé en 1961, le régime des non-cadres (mais auquel cotisent aussi les cadres depuis 1973 pour la fraction de salaire inférieure au plafond de la Sécurité sociale) a pris la forme, depuis le 1er janvier 1999, d'un régime unique comparable à l'Agirc.

Gérés en répartition et sur un mode paritaire, ces deux régimes connaissent des évolutions successives importantes (gel de points et sous indexation, hausses des taux).
Une réforme majeure entre en vigueur le 1er janvier 2019 : un régime unifié est créé (Accord du 30 octobre 2015 ; Accords 17 novembre 2017). Cette réforme impacte les conditions de départ et les taux de cotisations **(voir fiche 38)**.
Les deux régimes fusionnent. Ainsi, la référence à la notion de cadre et aux tranches de rémunération correspondant (Tranche A, B, C) disparaît dans les nouveaux accords. Il en est de même pour la référence à la notion de non cadre et aux tranches de rémunération correspondantes (Tranche 1 et Tranche 2).
Deux tranches sont donc en vigueur : d'une part, jusqu'au plafond de sécurité sociale et d'autre part, entre 1 fois et 8 fois le plafond.
La notion de « cadre » disparaissant au niveau des retraites complémentaires *(Accords 30 octobre 2015, 17 novembre 2017, Arrêté du 24 avr. 2018 ; Arrêté du 27 juill. 2018),* une négociation nationale interprofessionnelle est prévue par l'ANI relatif aux retraites complémentaires (30 oct. 2015), pour redéfinir les éléments permettant de caractériser l'encadrement. Cette négociation n'a pas abouti à ce jour.
Concernant la garantie décès obligatoire (cadres dits art 4 et « 4 bis » par référence à la Convention Agirc de 1947) qui était définie à l'article 7 de cette convention, un accord du 17 novembre 2017 (étendu et élargi par arrêté du 27 juillet 2018) prévoit le statu quo en cas d'échec de la négociation.

Le régime complémentaire continue de fonctionner par points et non en annuités comme le régime général **(voir fiche 38 Lexique)**.

Les régimes supplémentaires

Mis en place dans le cadre des entreprises, le plus souvent au profit de certaines catégories de salariés cadres et dirigeants, ce sont des régimes qui fonctionnent par capitalisation, avec des avantages fiscaux à la clé et qui assurent aux bénéficiaires le service d'une rente. L'épargne retraite peut se traduire, dans les entreprises, par la mise en place de plans d'épargne retraite collectif (PERCO).
(voir fiche 40)

32. Principe d'égalité de traitement

Ce principe a des incidences importantes en matière de retraite.

Dans le régime de base

Le principe d'égalité de traitement et de non-discrimination a été à l'origine de deux modifications législatives :

➔ l'une concerne les majorations de trimestre pour enfant. Il a été nécessaire d'adapter le dispositif pour donner la possibilité aux pères d'en bénéficier selon les conditions dans lesquelles l'enfant a été élevé et/ou en fonction du choix des parents ;

➔ l'autre concerne l'extension de la possibilité de racheter des trimestres au-delà de l'âge légal. Le rachat de trimestres au titre d'années incomplètes ou d'études supérieures est possible jusqu'à l'âge légal majoré de cinq ans, la Halde ayant considéré que le fait de mettre une limite d'âge à l'âge légal était discriminatoire.

Dans les régimes complémentaires

Le système a été initialement fondé sur une distinction entre cadre et non cadre puisque deux régimes coexistaient : l'un visant les non cadres (régime Arrco), l'autre visant les cadres (régime Agirc) (**sur l'évolution de ces régimes, voir fiche 38**). La Cour de cassation applique la notion de discrimination indirecte lorsque l'application des critères d'affiliation conduit à exclure des professions essentiellement féminines *(Cass. soc., 6 juin 2012, n° 10-21.489).*

Cette distinction apparaît toujours dans les conventions collectives, les accords collectifs, les contrats de travail, pour déterminer des droits. La jurisprudence apporte des adaptations au principe pour donner une validité aux différences conventionnelles catégorielles et sécuriser les accords collectifs : sont présumées objectives les différences résultant d'accords collectifs entre salariés relevant de catégories distinctes (*Cass. soc. 27 janvier 2015 n° 13-22179, n° 13-25437, n° 13-14773*) mais également entre des salariés relevant d'une même catégorie et exerçant des fonctions distinctes (*Cass. soc. 8 juin 2016 n° 15-11.324 ; 15-11.478 à 15-12.021*). Sont également présumées justifiées les différences de traitement entre salariés relevant d'établissements distincts résultant de l'existence d'un accord d'établissement, les autres établissements n'étant pas couverts par un tel accord (*Cass. soc., 4 octobre 2017 n° 16-17.517*).

La distinction cadre/non cadre est également reprise pour déterminer les catégories « objectives » utiles pour caractériser le caractère collectif d'un régime de prévoyance et de retraite supplémentaire. Selon la Cour de cassation, le principe d'égalité de traitement, en matière de prévoyance et de retraite supplémentaire, ne s'applique qu'entre salariés relevant d'une même catégorie professionnelle (*Cass. soc.13 mars 2013 n° 11-20.490, n° 10-28.022, n° 10-28.022, n° 11-13.645.*).

À savoir

Suite à l'évolution des régimes Agirc-Arrco et à la création d'un régime unifié, une négociation sur les missions de l'encadrement est prévue (Accord national interprofessionnel du 30 octobre 2015). Elle n'a pas abouti à ce jour.

Lire aussi Avant propos

33. Calcul et montant de la retraite

**Pour les salariés du secteur privé, l'assurance retraite donne droit à des prestations en contrepartie de cotisations.
Des ajustements sont intervenus de manière récurrente depuis 30 ans.
Ces modifications impactent le calcul et le niveau des retraites.**

La durée d'assurance

• C'est le nombre d'années durant lesquelles l'assuré doit cotiser pour prétendre à la retraite à taux plein dès que l'âge légal est atteint : 60 ans porté progressivement à 62 ans.
• Cette durée se calcule en trimestres dont le nombre varie selon l'année de naissance. Depuis le 1er janvier 2014, un trimestre est égal à 150 fois le Smic. Un assuré ne peut pas valider plus de 4 trimestres par an.
• Les assurés qui, à l'âge de partir en retraite, n'ont pas un nombre de trimestres suffisants ont une pension minorée.
• Des trimestres supplémentaires sont accordés aux femmes qui ont eu des enfants : pour les enfants nés depuis le 1er janvier 2010, 4 trimestres au titre de la maternité et 4 trimestres au titre de l'éducation (ou au père, selon le choix opéré par les parents).
• Des trimestres sont aussi validés pour les périodes pendant lesquelles le salarié n'a pas travaillé (par exemple, maladie, maternité, invalidité, chômage sous certaines conditions).

Le calcul du salaire annuel moyen

Les salaires, ayant donné lieu à cotisations et reportés au compte de l'assuré, servent à calculer ce salaire annuel moyen. Pour les assurés nés à partir de 1948, sont retenues les 25 meilleures années.

Le taux

Il est de 50 % du salaire annuel moyen et subit des minorations si l'assuré n'ayant pas atteint l'âge du taux plein automatique ne remplit pas les conditions de durée d'assurance.
L'âge requis pour bénéficier d'une pension de retraite à taux plein sans justifier de la durée d'assurance requise, aujourd'hui fixé à 65 ans, est progressivement augmenté.
Il passe à 65 ans et 4 mois pour les assurés nés entre le 1er juillet et le 31 décembre 1951. Ensuite, il augmente sur un rythme de 5 mois par génération, pour atteindre 67 ans (assurés nés en 1955).
Des catégories de personnes conservent l'âge d'attribution automatique du taux plein à 65 ans, soit pour une période transitoire (assurés nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1955 ayant eu au moins 3 enfants et qui ont interrompu ou réduit leur activité professionnelle pendant un certain temps) soit de manière continue (sous certaines conditions, assurés handicapés ; assurés ayant interrompu leur activité professionnelle en raison de leur qualité d'aidant familial ; assurés bénéficiant d'un nombre minimal de trimestres au titre de la majoration pour enfant handicapé ou de la prestation de compensation du handicap).
Pour les départs anticipés en retraite, voir fiche 36.

