



IAS

Unité 2

Les assurances
de personnes

TABLE DES MATIERES

IAS - UNITE 2 - LES ASSURANCES DE PERSONNES

2. 1 L'assurance contre les risques corporels	3
2. 1. 1 Les règles de la sécurité sociale.	5
2. 1. 2 Les conditions de souscription et de tarification.	
2. 1. 3 Les garanties et les exclusions.	69
2. 1. 4 Les prestations et leur règlement.	82
2. 2 La dépendance	83
2. 2. 1 Le risque dépendance : notion, caractéristiques.	89
2. 2. 2 Les conditions de souscription et de tarification.	102
2. 2. 3 Les garanties et leurs limites.	104
2. 2. 4 Les prestations et leur règlement.	120
2. 2. 5 Les services à la personne et les prestations d'assistance.	124
2. 3 L'assurance complémentaire santé	131
2. 3. 1 L'articulation de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire.	157
2. 3. 2 Les contrats responsables.	160
2. 3. 3 Les conditions de souscription et de tarification.	164
2. 3. 4 Les garanties et les exclusions.	
2. 3. 5 Les prestations.	173
2. 3. 6 Les modes de règlement.	176

L'assurance contre les risques corporels

- **Que sont les assurances en cas d'accidents corporels à adhésion individuelle ?**

Les assurances en cas d'accidents corporels à adhésion individuelle couvrent, selon les cas, les accidents de la vie privée, de la vie scolaire, ceux issus d'activités telles que la pratique de certains sports à risques, mais aussi les accidents médicaux ou ceux résultant d'attentats et de catastrophes naturelles et, pour certains d'entre eux, les accidents du travail ou de la circulation.

- **Quels sont les types de contrats ?**

Il existe deux types de contrats :

- des contrats forfaitaires pour lesquels les indemnités, versées à la suite d'un sinistre, sont connues dès la souscription du contrat,
- des contrats indemnitaires pour lesquels ces indemnités ne seront connues qu'après le sinistre et correspondront à la réparation des préjudices subis conformément au droit commun.

Les contrats forfaitaires, représentent 2/3 de l'ensemble de ces contrats. Cette catégorie inclut, entre autres, les contrats de types « individuel accidents », « assurance scolaire », « assurance sportive » et « décès accidentel ».

Les contrats indemnitaires, qui représentent 1/3 des contrats, ont vu leur nombre augmenter de 5 % en un an. Les contrats labellisés GAV (Garantie des Accidents de la Vie) représentent près de la moitié des contrats indemnitaires.

- **Les accidents de la vie courante, un problème majeur de santé publique**

Les accidents de la vie courante (AcVC) sont définis comme les « traumatismes non intentionnels » qui surviennent dans un cadre domestique (à la maison, ou dans ses abords immédiats) ou à l'extérieur (dans un magasin, sur un trottoir...), dans un cadre

scolaire, lors d'une pratique sportive, etc. Cette définition exclut les accidents de la circulation et les accidents du travail.

Les règles de la sécurité sociale

- **Le système français de protection sociale**

Le système français de protection sociale est essentiellement constitué par un ensemble de régimes légaux qui sont :

- le régime général qui couvre la plupart des salariés ainsi que d'autres catégories (étudiants, bénéficiaires de certaines prestations qui au fil des années ont été rattachés au régime général),
- le régime des travailleurs indépendants (non agricoles),
- le régime qui vise les salariés du secteur agricole et les non-salariés agricoles contre l'ensemble des risques,
- les régimes spéciaux de certains salariés non agricoles, qui assurent une protection contre certains risques particuliers (généralement la vieillesse, les autres risques étant couverts par le régime général) ou l'ensemble des risques,
- les régimes autonomes de vieillesse de base complétés par des régimes complémentaires obligatoires,
- le régime chômage qui vise tous les travailleurs salariés et qui est géré par des organismes paritaires,
- le régime de retraites complémentaires AGIRC-ARRCO qui est obligatoire pour tous les salariés du privé relevant du régime général ou du régime agricole et qui complète les régimes de base.