Les coefficients de revalorisation

Ils servent à revaloriser les salaires reportés au compte vieillesse du salarié. L'indexation se fait sur les prix, alors que celle du plafond, qui sert de référence pour le calcul maximal de la pension, se fait sur les salaires. De ce fait, il n'est plus possible d'obtenir le maximum.

Formule de calcul de la retraite

$$P = t \times SAM \times \frac{DRG}{d}$$

P = pension ;
t = taux à la liquidation (maximum : 50 %) ;
SAM = salaire annuel moyen de base ;
DRG = durée d'assurance dans le régime général.
d = durée de référence

Le montant de la pension est majoré en cas de poursuite d'activité, au-delà de l'âge légal et au-delà du nombre de trimestres requis (**voir fiche 37**).

PARAMÈTRES DE CALCUL DE LA RETRAITE DANS LE RÉGIME GÉNÉRAL

(issus de la loi n° 2014-40, 20 janvier 2014).

Année de naissance	Durée d'assurance Pour le taux	Taux minoré par trimestre manquant	Durée de référence	Salaire annuel moyen
1948	160	0,9375	160	25
1949	161	0,875	161	25
1950	162	0,8125	162	25
1951	163	0,75	163	25
1952	164	0,6875	164	25
1953 et 1954	165	0,625	165	25
1955, 1956 et 1957	166	0,625	166	25
1958, 1959 et 1960	167	0,625	167	25
1961, 1962 et 1963	168	0,625	168	25
1964, 1965 et 1966	169	0,625	169	25
1967, 1968 et 1969	170	0,625	170	25
1970, 1971, 1972	171	0,625	171	25
À partir de 1973	172	0,625	172	25

34. Financement des retraites et recul de l'âge légal

Le report progressif de l'âge légal de retraite à 62 ans, en fonction de l'année de naissance, est effectif à partir de la génération 1955. Une autre réforme, qui a vu le jour en 2014, programme un allongement de la durée d'assurance.

L'âge de la retraite

En France, il est de 60 à 62 ans dans le régime général. Ceci constitue un droit, en aucun cas une obligation.

À partir du 1er janvier 2019, dans les régimes complémentaires, les participants ayant liquidé leur retraite à taux plein dans les régimes de base se voient appliquer, sauf exceptions, des coefficients de solidarité ou de majoration, selon la date de leur départ (*Accords du 30 octobre 2015, 17 novembre 2017*).

Pour les départs anticipés, voir fiche 36.

Le financement

→ les prestations vieillesse sont financées par une cotisation d'assurance vieillesse pour partie à la charge du salarié (6,90 %) et pour partie à la charge de l'employeur (8,55 %). La cotisation de l'employeur et du salarié est en partie déplafonnée (1,90 % et 0,40 %) *(CSS, art. D. 242-4)* ;

→ par ailleurs, une partie de la CSG est affectée au financement des prestations dites « non contributives ». Un Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est chargé de gérer ces montants correspondant à des droits qui n'ont pas donné lieu au versement d'une cotisation ;

→ un fonds de réserve des retraites a été créé. Une partie de ses ressources sera utilisée pour financer les retraites dans les prochaines années.

À savoir

Les cotisations salariales d'assurance vieillesse de base et de retraite complémentaire sur les heures supplémentaires devraient faire l'objet de mesures d'exonération à partir du 1er septembre 2019 *(projet de loi de financement de sécurité sociale pour 2019)*.

Attention

Une concertation est engagée pour conduire une nouvelle réforme qui, en tout état de cause, ne devrait pas concerner les générations proches du départ en retraite. La création d'un régime par points a été évoquée.

Le mécanisme, initié par les partenaires sociaux pour la gestion des régimes complémentaires, conduisant à « pénaliser » pendant 3 ans les personnes qui partent dès l'âge légal pourrait également être une piste privilégiée pour la réforme plus globale.

Lexique

Répartition : technique de fonctionnement des régimes de retraite reposant sur une solidarité importante entre actifs et inactifs puisque les cotisations prélevées à un temps T servent à financer les prestations versées dans ce même temps.

Capitalisation : technique permettant de se constituer un avantage de retraite en accumulant des cotisations sur un compte personnel, en utilisant les mécanismes financiers. Ce système d'épargne individuelle qui avait été abandonné au profit des techniques de répartition connaît aujourd'hui un regain d'intérêt, dans le cadre plus collectif.

Points : méthode de calcul de la retraite dans les régimes complémentaires. L'intéressé acquiert tout au long de sa carrière un nombre de points qui dépend des cotisations versées et du salaire de référence.

Annuités : modalités de calcul de la retraite du régime d'assurance vieillesse de base, qui prend en compte le nombre de trimestres d'assurance acquis au cours d'une année.

Quelles évolutions ?

Un report de l'âge légal est programmé comme suit :

Date de naissance	Age de départ
1er juillet 1951	60 ans et 4 mois
1er janvier 1952	60 ans et 9 mois
1er janvier 1953	61 ans et 2 mois
1er janvier 1954	61 ans et 7 mois
1er janvier 1955	62 ans
Générations suivantes	62 ans

35. Formalités et versement de la pension

Pour percevoir sa retraite, l'assuré doit toujours en faire la demande. Avant de partir en retraite, une étude des droits acquis est faite par la caisse. L'assuré peut ainsi déterminer la meilleure date possible pour cesser son activité.

Relevé individuel et estimation

Une obligation d'information pèse sur les caisses de retraite gérant des régimes par répartition obligatoires, qu'il s'agisse de régimes de base ou complémentaires, de régimes salariés ou non salariés, agricoles ou non agricoles, qu'il s'agisse d'assurés relevant du secteur privé ou de la fonction publique. La coordination des informations est assurée par un groupement d'intérêt public.
Une information globale sur les droits à la retraite est remise périodiquement à l'assuré. Par ailleurs une estimation lui est adressée à partir d'un certain âge.
Voir le site www.info-retraite.fr

Le versement de la pension

La liquidation de la pension :
→ est subordonnée à la rupture effective de tout lien avec le dernier employeur ;
→ est, en principe, définitive, sauf cas exceptionnels (régularisation de cotisations, retraite progressive, pension communautaire).
La pension est servie le premier jour du mois suivant la cessation de tout lien avec le dernier employeur. La pension est payée mensuellement et à terme échu.
Des majorations s'appliquent pour les parents ayant élevé au moins 3 enfants, pour les personnes qui recourent à l'aide d'une tierce personne et pour les personnes qui bénéficient de la « surcote » (voir fiche 37).
Pour éviter des retards, le versement est garanti le mois suivant la date de retraite pour les assurés qui ont présenté une demande complète au moins quatre mois avant cette date (*Décret n° 2015- 1015 du 19 août 2015*).

Prélèvements sociaux

Sur les pensions s'appliquent :
→ la CSG (au taux de 8,3 %), sauf cas d'exonération ou de réduction pour les personnes ayant des revenus inférieurs à un certain seuil ;
→ la CRDS (au taux de 0,5 %), sauf pour les bénéficiaires d'un avantage non contributif ;
→ une contribution de 0,3 % sauf cas d'exonération pour les personnes ayant des revenus inférieurs à un certain seuil.

36. Départ avant l'âge légal

Des possibilités de départs en retraite, avant l'âge légal, existent pour les carrières longues, les salariés handicapés et les salariés justifiant d'un certain taux d'incapacité permanente. Un dispositif vise les salariés qui étaient exposés à des risques professionnels.

Carrière longue

Le dispositif « carrières longues » permet aux assurés ayant commencé à travailler avant 20 ans de bénéficier d'une retraite à taux plein à 60 ans ou avant, en fonction de l'âge de début de carrière et de la durée cotisée.
Certains trimestres sont réputés« cotisés ». C'est le cas de tous les trimestres acquis au titre de la maternité. Sont également réputés cotisés des périodes de maladie et d'accident du travail à raison de 4 trimestres au maximum (en tout), des périodes de chômage indemnisé (dans la limite de 4), des périodes d'invalidité (dans la limite de deux).

Salariés handicapés.

La limite d'âge pour la liquidation d'une pension à taux plein est abaissée au profit des assurés handicapés atteints d'une incapacité permanente au moins égale à 50 % et justifiant d'une durée d'assurance cotisée *(CSS, art. L.351-1-3).* Pour les périodes antérieures au 31 décembre 2015, la reconnaissance de travailleurs handicapés est prise en compte quel que soit leur taux d'incapacité.
Les durées totales et cotisées sont déterminées sur la base de la durée exigée pour le taux plein. Elles varient en fonction de l'âge de l'assuré à la date d'effet de la pension.

Incapacité permanente

Certains assurés peuvent partir dès 60 ans avec une retraite à taux plein, quelle que soit leur durée d'assurance, s'ils justifient d'une incapacité permanente au moins égale à 10 %.
Il faut qu'ils soient reconnus en incapacité :
→ au titre d'une maladie professionnelle ;
→ ou au titre d'un accident du travail ayant entraîné des lésions de même nature (liste fixée par arrêté du 30 mars 2011).

Pour ouvrir droit à la retraite anticipée et bénéficier d'un taux plein, quelle que soit sa durée d'assurance, l'assuré doit justifier :
→ soit d'une incapacité permanente au moins égale à 20 % ;
→ soit d'une incapacité permanente inférieure à 20 % mais au moins égale à 10 %, du fait de son exposition pendant 17 ans à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels. En principe, une commission pluridisciplinaire est saisie.
Pour les salariés exposés à des facteurs de risques qui n'entrent plus en considération dans le nouveau dispositif de compte de prévention (C2P – voir ci dessous), une possibilité de départ anticipée est ouverte dans le cadre de la retraite pour incapacité permanente. Ces salariés justifiant d'un taux d'incapacité permanente compris entre 10 et 20 % reconnu au titre d'une maladie professionnelle consécutive à un ou plusieurs facteurs de risques, sont dispensés de prouver leur durée d'exposition au risque ainsi que le lien de causalité entre l'incapacité et l'exposition à ces facteurs. Ils ne sont pas tenus d'obtenir un avis favorable de la commission pluridisciplinaire (*CSS, art. L. 351-1-4 ; Arrêté du 26 décembre 2017*).

Prise en compte de l'exposition à des facteurs de risques professionnels (ex - pénibilité)

Les salariés peuvent acquérir des droits au titre d'un compte professionnel de prévention (C2P) lorsqu'ils ont été exposés à certains facteurs de risques professionnels au-delà de seuils définis par décret (*C. trav., L 4161-1, L. 4163-1*). La traçabilité de ces postes s'accompagne de la mise en place du « C2P » sur lequel il peut accumuler des points (*C. trav. art. L. 4163-4 et s. ; Ordonnance 2017-1389 du 22 septembre 2017*).

Les salariés qui remplissent ces conditions pourront utiliser des points inscrits sur ce compte pour avancer leur âge de départ en retraite. Chaque trimestre d'exposition donne droit à un point (deux points en cas d'exposition à plusieurs facteurs). Le nombre total de points est plafonné à 100 (avec des aménagements pour les salariés nés avant 1956). 10 points sur le compte ouvrent droit à un trimestre de majoration de durée d'assurance vieillesse (*C. trav. art. R4163-11 ; Décret 2017-1768 du 27 décembre 2017*). Tous les trimestres de majoration de durée d'assurance attribués à ce titre sont réputés « cotisés » pour le départ avant l'âge légal.

Les 20 premiers points inscrits sur le compte sont réservés à la formation professionnelle avec toutefois des modalités particulières pour les salariés nés avant 1963 (*C. trav. art. R. 4163-13 Décret 2017-1768 du 27 décembre 2017*).

L'employeur déclare ces facteurs de risques et les salariés concernés via la déclaration sociale nominative (*CSS, art. L. 135-5-3*)

37. Emploi des seniors

Compte tenu du faible taux d'activité des seniors en France et des difficultés de financement des régimes, des mesures sur l'emploi des seniors ont été prises.

Principe : cessation d'activité

Le versement de la retraite est subordonné à la cessation de toute activité (sauf retraite progressive ou dérogations). Mais il est possible de reprendre une activité.
La poursuite de certaines activités est admise. Il s'agit notamment d'activités artistiques, littéraires, scientifiques ou toutes activités considérées comme accessoires.

Cumul emploi - retraite intégral

Il est possible de cumuler un emploi et une retraite (base ou complémentaire) sans limite de ressources. Il faut avoir une retraite à taux plein et avoir fait liquider toutes ses retraites personnelles, de base et complémentaire, françaises et étrangères.
Avant de poursuivre ou de reprendre une activité, il est prudent de se renseigner auprès des caisses pour ne pas prendre le risque de voir sa pension suspendue.

Depuis janvier 2015, en cas de reprise, l'activité ne génère aucun nouveau droit, quel que soit le régime auquel est rattachée la nouvelle activité *(CSS, art. L. 161-22-1A).* La totalité des cotisations reste due au titre de cette activité.

Cumul limité

Si les conditions du cumul intégral ne sont pas remplies, le cumul est possible avec des restrictions.

Dans le régime général

→ Il est possible de reprendre une activité salariée chez son ancien employeur sous réserve d'attendre un délai de 6 mois après la liquidation de la pension. S'il s'agit d'un autre employeur, aucun délai n'est prévu.
→ En cas de reprise d'activité salariée, les revenus procurés par cette activité, ajoutés aux pensions servies par les régimes obligatoires (y compris régimes complémentaires ARRCO-AGIRC) doivent être inférieurs à la moyenne des 3 derniers salaires d'activité soumis à CSG ou 160 % du Smic. Si les revenus dépassent le plafond indiqué, l'assuré doit informer les caisses. Le montant de la pension est réduit à due concurrence (et non plus suspendue comme c'était le cas avant le 1er janvier 2015).

Dans les régimes complémentaires

En cas de reprise d'une activité salariée, le versement de la retraite est suspendu, sauf si les revenus perçus n'excèdent pas l'ancien salaire d'activité (dernier salaire soumis à cotisations sans les primes exceptionnelles ou moyenne des 10 dernières années ou 160 % du Smic). Pour l'application de cette règle, sont prises en compte toutes les pensions (régime obligatoire salarié ou non salarié, privé ou public) et les revenus procurés par l'activité. Ce sont les montants bruts (avant tout prélèvement) qui sont retenus. À noter que les régimes de retraite complémentaire n'exigent pas que le salarié attende un délai de 6 mois pour reprendre une activité chez son dernier employeur.
Lorsqu'un retraité reprend une activité, il ne s'ouvre pas de nouveaux droits, les cotisations salariales et patronales sont dues.