- **Organisation**

Le régime général repose sur une hiérarchie d'organismes nationaux, régionaux et locaux, structurés par nature de risque, gérés paritairement et placés sous la tutelle des Ministères chargés de la sécurité sociale (Ministère des solidarités et de la santé et Ministère de l'économie, de la finance et de la relance).

• Financement

Le régime général de sécurité sociale est financé à environ 80 % par des cotisations et contributions assises sur les rémunérations (voir le tableau détaillé des taux).



Source : Commission des Comptes de la Sécurité sociale, juin 2020

Les cotisations sont calculées à partir de taux fixés à l'échelon national et sont à la charge pour partie de l'employeur, et pour partie du salarié.

Les impôts et taxes affectés (ITAF) sont des prélèvements obligatoires explicitement affectés au financement de la protection sociale, parmi lesquels la cotisation sociale généralisée (CSG) qui représente à elle seule plus de la moitié des ITAF.

La contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) sont prélevées sur les revenus d'activité, les revenus de remplacement, les revenus du patrimoine, les produits de placement et des jeux. Les personnes résidant fiscalement en France et à la charge à quelque titre que ce soit d'un régime français obligatoire d'assurance maladie sont soumises à la CRDS (0,5 %) et à la CSG selon les taux suivants :

- 9,2 % sur leurs revenus d'activité,
- 6,2% sur leurs revenus de remplacement (indemnités

journalières de maladie, allocations de chômage, etc.).

Les personnes titulaires d'une pension d'un régime français sont exonérées ou soumises à la CSG, la CRDS et/ou la CASA (Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie) en fonction de leur revenu fiscal de référence (RFR) :

Revenu fiscal de référence 2019 (pour une seule part)	Taux de prélèvements
Inférieur ou égal à 11 408 €	aucun prélèvement
Compris entre 11 409 et 14 914 €	CSG au taux de 3,8 % CRDS : 0,5 %
Compris entre 14 915 et 23 146 €	CSG au taux de 6,6 % CRDS : 0,5 % CASA : 0,3 %
Supérieur ou égal à 23 146 €	CSG au taux plein de 8,3 % CRDS : 0,5 % CASA : 0,3 %

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

S'agissant des retraités non domiciliés fiscalement en France et relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie, le taux du précompte à appliquer à la pension de sécurité sociale du régime général est fixé à 3,2 % sur la retraite de base et à 4,2 % sur les retraites complémentaires obligatoires et non obligatoires.

Par contre, les personnes soumises à un régime français obligatoire d'assurance maladie, ne résidant pas fiscalement en France sont soumises aux cotisations salariales d'assurance maladie au taux de 5,5 % sur les revenus d'activité.

La suppression de la cotisation salariale maladie actée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ne concerne pas les non-résidents.

- **Quelle est l'étendue du régime général ?**

Le régime général couvre les salariés du secteur privé de l'industrie, du commerce et des services. Depuis 2018, il gère également les travailleurs indépendants et les professions libérales (pour le risque maladie).

Il est organisé en cinq branches :

- la branche maladie, maternité, paternité, invalidité, décès, et
- la branche accidents du travail et maladies professionnelles gérées de manière distincte par la Caisse nationale d'assurance maladie,
- la branche vieillesse gérée par la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV),
- la branche famille gérée par la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF),
- la branche cotisations et recouvrement gérée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui fédère les Unions de recouvrement de cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) qui collectent l'ensemble des cotisations et contributions des employeurs.