La surcote

Dans le régime de base, l'assuré qui continue à travailler au-delà de l'âge légal, tout en ayant déjà le nombre de trimestres requis pour bénéficier d'une retraite à taux plein, a droit à une majoration de sa pension (5 % par an).
Dans les régimes complémentaires, le salarié qui travaille un an au-delà de l'âge neutralise les effets de la décote temporaire. **(voir fiche 38)**

Celui qui demande sa retraite complémentaire 2 ans plus tard, bénéficie d'une majoration de sa retraite complémentaire pendant 1 an de :
-10 % s'il décale la liquidation de sa retraite complémentaire de deux années
-20 % s'il décale de trois années ;
-30 % s'il décale de quatre années.

La retraite progressive

Par dérogation au dispositif de cumul emploi-retraite, les assurés, qui ont atteint l'âge légal diminué de 2 ans (et au moins 60 ans) et qui justifient de 150 trimestres ont la possibilité de partir en retraite progressive. Dans ce cas, ils perçoivent une fraction de pension et leur salaire d'activité. La liquidation de la pension est calculée à titre provisoire (le cas échéant avec application d'un taux minoré). Au moment de la liquidation complète, de nouveaux droits sont calculés.
Les salariés qui bénéficient de tous les trimestres requis et qui demandent à bénéficier de la retraite progressive se voient appliquer la surcote.
Le mécanisme de retraite progressive existe également dans le régime de retraite complémentaire (avec application d'abattements spécifiques, provisoires, selon la situation du salarié).

38. Les régimes complémentaires : quelles évolutions ?

Le régime de base verse une retraite dont le montant est plafonné. Pour maintenir un niveau de revenu plus proche du revenu d'activité, des compléments ont été créés. Ces systèmes ne font pas partie de la Sécurité sociale. Ils font l'objet d'une réforme importante qui entre en vigueur le 1er janvier 2019.

Les principes de fonctionnement

Ils sont gérés sur un mode paritaire par les partenaires sociaux. De plus, ces régimes présentent des particularités par rapport au régime de base dans leurs outils de gestion : le taux d'appel et le salaire de référence (voir Lexique).

Rappel des règles antérieures au 1er janvier 2019 Pour les non-cadres

Eclaté, jusqu'en 1999, entre plus de 40 régimes, l'Arrco est devenu un régime unifié (avec un taux minimal pour tous).
Des taux supérieurs ont pu subsister selon la date de mise en vigueur des accords dans l'entreprise.
Les niveaux de retraite complémentaire peuvent donc être très variables selon l'entreprise à laquelle a appartenu le salarié et selon le niveau de cotisations qui s'y appliquait.

Pour les cadres
À l'Agirc :
→ un taux de cotisation était prélevé sur la fraction de salaires supérieure jusqu'à 8 fois le plafond de la Sécurité sociale ;
→ pour les cadres ayant un salaire inférieur au plafond de la sécurité sociale, un système – la garantie minimum de points (GMP) - garantissait la validation d'un minimum de points en contrepartie d'un montant forfaitaire de cotisations.

Évolutions générales
Les perspectives de ces régimes sont liées aux données démographiques, économiques et sociales :
→ des accords successifs (25 avril 1996, 10 février 2001, 13 novembre 2003 reconduit par accord du 23 mars 2009) ont programmé une baisse du rendement de ces régimes (Voir Lexique). L'accord du 18 mars 2011 a défini de nouvelles modalités de revalorisation pour enrayer la baisse du niveau des retraites mais les partenaires sociaux ont décidé de geler la valeur du point de retraite. Concrètement, la valeur du point n'a pas été revalorisée depuis avril 2013 ; une revalorisation est intervenue au 1er novembre 2018 : 0,4378 pour le régime Agirc et 1,2588 dans le régime Arrco.
Compte tenu de la situation financière des régimes ; une hausse des cotisations a également été programmée (*Accord du 13 mars 2013).*

Règles à partir du 1er janvier 2019

Pour le calcul des cotisations, il n'existe plus que deux tranches de rémunération (voir fiche 31). Les taux sont modifiés (voir ci-dessous).
Les conditions de départ sont également modifiées, ce qui va affecter l'âge réel de départ et le niveau de retraite.
Les participants ayant liquidé leur retraite à taux plein dans les régimes de base se verront appliquer des coefficients de solidarité ou de majoration annuels de 0,90, pendant trois ans et dans la limite de 67 ans *(Accords du 30 octobre 2015, 17 novembre 2017).*
Ces coefficients ne s'appliqueront pas aux participants qui liquident leur pension de retraite complémentaire quatre trimestres calendaires au-delà de la date à laquelle ils auront rempli les conditions d'obtention d'un taux plein dans un régime de base. Ils ne s'appliqueront pas non plus à ceux qui sont exonérés de CSG ou soumis à CSG à taux réduit ainsi qu'à certaines situations spécifiques

(assurés handicapés bénéficiant d'un départ anticipé, retraités au titre du dispositif amiante ou de l'inaptitude, retraités ayant élevé un enfant handicapé, aidants familiaux. (*Accords précités)*
Les participants liquidant leur retraite complémentaire au moins huit trimestres calendaires au-delà de la date à laquelle ils auront rempli les conditions d'obtention d'un taux plein se verront appliquer sur leur retraite complémentaire un coefficient majorant pendant une année suivant la date de liquidation de leur retraite complémentaire (Accord précité).
Les participants qui remplissaient les conditions pour partir avant 2019 mais qui n'ont pas liquidé leur retraite ne seront pas concernés.
Pour le calcul de la retraite, la valeur du point Agirc-Arrco est identique à la valeur du point Arrco. Les points Agirc sont convertis. Une calculette de de conversion est en ligne sur le site Agirc-Arrco. Selon les organismes, la conversion garantit une équivalence de points.

Allègements de cotisations

La cotisation salariale de retraite complémentaire sur les heures supplémentaires fera l'objet de mesures d'exonération *(projet de loi de financement de sécurité sociale pour 2019).*
Les cotisations patronales de retraite complémentaire seront intégrées à la réduction générale de cotisations (*CSS, art. L. 241-13 ; projet de loi de financement de sécurité sociale pour 2019*). Une convention doit être conclue entre l'Agirc-l'Arrco et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale afin de mettre en place une coordination pour l'application de cette législation. La procédure de rescrit de l'Urssaf et l'opposabilité des circulaires valent pour les caisses de retraite complémentaire lorsque les points litigieux concernent l'allègement de cotisations.

Lexique

Taux d'appel , taux contractuel et salaire de référence
➔ le taux d'appel est un pourcentage affecté au taux dit « contractuel » : il permet aux caisses de se constituer des réserves de fonctionnement car il ne génère pas de points de retraite. À compter du 1er janvier 2019, le taux d'appel est de 127 %, (au lieu de 125 %), la cotisation sur la tranche jusqu'au plafond de sécurité sociale reste fixée à 6,20 % et celle au-dessus du plafond de sécurité sociale augmente (porté de 16,44 % à 17 %).
Ainsi une entreprise qui cotise aux taux de 6,20 % % et 17 % verse en fait : 6,20 % x 127 % (répartis entre employeur et salarié), sans que la différence se transforme en points de retraite pour le salarié soit un taux effectif de 7,87 %, et 17 % x 127 % soit 21,59 % entre 1 et huit fois le plafond.
➔ le salaire de référence : dans les régimes complémentaires, le salaire de référence désigne le prix d'achat du point.

À ces cotisations s'ajoute une contribution d'équilibre qui ne génère pas de droits :
-2,15 % sur la tranche de rémunération ne dépassant pas le plafond de sécurité sociale répartis entre employeur et salarié (elle remplace la précédente cotisation AGFF de 2 %) ;
-de 2,70 % sur la tranche de rémunération comprise entre 1 fois et 8 fois le plafond de sécurité sociale (au lieu de 2,20 %).