Deux conditions doivent être remplies pour relever obligatoirement du régime des travailleurs salariés :

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

Par ailleurs il existe un régime d'assurance chômage qui couvre tous les salariés du régime général et du régime agricole. Dès qu'un employeur embauche un salarié en France, il est tenu d'effectuer une déclaration préalable à l'embauche (DPAE) auprès de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) dont il relève. Cette déclaration permet notamment de demander l'immatriculation à la sécurité sociale si l'intéressé ne possède pas de numéro de

sécurité sociale, et l'affiliation à l'assurance chômage. S'agissant des retraites complémentaires, le salarié est affilié auprès de la caisse de retraite complémentaire à laquelle adhère son employeur en fonction de l'activité de l'entreprise ou du lieu d'implantation de l'entreprise. Les cotisations et contributions sociales sont collectées et réparties par les Urssaf. Elles financent le remboursement des soins médicaux, les indemnités en cas d'arrêt maladie, de congés maternité ou d'accidents du travail ainsi que le paiement des retraites de base et des allocations familiales des bénéficiaires du régime général de la Sécurité sociale. L'employeur dont le siège est à l'étranger, qui n'a pas d'établissement en France et embauche un salarié en France pour y exercer une activité doit, au titre de ce salarié, remplir ses obligations de déclaration et de versement de cotisations en France, auprès de :

l'URSSAF Alsace
(Centre national des firmes étrangères – CNFE)
16, rue Contades
67945 Strasbourg CEDEX 9
Téléphone :
0806 802 633 (depuis la France)
00 33 806 80 26 33 (depuis l'étranger)
courriel : cnfe.strasbourg@urssaf.fr
www.cnfe-urssaf.eu

Pour les retraites complémentaires, l'organisme désigné est :

Malakoff Humanis
CRE-Ircafex
21 rue Roger Salengro
94137 Fontenay sous Bois Cedex
Tél : + 33 (0)1 58 82 72 12
courriel : international@humanis.com

- **Assurance maladie, maternité et paternité**

Les prestations de l'assurance maladie, maternité et paternité sont attribuées par :

– les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en métropole,

– et par les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d’outre-mer.

• **Qu’est-ce que l’assurance maladie ?**

La protection universelle maladie (PUMa) garantit la prise en charge des frais de santé à toute personne qui :

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

Une cotisation subsidiaire maladie (CSM) au taux de 6,5% est due par certains assurés qui répondent à des critères de revenus professionnels et du capital.

Sont redevables de cette cotisation annuelle, les personnes :

- qui ne perçoivent pas de revenus d’activité ou dont les revenus tirés d’activités professionnelles exercées en France sont inférieurs à 20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (soit inférieurs à 8 227 € en 2021) ;
- et dont les revenus du capital ou du patrimoine (revenus fonciers, mobiliers, plus-values, etc.) sont supérieurs à 50 % du plafond annuel de la sécurité sociale (soit 20 568 € en 2021).

L’assiette de calcul de cette cotisation est limitée à 8 plafonds annuels de la Sécurité sociale.

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

• **Qu’est-ce que la Carte Vitale ?**

La carte Vitale est une carte à puce qui atteste des droits à l’assurance maladie. Attribuée à toute personne de 16 ans et plus,

elle contient tous les renseignements administratifs nécessaires à la caisse d'assurance maladie du patient pour procéder au remboursement des soins.

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

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

- **Que recouvrent les frais de santé ?**

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

Avec l'introduction de la Protection universelle maladie (PUMA) au 1er janvier 2016, la notion d'ayant-droit pour les personnes majeures a disparu, même si ces dernières sont sans activité professionnelle. Seuls les mineurs peuvent avoir le statut d'ayant-droit, qui prend fin au plus tard au 30 septembre de l'année au cours de laquelle ils atteignent l'âge de 18 ans, qu'ils poursuivent ou non des études dans certains établissements d'enseignement, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une activité professionnelle. Toutefois, les mineurs de plus de 16 ans peuvent demander à être assurés à titre personnel.

- **Soins sans hospitalisation**

Dès l'âge de 16 ans, chaque patient doit choisir un médecin traitant qui l'orientera dans son parcours de soins coordonnés.

Le rôle du médecin traitant est de tenir à jour le dossier médical, prescrire les examens médicaux complémentaires ou orienter vers

un service hospitalier ou un autre professionnel de la santé (masseur kinésithérapeute, infirmier...). La fonction de médecin traitant peut être aussi bien assumée par un généraliste que par un spécialiste. Pour changer de médecin traitant, il suffit de faire une nouvelle déclaration à la caisse d'assurance maladie.