À cette contribution d'équilibre général, s'ajoute une contribution dite d'équilibre technique, qui ne génère pas de droits, pour les salariés dont la rémunération excède le plafond de sécurité sociale : 0,35 %. Elle est calculée sur la totalité de la rémunération et répartie entre employeur et salarié. Jusqu'au 31 décembre, c'est la contribution exceptionnelle temporaire qui est prélevée (au même taux).

39. Régimes supplémentaires : quelle place pour les compléments de retraite ?

Les menaces pesant sur les régimes obligatoires (assurance vieillesse et Agirc-Arrco) conduisent naturellement les actifs et les retraités à envisager l'introduction de compléments en capitalisation à côté des retraites en répartition.

Une population très ciblée

Le taux de remplacement du dernier revenu d'activité par les pensions (base et complémentaires) varierait de 45 % à 75 %. Selon le profil de carrière, le niveau de salaire plus ou moins élevé), le taux de remplacement peut être insuffisant. Outre les mécanismes d'épargne salariale qui touchent l'ensemble des salariés, des régimes supplémentaires peuvent être mis en place.

Cotisations ou prestations définies ?

Deux grands types de régimes en capitalisation existent :

➔ ceux qui garantissent un certain niveau de revenu au moment du départ à la retraite. Ce sont notamment des « retraites chapeau » car ces régimes s'ajoutent aux prestations de base et complémentaires. Exemple : pour qu'un retraité perçoive 75 % de son dernier salaire, alors qu'il reçoit déjà 60 % au titre des régimes obligatoires, le régime chapeau lui procurera les 15 % manquants.

Cela dit, un facteur freine leur développement : compte tenu des difficultés rencontrées demain par le régime général et les régimes Agirc-Arrco, les régimes chapeau seront mécaniquement confrontés à des charges croissantes. Les régimes à prestations définies dits additifs garantissent, quant à eux un niveau de revenu, sans tenir compte des régimes obligatoires (par ex. 20 % du dernier salaire).

Dans ce système, le risque est supporté par l'employeur tenu de prendre les mesures permettant d'honorer la promesse de pension de l'entreprise. Inconvénient pour le salarié : s'il quitte l'entreprise avant son départ en retraite, il perd, en principe, ses droits ;

➔ ceux qui ne garantissent pas le niveau de la prestation, mais le montant de la cotisation et qu'on appelle régimes « à cotisations définies ». Dans un tel système, l'employeur ne s'engageant pas sur un montant de pension, le salarié ne peut connaître le montant exact de sa pension supplémentaire. Par contre, il ne perd pas ses droits acquis s'il quitte l'entreprise.

ATTENTION

Transposition d'une directive européenne

Le fait de conditionner l'acquisition des droits à retraite à une durée de présence dans l'entreprise à la date de son départ entre en contradiction avec la directive 2014/50/UE du 16 avril 2014 (relative aux prescriptions minimales visant à accroitre la mobilité des travailleurs entre les Etats membres en améliorant l'acquisition et la préservation des droits à pension complémentaire). Le projet de loi PACTE (en cours d'adoption) prévoit que le gouvernement pourra prendre une ordonnance afin de modifier le cadre juridique. Cette ordonnance serait prise dans le délai de six mois à compter de la promulgation de la loi Pacte. Elle visera à interdire la possibilité de conditionner les droits à retraite à une durée de présence dans l'entreprise de plus de trois ans.

Les textes à venir devraient également apporter des précisions sur le respect de plafonds pour l'acquisition des droits versés sous forme de rentes viagères ou bien encore sur la possibilité de versement d'un capital représentatif des droits acquis par le salarié quittant l'entreprise lorsque ceux-ci ont un faible montant.

40. Épargne salariale

Un mécanisme d'épargne salariale spécifiquement dédiée à la retraite coexiste avec les autres outils afin de constituer des compléments de retraite.

Le PERCO consiste en la mise en place d'une épargne longue bloquée jusqu'à la retraite (sauf cas de déblocage). Ce dispositif ne peut se négocier que dans les entreprises disposant déjà d'un plan de plus courte durée : PEE ou PEI. Particularité du PERCO : l'employeur peut abonder sur la participation. Enfin la sortie s'effectue en principe en rente mais l'accord qui met en place le dispositif peut prévoir une sortie en capital. Le projet de loi PACTE pourrait élargir ces possibilités de sortie en capital (en cours d'adoption).
Le bénéfice des exonérations est conditionné par la mise en place d'une allocation sécurisée, au fur et à mesure que l'âge de la retraite approche.

Lexique : retraite supplémentaire

Article 39 (du Code général des Impôts)
Régime de retraite en capitalisation à prestations définies mis en place au niveau de l'entreprise.
Article 83 (du Code général des Impôts)
Régime de retraite en capitalisation à cotisations définies. Sa mise en place s'effectue dans des conditions sociales et fiscales avantageuses pour l'entreprise et pour le salarié.

Les outils de l'épargne salariale

Intéressement
Versé chaque année en fonction des résultats de l'entreprise. Il est facultatif et la prime exonérée de cotisations sociales, sauf CSG, CRDS et forfait social, est imposée comme un salaire. En cas de silence du salarié au moment de la répartition de l'intéressement, et en présence d'un PEE, l'intéressement est affecté sur le PEE et donc bloqué selon les règles applicables au plan.

Participation
Obligatoire dans les entreprises de plus de 50 salariés. Le salarié peut demander le versement . À défaut, le blocage dans la réserve spéciale de participation dure 5 ans. Exonérée de charges sociales (sauf CSG, CRDS et forfait social), la prime est déductible de l'impôt sur le revenu.

Plans d'épargne d'entreprise (PEE)
Alimenté par les primes d'intéressement et de participation, les versements volontaires du salarié et l'abondement plafonné de l'employeur. Il est mis en place par accord d'entreprise. L'épargne accumulée est bloquée 5 ans.

Plans d'épargne interentreprises (PEI)
Mis en place soit au niveau géographique (bassin d'emploi, département…) ou professionnel (branche), soit au niveau d'un ensemble d'entreprises. Les sommes déposées sont bloquées 5 ans.

Plans d'épargne retraite collectif (PERCO)
Ce sont des **plans** qui peuvent faire l'objet d'un abondement dans la limite de 16 % du plafond annuel de la Sécurité sociale et de 3 fois les versements volontaires du salarié.

Forfait social
Le taux applicable est en principe de 20 %.
Un taux réduit de 16 % s'applique pour certains versements au Perco.
À noter que le projet de loi relatif à la croissance et la transformation de l'entreprise (dénommé « Pacte ») prévoit une exonération du forfait social sur l'épargne salariale pour les entreprises de moins de 50 salariés, non tenues de mettre en place un dispositif de participation.
Seraient également exonérées du forfait social, mais uniquement sur l'intéressement, les entreprises de moins de 250 salariés.
Ces mesures sont reprises dans le projet de loi de financement de sécurité sociale, pour être applicables au 1er janvier 2019

41. Remise en cause des « niches sociales » et avantages de retraite

Un régime social attractif accompagne les dispositifs de retraite supplémentaire et d'épargne salariale. Ces avantages ont été réduits afin de trouver de nouvelles ressources et de réduire les déficits sociaux.

Régime actuel

Pour les régimes à cotisations définies, et sous réserve que le régime soit collectif et obligatoire, des avantages fiscaux et sociaux s'y rattachent. Avantage pour l'employeur : ses cotisations sont, dans certaines limites, exonérées de charges sociales et déductibles de l'impôt sur les sociétés. Quant au salarié, il bénéficie lui aussi d'une déductibilité sociale et fiscale.

Pour les régimes à prestations définies, sous réserve que le financement des primes ne soit pas individualisable, le régime social peut les rendre très attractifs. Aucune charge sociale n'est prélevée sur les contributions patronales (ni la CSG et la CRDS). Une taxe spécifique s'applique, soit les primes (taux de 24 % et de 48 % en cas de gestion interne), soit sur les rentes (taux de 32 % sur la totalité de la rente). L'option est prise par l'employeur de manière irrévocable. La contribution est versée aux Urssaf.

Une contribution additionnelle au taux de 45 % (au lieu de 30 %) sur les rentes supérieures à 8 fois le plafond annuel de sécurité sociale devait s'ajouter mais le Conseil constitutionnel a déclaré ce dispositif non conforme à la Constitution : il a considéré que les effets de seuil résultant de l'institution de cette contribution additionnelle étaient excessifs et créaient une rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques *(Conseil constitutionnel 20 novembre 2015 QPC n° 2015-498 ; CSS, art. L. 137-11).*

Contribution salariale

Une contribution salariale est prélevée sur les rentes versées au titre des régimes de retraite à prestation définie. Le taux varie selon la valeur et la date de versement de la rente.

42. Droits à réversion

En cas de décès d'un(e) assuré(e), le conjoint survivant peut percevoir, sous conditions de ressources, des prestations lui garantissant un minimum de revenu.

Montant

Dans le régime général, le taux de la pension de réversion est de 54 % du montant de la retraite qu'aurait perçue ou que percevait l'assuré décédé. Une majoration pour enfant s'applique sous certaines conditions.
Le montant est majoré de 11,1 % sous certaines conditions (ressources, âge).
Le versement d'une pension de réversion est garanti aux assurés quatre mois civils après le dépôt de leur demande de liquidation (*Décret n° 2016-1175 du 30 août 2016*).

Le régime de retraite complémentaire des salariés prévoit également l'attribution de pensions de réversion. Les conditions sont différentes : il n'est pas exigé, notamment, de conditions de ressources *(voir tableau)*.

L'assurance veuvage

Cette allocation peut être versée, sous conditions de ressources, aux personnes de moins de 55 ans qui ne peuvent pas encore percevoir la pension de réversion du régime général.

Réversion dans le régime de retraite complémentaire	
Age	➔ 55 ans ; ➔ Pas de condition d'âge si : enfants à charge de moins de 25 ans ou état d'invalidité constaté avant 21 ans ; conjoint invalide.
Ressources	Sans condition de ressources
Durée de mariage	Pas de durée minimale
Montant	60 % des droits du participant décédé sans tenir compte des coefficients d'anticipation
Divorce	Partage des droits en fonction de la durée des mariages
Remariage	Suppression de la pension

43. Capital décès, frais funéraires et rentes

En cas de décès, en dehors de l'assurance veuvage ou de la pension de réversion soumise à de strictes conditions d'âge et de ressources, certaines prestations sont versées. Une différence importante de traitement existe entre les décès survenus suite à un accident du travail et les autres, surtout pour le versement de rentes.

Le capital décès

Les personnes qui étaient à la charge effective et permanente de l'assuré au moment de son décès peuvent avoir droit, en priorité, au versement d'une somme. Le montant est forfaitaire (et non plus fixé en fonction du salaire) *(CSS, art. L. 361-1 et s.)*.

Si ce capital n'est pas demandé par ces bénéficiaires prioritaires dans le délai d'un mois suivant le décès, il est attribué, par ordre de préférence, au conjoint ou personne liée par un Pacs, descendant, ascendant.

Le capital décès est versé lorsque l'assuré, moins de 3 mois avant son décès :

→ exerçait une activité salariée et remplissait les conditions pour avoir droit aux prestations maladie ;

→ ou percevait une allocation chômage ;

→ ou était titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ;

→ ou bénéficiait de maintien de droits.

Ouvre également droit au capital décès l'assuré qui, au moment du décès, était préretraité en application d'une convention applicable dans son entreprise, l'allocation qu'il percevait à ce titre étant soumise à une cotisation couvrant le risque décès (*Cass. soc., 9 avril 1998, n° 96-18.999*).

À noter qu'une garantie décès est obligatoire pour les cadres qui relevait de l'Agirc **(Accord du 17 novembre 2017- voir avant propos).**

Une allocation de réversion peut également être versée, sous conditions, à l'enfant orphelin des deux parents.

S'informer auprès des caisses de retraite complémentaire.

Les frais funéraires

En cas d'accident du travail, les frais funéraires sont remboursés dans la limite d'1/24e du plafond de la Sécurité sociale.

Les rentes de conjoint et d'orphelin

En cas de décès suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle, le conjoint survivant a droit à une rente égale à 40 % du salaire annuel de la victime sous réserve d'avoir été marié pendant 2 ans ou d'avoir un enfant issu de ce mariage. Ces mêmes conditions s'appliquent à la situation de concubinage ou au partenaire lié par un Pacs.

Si le conjoint est âgé de 55 ans au moins ou s'il est atteint d'une incapacité de 50 % depuis au moins 3 mois, il peut prétendre à un complément de rente de 20 %.

La rente est de 25 % pour chacun des 2 premiers orphelins et 20 % à partir du troisième enfant. Elle est versée jusqu'à l'âge de 20 ans.

Une rente de 10 % est également attribuée aux ascendants qui étaient à la charge de la victime. Le montant total des rentes ne peut dépasser 85 % du salaire du salarié accidenté.

44. Protection sociale du salarié expatrié

Le salarié expatrié, à la différence du salarié détaché, ne relève plus du régime de protection sociale de son pays d'origine. Un système d'assurance volontaire a été mis en place.

Couverture volontaire

Elle peut se faire par le biais d'une assurance individuelle ou en adhérant à la Caisse des Français de l'Étranger (CFE).
Les expatriés peuvent se couvrir contre les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et accident du travail.

Des abattements de cotisations

Ce système d'assurance volontaire –moins coûteux que la Sécurité sociale française, même en y ajoutant dans certains cas le coût d'une couverture locale- peut donner lieu à des réductions de la cotisation maladie- maternité-invalidité-décès dans les cas suivants :
→ entreprises expatriant plus de 10 salariés : cotisation ramenée de 6,30 % à 5,60 % ;
→ entreprises expatriant plus de 100 salariés : cotisation ramenée de 6,30 % à 4,85 % ;
→ entreprise expatriant plus de 400 salariés : cotisation ramenée de 6,30 % à 4,60 %.
→ ristourne de 10 % sur la cotisation maladie-maternité-invalidité pour les moins de 35 ans et ristourne de 20 % pour les moins de 30 ans.
Pour les entreprises expatriant plus de 100 salariés, adhérant à l'assurance maladie et à l'assurance accident du travail, des réductions de taux s'appliquent pour ce risque.

Taux applicable en 2018 :
Plafond annuel de la Sécurité sociale en 2018 : 39 732 €.

Maladie, maternité, invalidité, décès	6,30 %
Accident du travail	entre 0,51 % et 1,15 %
Vieillesse	17,75 %
Indemnités journalières, décès	0,65 %

Intérêt de l'entreprise
Elle peut choisir un ou plusieurs des risques couverts par la CFE (maladie-maternité- invalidité-accident du travail ou vieillesse) selon la situation personnelle de ses collaborateurs et le pays d'expatriation.
Les cotisations sont inférieures à celles du régime général.

Intérêt du salarié
Le salarié peut bénéficier d'une continuité de ses droits.

Pour en savoir plus :

CFE, 160 rue des Meuniers
CS 70238 RUBELLES,
77 052 Melun Cedex
Tél. (depuis la France au coût d'une communication locale) : 01 64 71 70 00 Tél. (depuis l'étranger) : +33 1 64 14 62 62.