Le remboursement des actes médicaux se fait au taux normal lorsqu'ils sont réalisés ou recommandés par le médecin traitant, car l'intéressé est dans le cadre de son parcours de soins coordonnés. En revanche, le patient qui n'a pas déclaré de médecin traitant ou qui consulte directement un spécialiste sera moins bien remboursé et le montant des frais restant à sa charge sera plus élevé que s'il avait respecté le parcours de soins.

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

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

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

Outre le ticket modérateur, un certain nombre de contributions restent à la charge du patient : le forfait actes lourds, la participation forfaitaire et la franchise médicale.

Forfait actes lourds : une participation forfaitaire de 24 euros à la charge du patient s'applique aux actes lourds dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou dont le coefficient est supérieur à 60. Il s'agit des actes pratiqués en cabinet de ville ou dans un établissement de santé. Certains actes sont exonérés de cette participation et les personnes qui bénéficient d'une prise en charge

à 100 % en raison de leur état de santé ne sont pas concernées par cette mesure.

- **Soins avec hospitalisation**

Une participation d'1 euro est demandée pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin, pour les examens radiologiques ou les analyses de laboratoire. Cette participation ne peut pas dépasser 4 euros par jour pour le même professionnel ou pour le même laboratoire. Elle est limitée à 50 euros par année civile. Elle n'est toutefois pas due pour les consultations des moins de 18 ans, et à partir du 6ème mois de grossesse.

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

Sont exonérés de la contribution par acte médical et la franchise :

- les mineurs (moins de 18 ans),
- les femmes enceintes de plus de 6 mois
- les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (exCMU-C et ACS) et de l'Aide médicale d'Etat (AME).

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

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

- le médecin en secteur 1 adhère entièrement à la convention et

respecte les tarifs négociés avec l'assurance maladie. Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le taux de remboursement est de 70% du tarif conventionnel.

- le médecin en secteur 2 qui fixe librement ses honoraires. Le montant dépassant le tarif conventionnel n'est pas remboursé.
- le médecin conventionné adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) pratique des dépassements modérés. La base de remboursement est identique à celle du secteur 1, et le taux de 70% dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

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

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

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

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

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

- à partir du 31ème jour d'hospitalisation,
- femmes enceintes devant être hospitalisées durant les 4 derniers mois de grossesse,
- hospitalisation faisant suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle,
- hospitalisation liée à une affection de longue durée,
- bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'aide

médicale d'État (AME).

Dans ces situations, l'assuré doit toutefois régler le forfait d'un montant de 20 € par journée d'hospitalisation (15 € en service psychiatrique), ainsi que la participation forfaitaire de 24 € qui s'applique aux actes lourds (lorsque le tarif est supérieur ou égal à 120 €, ou lorsque le coefficient de l'acte est supérieur ou égal à 60). Cette dernière ne s'applique qu'une seule fois par séjour hospitalier, même si plusieurs actes lourds ont été réalisés au cours d'un même séjour. Toutefois, certaines personnes peuvent être exonérées de l'un et/ou de l'autre de ces deux forfaits (les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, les personnes atteintes d'une affection longue durée, d'une maladie professionnelle, ayant subi un accident du travail et les femmes enceintes à partir du 4ème mois de grossesse, enfant hospitalisé dans les 30 jours suivant sa naissance, etc.).

Attention! Certains établissements peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires qui ne seront pas pris en charge par l'assurance maladie. Les tarifs des établissements et les remboursements sont consultables sur le site Annuaire santé.

• Médicaments

Les médicaments sont délivrés sur prescription médicale. Pour être pris en charge ils doivent figurer sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux. Pour certaines spécialités le remboursement s'effectue sur la base d'un forfait déterminé à partir du prix des médicaments génériques les moins chers.

Le taux de remboursement des médicaments varie en fonction de la reconnaissance du service médical rendu :

- 100 % pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 5 % pour les médicaments à service médical rendu majeur ou important ;
- 30 % pour les médicaments à service médical rendu modéré et les préparations magistrales ;

Il existe une franchise de 0,50 € sur chaque boîte de médicaments remboursables. Par exemple, pour l'achat d'une boîte de médicaments de 10 €, remboursable à 65 % par l'Assurance Maladie, cette dernière rembourse 6 € (6,50 € – 0,50 € de franchise).

- **Qu'est-ce que le tiers payant ?**

Le système du tiers payant dispense l'assuré de faire l'avance des frais médicaux. Depuis le 1er janvier 2017, il s'applique aux femmes enceintes et aux patients atteints d'affections de longue durée (ALD). Ces catégories de personnes n'ont plus à faire l'avance des frais chez les professionnels de santé qu'elles consultent dans le cadre de l'assurance maternité ou de leur ALD.

C'est l'Assurance Maladie qui verse directement le prix de la consultation ou de l'acte médical aux professionnels de santé.

Le pharmacien peut pratiquer le système du « tiers payant » pour éviter au patient de faire l'avance des frais sur présentation de la carte vitale. Ce dernier ne doit pas refuser les médicaments génériques proposés lorsqu'ils existent. Il ne règlera que la part des frais qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

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

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

- **Frais de transport**

Les frais de transport sont remboursés par l'Assurance maladie, sur prescription médicale, dans les cas suivants:

- Transport lié à une hospitalisation, quelle qu'en soit sa durée,
- Transport lié à une affection de longue durée (ALD) si l'état de santé de la personne ne lui permet pas de se déplacer par ses

- propres moyens,
- Transport en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle,
 - Transport en ambulance lorsque l'état de santé nécessite une position allongée,
 - Transport de longue distance, soit plus de 150 km pour l'aller seul,
 - Transport en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de 2 mois, au titre d'un même traitement),
 - Transport lié aux soins ou traitement des enfants/adolescents dans des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

Même prescrits par un médecin, les 3 derniers types de transports cités ci-dessus nécessitent un accord préalable du service médical de l'Assurance maladie. Il en est de même pour les transports en avion ou bateau de ligne régulière.

Les frais de transport sont en général remboursés à hauteur de 65 %. Le patient garde à sa charge les 35 % restants auxquels s'ajoute la franchise de 2 euros par trajet, dans la limite de 4 euros par jour. Sous réserve de remplir les conditions habituelles de prise en charge, ils peuvent être remboursés à 100 % par l'Assurance Maladie dans des cas précis (ex : transports liés à une ALD, liés aux traitements ou examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle, transports des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse, des personnes bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (ex CMU-C et ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME) et des soins urgents, etc.).

• **Couverture complémentaire**

Elle permet de couvrir la part des dépenses de soins de santé qui n'est pas prise en charge par le régime de base obligatoire, ou des prestations qui ne sont pas du tout remboursées par ce dernier. Si les assurés ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire collective au titre de leur activité professionnelle, ils peuvent contracter une assurance complémentaire auprès d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance.

Depuis le 1er novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire.

Elle est accessible aux assurés :

- qui bénéficient de la prise en charge de leurs soins de santé au titre de leur activité professionnelle ou de leur résidence stable et régulière en France,
- dont les ressources sont inférieures à un montant qui dépend de la composition de leur foyer. Ces ressources sont celles des 12 mois précédant la demande.

Les titulaires de la Complémentaire santé solidaire voient leurs dépenses de santé prises en charge par les organismes d'assurance maladie et l'organisme gestionnaire qu'ils ont choisi.

- **Le 100% santé**

Progressivement mis en place en 2019, ce dispositif est totalement déployé au 1er janvier 2021. Il permet aux titulaires d'une complémentaire santé responsable (soit actuellement 95% des contrats du marché) ou de la Complémentaire santé solidaire (C2S) de bénéficier de la prise en charge à 100% sur les prestations de soins et d'équipements identifiés dans un panier spécifique « 100% santé » pour trois postes : audiologie (aides auditives), optique (lunettes de vue) et dentaire (prothèses dentaires).