Pour la retraite complémentaire :

En plus de la retraite de la Sécurité sociale, le salarié expatrié peut relever d'une retraite complémentaire en s'adressant à une caisse spécialisée :
CRE-IRCAFEX
93 rue de Marceau
93187 Montreuil Cedex
Site www.humanis.com

ATTENTION

Il est important d'informer le salarié sur les incidences de l'expatriation. Un employeur a été condamné car il n'avait pas informé de sa situation un salarié expatrié, qui n'était pas en mesure d'apprécier lui-même l'étendue de sa couverture (*Cass. Soc., 25 janvier 2012, n° 11-11.374*). Cette obligation s'impose de manière générale à l'employeur, tenu d'une obligation de bonne foi dans l'exécution du contrat de travail (*Cass. soc. 26 septembre 2012 n° 11-23.706*) ou, tout particulièrement, s'il est fait mention de cette obligation dans la convention collective (*Cass. soc. 18 janvier 2018 n° 16-19.033*).
Le salarié peut aussi solliciter auprès de sa caisse de retraite un entretien pour faire le point sur le projet d'expatriation.

45. Contester une décision de la sécurité sociale

Le contentieux de la sécurité sociale fait l'objet d'une réforme importante qui entre en application au 1er janvier 2019.

Transfert des contentieux et nouvelles compétences

Tous les contentieux sont regroupés au sein d'un pôle social qui se met en place dans des Tribunaux de grande instance spécialement désignés *(Loi 2016-1547 du 18 nov. 2016, art. 12 et 114 ; Ordonnance 2018-358 du 16 mai 2018 ; décrets d'application à venir ; CSS,. art. L. 142-8 ; Code de l'organisation judiciaire, art. L. 211-16).* Dans le cadre de ce regroupement, les compétences spécifiques subsistent, au sein du pôle social.

Ainsi, il existe principalement :
➔ le contentieux général (qui relevait des Tribunaux des affaires de sécurité sociale s'agissant notamment des contestations liées à des décisions de l'Urssaf, ou de reconnaissance d'accident du travail etc..) ;
➔ le contentieux technique (qui relevait des tribunaux du contentieux de l'incapacité s'agissant de la contestation d'un taux d'invalidité ou d'incapacité).
En appel, les recours sont formés auprès des chambres sociales de cours d'appel spécialement désignées**,** qui seront compétentes à la fois pour les contentieux d'ordre général et pour ceux relevant du contentieux technique (sauf celui relatif à la tarification des accidents du travail qui relèvera de la Cour d'Amiens) *(Code de l'organisation. Judiciaire, art. L. 311-15 nouveau).*

Le contentieux de la tarification des accidents du travail, qui relève de la Cour nationale de la tarification, est transféré à la Cour d'appel d'Amiens, avec des mesures transitoires applicables pour les litiges en cours *(Code de l'organisation judiciaire, art. L. 311-16 et D. 311-12 nouveaux).*

Particularités de la procédure

Généralisation du recours administratif préalable

Avant de saisir le tribunal d'un litige, l'assuré ou l'employeur doit exercer un recours préalable. Antérieurement à cette réforme, ce préalable obligatoire concernait surtout le contentieux général. Il est désormais généralisé, à l'exception des contestations de taux d'accident du travail *(CSS, art. L. 142-5).*
Ainsi, les recours contentieux formés en matière d'invalidité, d'inaptitude et d'incapacité doivent obligatoirement être précédés d'un recours préalable**,** dans des conditions qui seront fixées par décret.
Rappelons qu'auparavant, seules les contestations sur l'état d'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pouvaient faire l'objet d'un recours préalable facultatif devant la commission de recours amiable *(CSS, art. R. 143-1).*
Les décisions rendues sur ce recours s'imposeront à l'organisme de prise en charge *(CSS, art. L. 142-7-1*).
Les recours contentieux relatifs aux décisions de la CDAPH **(voir fiche 25)** doivent également faire l'objet d'un recours administratif préalable.

Délai de recours

La CRA doit être saisie, comme auparavant dans un délai de deux mois à compter de la décision *(CSS, art R142-1).*
La commission de recours amiable a un mois pour statuer ; passé ce délai, l'assuré peut saisir le tribunal en considérant que sa demande a été implicitement rejetée. Il peut également attendre que la décision soit rendue par la CRA.

Pas de représentation par avocat
La procédure est gratuite et il n'est pas nécessaire de recourir à un avocat.

Un appel doit être fait dans le délai d'un mois à compter de la notification du jugement (*Décret 2018-928 du 29 octobre 2018*).
Le pourvoi en cassation doit être fait dans un délai de 2 mois.

Compétence exclusive

À noter que toute action en réparation du préjudice résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle – même imputable à une faute inexcusable – relève exclusivement de la compétence du tribunal des affaires de sécurité sociale (juridiction du contentieux général de sécurité sociale (*Cass. soc., 6 oct. 2015, n° 13-26.052 ; Ch. mixte, 9 janv. 2015 n° 13-12.310*).
Cette règle devrait continuer de s'appliquer : les TGI spécialement désignés devraient conserver une compétence exclusive dans ce domaine.

46. Responsabilité des organismes de sécurité sociale

Les organismes de sécurité sociale engagent leur responsabilité dès lors qu'ils commettent une faute entraînant un préjudice pour l'usager.

Quand peut-on faire une demande ?

Si la caisse tarde de manière excessive à répondre, qu'elle fait une réponse inexacte, imprécise ou erronée qui induit l'assuré en erreur sur l'appréciation de ses droits, elle engage sa responsabilité.

Il arrive également qu'elle attribue une prestation puis qu'elle en demande le remboursement. Autant de situations qui peuvent justifier des dommages-intérêts.

Conditions d'octroi de dommages-intérêts

Il faut prouver qu'il y a faute de l'organisme entraînant un préjudice.

Il n'est pas nécessaire que la caisse ait commis une faute grave et que le préjudice soit anormal. Dans ce cadre, un manquement à l'obligation d'information des caisses peut être sanctionné.

À qui faut-il demander ?

La demande de dommages-intérêts est faite, suivant la procédure applicable en matière de contentieux général de la Sécurité sociale (*Cass. 2e civ. 23 janvier 2014 n° 12-29.239 : compétence des Tribunaux des affaires de sécurité sociale – TASS- transférée au TGI* -**voir fiche 45**).

Exemples

Un assuré demande à une caisse sa situation sur ses droits à retraite. La caisse lui répond qu'il a droit à une pension à taux plein en tant qu'ancien combattant dès 60 ans, s'il justifie être titulaire de la carte d'ancien combattant. Il démissionne. La caisse lui fait alors savoir qu'il doit attendre 2 ans pour obtenir sa pension. Elle a été condamnée à verser des dommages-intérêts (*Cass. soc., 12 juillet 1995, n° 93-12.196*).

Une caisse primaire d'assurance maladie refuse d'indemniser le congé d'un père dont l'enfant est né sans vie. Verbalement, elle avait répondu, au salarié et à son employeur, de manière erronée, sur son droit à indemnisation. La caisse est condamnée *(Cass. 2e civ ; 16 octobre 2008 n° 07-18.493).*

47. Délai de prescription et demande de remboursement

Un délai de prescription de deux ans s'applique pour le paiement ou le remboursement des prestations. Les délais de reprise des cotisations et contributions sociales et de demandes de remboursement des prestations sont différents.

Prescription des prestations

La demande de paiement d'une prestation doit être faite dans un délai de 2 ans. Le point de départ de ce délai varie selon le risque en jeu.
L'organisme qui verse des prestations indûment peut réclamer le remboursement dans les 2 ans. L'envoi d'un courrier recommandé interrompt la prescription, même si la lettre revient avec la mention « non réclamée ».
Le délai de 2 ans ne s'applique pas en cas de manœuvre frauduleuse ou si une fausse déclaration de l'allocataire est à l'origine du versement. Dans ce cas, la prescription de droit commun s'applique.