- **Prestations en espèces**

Pour avoir droit aux indemnités journalières dans le cas d'un arrêt de travail pour maladie inférieur à 6 mois, l'assuré doit avoir travaillé pendant 150 heures au cours des 3 mois précédant l'arrêt ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1.015 fois le SMIC horaire au cours des 6 mois précédant l'arrêt de travail.

Au-delà de 6 mois d'arrêt, l'assuré doit avoir travaillé au moins 600

heures au cours des 12 derniers mois ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2.030 fois le SMIC horaire, précédant l'arrêt. Il est également demandé une durée minimale d'immatriculation d'un an. En cas d'incapacité de travail, un arrêt de travail doit être prescrit par le médecin. L'assuré doit le transmettre à sa caisse d'assurance maladie dans les 48 heures. L'indemnité journalière n'est due qu'à partir du 4^e jour d'arrêt de travail (3 jours de carence). Ce délai ne s'applique pas aux assurés en affection de longue durée (ALD) dont les arrêts de travail sont en rapport avec cette maladie.

Le montant de l'indemnité journalière est égal à 50 % du salaire journalier de base. Ce dernier est calculé sur la moyenne des salaires bruts (salaires soumis à cotisations) des 3 mois précédant l'arrêt de travail, ou des 12 mois en cas d'activité saisonnière ou discontinuée, pris en compte dans la limite de 1,8 fois le Smic mensuel en vigueur (soit 2 798,24 euros bruts au 1^{er} janvier 2021). Le nombre maximal d'indemnités journalières sur une période de 3 ans est fixé à 360. Pour les affections de longue durée, l'indemnité journalière peut être servie pendant une période maximale de 3 ans de date à date pour chaque affection.

Les indemnités journalières sont soumises à l'impôt sur le revenu ainsi qu'aux prélèvements sociaux :

- 0,5 % au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- 6,2 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG).

- **Allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie**

L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie est soumise à l'impôt et aux prélèvements CSG (7,5%) et CRDS (0,5%).

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

Lorsque l'intéressé suspend complètement son activité, l'allocation est versée pendant 21 jours et s'élève à 56,33 € par jour. Si l'intéressé réduit son activité professionnelle (passage à temps partiel), le nombre maximum d'allocations journalières est porté à 42 et son montant est réduit de moitié, soit 28,17 €.

- **Qu'est-ce que l'assurance maternité et paternité ?**

L'assurance maternité et paternité prend en charge :

- les frais liés à la grossesse et à l'accouchement,
- le service des prestations en espèces lors du repos pré et postnatal de la mère,
- le congé d'adoption de la mère et/ou du père,
- et le congé de paternité.

- **Soins de santé liés à la maternité**

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

Le droit aux prestations est ouvert dans les mêmes conditions que pour l'assurance maladie. Il est apprécié à la date présumée du début de la grossesse, ou s'il n'a pas été ouvert à cette date, à la date du repos prénatal.

L'assurance maternité couvre à 100 % les examens obligatoires relatifs à la grossesse (consultations prénatales obligatoires, séances de préparation à la naissance, examens biologiques complémentaires). De plus, à partir du 6^{ème} mois de la grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour qui suit l'accouchement, tous les frais médicaux sont également pris en charge à 100 %, qu'ils soient ou non liés à la grossesse. L'intéressée est par ailleurs exonérée de la participation forfaitaire d'1 euro et de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.

Le tiers-payant est ouvert pour tous les soins pris en charge à 100

% au titre de l'assurance maternité, chez les professionnels de santé exerçant en ville. L'intéressée n'a donc plus d'avance de frais à effectuer car l'Assurance Maladie verse directement le prix de la consultation ou de l'acte médical aux professionnels de santé.

• Indemnités journalières de maternité et de paternité

Les indemnités journalières sont servies à condition de cesser toute activité salariée.