Prescription des cotisations

Les cotisations et contributions sociales se prescrivent par trois ans à compter de la fin de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues (délai porté à 5 ans en cas de travail dissimulé).
L'Urssaf dot adresser une mise en demeure pour interrompre la prescription.
Le cotisant dispose de 3 ans pour demander le remboursement des cotisations indûment versées.
Si l'organisme a réclamé à tort le paiement de cotisations et que sa mauvaise foi est reconnue par les tribunaux, le cotisant est en droit de demander le remboursement des cotisations avec intérêts moratoires calculés à compter du jour du paiement et non à compter de la demande de remboursement *(Cass. soc., 9 juin 1994, n° 91-11.213 et 8 octobre 1998, n° 97-12.278).*

Par dérogation aux règles de prescription, lorsqu'une demande de remboursement des cotisations naît d'une décision rectificative d'une CARSAT, elle peut porter sur l'ensemble de la période au titre de laquelle les taux sont rectifiés. Cette règle s'applique pour les recours formés devant la caisse primaire (en contestation du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie) ou devant la CARSAT depuis le 1er janvier 2015.

Application de la prescription quinquennale

En dehors des cas spécifiquement prévus par le Code de la Sécurité sociale, c'est en principe le délai de prescription de droit commun, soit 5 ans, qui s'applique. Il en est ainsi en cas de recours du salarié contre l'employeur qui n'aurait pas versé de cotisations au titre de la retraite. Le point de départ du délai de prescription quinquennale est le moment où le salarié prend connaissance de cette situation (par exemple, par la délivrance du relevé individuel de situation).

Lexique

Intérêts moratoires : sommes dues par un assuré ou un organisme lorsque des sommes ont été indûment versées ou payées.

48. Chômage : protection sociale et portabilité

Les personnes indemnisées au titre de l'assurance chômage sont couvertes par le régime de sécurité sociale et peuvent bénéficier d'un maintien de leurs droits à prévoyance, sous certaines conditions.

Conditions d'indemnisation au régime d'assurance chômage

Pour ouvrir droit à l'assurance chômage, les salariés doivent remplir les conditions d'affiliation et :

➔ avoir perdu involontairement leur emploi ou suite à une démission légitime, une rupture conventionnelle homologuée, une rupture collective conventionnelle, une fin de contrat à durée déterminée (ou à son non renouvellement) ; vient s'y ajouter la possibilité de droit à chômage après une démission pour reconversion professionnelle *(Accord national interprofessionnel du 22 février 2018, Loi « Avenir professionnel » du 5 septembre 2018).* Les conditions précises pour accéder à ce droit restent à définir et en tout état de cause, la personne devra justifier de conditions d'activité antérieure spécifique, qui seront plus exigeantes que celles demandées en cas de privation involontaire (5 ans selon la lettre de cadrage du 25 septembre 2018 envoyée aux partenaires sociaux). Le salarié doit demander, préalablement à sa démission, un conseil en évolution professionnelle. Le projet, établi avec le concours d'un organisme (autre que Pôle emploi) doit présenter un caractère réel et sérieux attesté par la commission paritaire interprofessionnelle régionale *(C. trav. art. L. 5422-1 ; C. trav. art. L. 5422-1-1).* Un mécanisme de contrôle de la mise en œuvre du projet est prévu *(C. trav. art. L. 5426-1-2).*

➔ être apte à la recherche d'un emploi. La personne inscrite comme demandeur d'emploi doit accomplir des actes positifs et répétés en vue de retrouver un emploi, de créer ou de reprendre une entreprise.

Modalités et durée d'indemnisation

Sur la base d'un document de cadrage, une négociation doit se tenir et devra redéfinir les modalités de l'indemnisation *(Décret 2018-791 du 14 septembre 2018)*. Les conditions de cumul emploi-chômage et la « notion de droits rechargeables » (qui permet, de prolonger la durée d'indemnisation en retravaillant) pourraient notamment être revues (voir la lettre de cadrage envoyée au partenaires sociaux).
À défaut de négociation et d'accord, des mesures pourraient être prises au niveau l'État.

Actuellement, le principe retenu par la convention d'assurance chômage est :
Un jour d'affiliation = un jour d'indemnisation, dans la limite d'une durée maximale (24 ou 36 mois, selon l'âge du salarié)
À l'âge légal de retraite (ou à l'âge d'attribution du taux plein si la personne n'a pas tous les trimestres requis), l'indemnisation chômage cesse.
L'allocation d'aide au retour à l'emploi est cumulable avec une pension d'invalidité de 2e ou 3e catégorie à condition que les revenus de la dernière activité ayant permis l'ouverture de droits aient été eux aussi cumulés avec la pension. Des limites de cumul s'appliquent.

À savoir

Des conditions restrictives pour les indépendants…
Une allocation forfaitaire pourra être versée aux travailleurs indépendants (*C. Trav. art. L. 5424-24*). Le bénéfice de l'allocation nécessite qu'un jugement de redressement ou liquidation judiciaire soit prononcé et il est par ailleurs subordonné à des conditions de durée et de revenus d'activité minimale (*Décret à venir*).

Droit à protection sociale

Le bénéficiaire de l'assurance chômage reste affilié au régime de sécurité sociale dont il dépendait pour sa dernière activité (assurance maladie, maternité, invalidité, décès).
En cas d'indemnisation maladie -ou maternité- les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale prennent le relais. Le demandeur d'emploi doit signaler tout « arrêt de travail » sur la déclaration de situation mensuelle et l'avis de changement de situation.

Lorsque le demandeur d'emploi ne relève d'aucun régime, à la fin de son indemnisation, il bénéficie d'un maintien de droit d'un an.

Certaines périodes de chômage sont prises en compte pour les droits à l'assurance vieillesse. Des points de retraite complémentaire sont également attribués.

Portabilité et prévoyance

Un maintien des droits à prévoyance vise les salariés licenciés (sauf faute lourde), sous réserve qu'ils bénéficient de l'assurance chômage (*CSS, art. L. 911-8*).
La portabilité est généralisée : les salariés continuent de bénéficier de la couverture pour une durée fixée en fonction de la durée du dernier contrat de travail et au maximum pour 12 mois. La portabilité concerne tous les secteurs d'activité. L'ancien salarié n'a pas de cotisation à régler (mutualisation du risque).
La condition pour bénéficier de la portabilité est d'avoir été couvert pour la garantie santé et/ou prévoyance et de percevoir les indemnités chômage.
En cas d'arrêt maladie, le maintien des garanties ne peut toutefois conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période. Le montant des indemnités journalières versées par le régime général, auquel s'ajoute celui des indemnités journalières complémentaires, est donc plafonné au montant des allocations chômage.

À savoir

L'employeur signale le maintien des garanties lié à la portabilité dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Notes

Pour chacun, pour tous, pour la vie

Groupe VYV, Union Mutualiste de Groupe soumise aux dispositions du Code de la mutualité, n° Siren 532 661 832, n° LEI 969500E6K1LL4UF62. Siège social : Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15.
DirCom Groupe VYV - ©GettyImages - 02/ 19.

Le Groupe VYV est le 1er acteur global de santé et de protection sociale.

Le Groupe VYV œuvre au quotidien pour être utile à tous et à chacun tout au long de leur vie. L'ensemble des mutuelles du groupe protège 10 millions de personnes et propose des solutions adaptées aux employeurs publics et privés. Acteur engagé, il innove et anticipe pour construire une société plus équitable et socialement responsable. Le Groupe VYV s'affirme comme un véritable entrepreneur du mieux-vivre.

www.groupe-vyv.fr

GROUPE vyv

Entrepreneur du **mieux-vivre**

Chorum · Harmonie fonction publique · Harmonie mutuelle · MGEFI · mgen · MMG · MNT · SMACL Assurances