Elles sont accordées à la mère au cours de repos pré et postnatal, et au père au titre du congé de paternité. Enfin, en cas d'adoption, l'indemnité journalière de repos peut être partagée entre le père et la mère. Pour pouvoir prétendre à ces prestations, l'assuré(e) doit justifier en plus des conditions de versement de cotisations ou d'heures de travail prévues pour l'obtention des prestations en espèces de l'assurance maladie, de 10 mois d'immatriculation à la date présumée de l'accouchement ou à la date de l'arrivée de l'enfant dans le foyer.

La durée du congé maternité dépend du nombre d'enfants à venir et déjà à charge.

Situation familiale	Durée du congé prénatal	Durée du congé postnatal	Durée totale du congé maternité
1 enfant à venir et moins de 2 enfants à charge ou nés viables	6 semaines	10 semaines	16 semaines
1 enfant à venir et déjà au moins 2 enfants à charge effective et permanente	8 semaines	18 semaines	26 semaines
Des jumeaux à venir	12 semaines	22 semaines	34 semaines
Des triplés (ou plus) à venir	24 semaines	22 semaines	46 semaines

Les indemnités journalières de maternité / paternité sont soumises à l'impôt sur le revenu.

Sous réserve de l'avis favorable du médecin qui suit la grossesse, la salariée peut demander à reporter une partie de son congé prénatal après l'accouchement.

En cas d'accouchement prématuré (moins de 6 semaines avant la date prévue), la durée totale du congé maternité n'est pas réduite : le congé prénatal non pris est automatiquement reporté sur la période postnatale.

En cas d'accouchement tardif, la durée du congé postnatal reste identique à la durée initialement prévue à compter de l'accouchement.

La durée du congé de paternité est fixée à 11 jours consécutifs pour la naissance d'1 enfant, 18 jours en cas de naissance multiple.

Enfin, la durée du congé d'adoption est fixée à 10 semaines ou 22 semaines en cas d'adoption multiple. Si l'arrivée de l'enfant au foyer porte le nombre d'enfants à charge à 3, la durée du repos est égale à 18 semaines.

En cas de partage du congé d'adoption entre les 2 conjoints, la durée est modifiée :

- 11 jours supplémentaires pour l'adoption d'un seul enfant ;
- 18 jours supplémentaires pour l'adoption de plusieurs enfants.

Le congé doit alors être réparti en deux périodes de temps, dont la plus courte doit être d'au moins 11 jours. Par ailleurs, s'il est pris par les 2 conjoints en même temps, la somme des deux périodes ne peut dépasser la durée légale du congé d'adoption la plus longue.

Le montant de l'indemnité journalière de maternité, d'adoption ou de paternité est égal à la moyenne des salaires des 3 mois précédents le congé, pris en compte dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale de l'année en cours (3 428 € au 1er janvier 2021).

De ces salaires bruts soumis à cotisations sont déduites les contributions salariales d'origine légale et conventionnelle (dont CSG et CRDS) au taux forfaitaire de 21%. Au 1er janvier 2021, l'indemnité journalière ne peut pas être supérieure à 89,03 € (avant déduction des 21%).

Les indemnités journalières de maternité et de paternité sont versées dès le 1er jour (sans délai de carence) et tous les 14 jours.

- **Qu'est-ce que l'assurance invalidité ?**

Les pensions de l'assurance invalidité sont attribuées par :

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

- **Pension d'invalidité**

La pension d'invalidité est soumise à l'impôt sur le revenu (à l'exception de la majoration pour tierce personne) et aux prélèvements sociaux : CSG, CRDS, Casa à des taux distincts selon le revenu fiscal de référence.

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

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

- n'a pas atteint l'âge légal de la retraite (62 ans) ;
- a une capacité de travail ou de revenus réduite d'au moins 2/3 ;
- est immatriculé depuis au moins 12 mois au moment de l'arrêt de travail suite à l'invalidité ;
- a travaillé au moins 600 heures, ou a cotisé sur un salaire équivalent à 2 030 fois la valeur du SMIC horaire au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail.

- **Comment est déterminée la pension ?**

Il existe 3 catégories de pension en fonction de la capacité de travail restante :

- La 1e catégorie vise les invalides encore capables d'exercer une

activité professionnelle. La pension s'élève à 30 % du salaire annuel moyen (SAM*). Le montant mensuel maximal de la pension est égal à 30 % du plafond de la sécurité sociale (1 028,40 €).

- La 2e catégorie vise les invalides incapables d'exercer une activité professionnelle. La pension s'élève à 50 % du SAM*. Le montant mensuel maximal de la pension est égal à 50 % du plafond de la sécurité sociale (1 714 €).
- La 3ème catégorie concerne les personnes incapables d'exercer une activité professionnelle et qui ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante. Le montant de la pension de base de 3ème catégorie est alors majoré de 40 %. Cette majoration ne peut être inférieure à un minimum annuel réévalué chaque année au 1er avril (1 126,41 € par mois au 1er avril 2021). Montant mensuel maximum de la pension d'invalidité 3e catégorie : 2 840,41 € (1 714 + 1 126,41).

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

Minimum : dans tous les cas, la pension d'invalidité ne peut pas être inférieure, quelle que soit la catégorie, à un minimum garanti qui s'élève par mois à 293,96 €.

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

Le titulaire de la pension d'invalidité bénéficie des prestations en nature de l'assurance maladie maternité prises en charge à 100 %. Il doit toutefois régler les participations forfaitaires par acte médical, acte paramédical, médicaments et transport, mais il est exonéré du forfait de 24 € pour les actes lourds.

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

- **Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)**

L'ASI n'est pas soumise à la contribution sociale généralisée (CSG), ni à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Elle n'est pas non plus soumise à l'impôt sur le revenu.

L'allocation supplémentaire d'invalidité est versée uniquement aux travailleurs salariés. Elle complète une pension d'invalidité ou une pension de veuf ou de veuve invalide, si les ressources sont inférieures à un plafond mensuel de :

- 800 € par mois si le bénéficiaire vit seul ou lorsqu'un seul des conjoints en bénéficie ;
- 1 400 € par mois lorsque les deux conjoints en bénéficient.

Le montant de l'allocation supplémentaire d'invalidité varie en fonction des ressources. Le montant de l'ASI est égal au plafond moins le montant des ressources.

Un bénéficiaire seul dont les revenus mensuels sont de 500 €, pourra percevoir l'ASI au montant de : 800 € – 500 € soit 300 €.

- **Pension d'invalidité de veuve ou de veuf**

La pension d'invalidité de veuve ou de veuf est attribuée par l'assurance maladie au conjoint survivant d'un assuré bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou de vieillesse ou qui était susceptible de bénéficier d'un tel avantage.

Pour prétendre à cet avantage, le conjoint survivant doit être âgé de moins de 55 ans et être atteint d'une invalidité permanente réduisant de 2/3 sa capacité de travail ou de gain.

Le montant de la pension est égal à 54 % de la pension (d'invalidité ou de vieillesse) dont bénéficiait ou aurait bénéficié le défunt.

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

À partir de 55 ans, la pension d'invalidité de veuve ou de veuf est transformée en pension de vieillesse de veuve ou de veuf, versée par la caisse de retraite.

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

- **L'assurance décès**

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

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

- au conjoint survivant, non séparé de droit ou de fait ou au partenaire auquel le défunt était lié par un pacte civil de solidarité ;
- aux enfants légitimes, naturels, adoptifs, recueillis ;
- aux ascendants.

Pour ouvrir droit au capital-décès, l'assuré décédé devait, durant la période de 3 mois avant le décès, se trouver dans l'une de ces situations :

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

Sous certaines conditions, le capital décès peut également être versé aux survivants de la personne décédée qui était :

- travailleur indépendant, artisan non retraité, ou
- travailleur indépendant, commerçant non retraité, ou
- travailleur indépendant à la retraite

Le défunt était un salarié	3 476 € au 1er avril 2021 (montant forfaitaire fixé par décret et revalorisé chaque année)
Le défunt était un travailleur indépendant non retraité	8 227,20 € en 2021 s'il bénéficiait d'une pension d'invalidité (20% du plafond annuel de la Sécurité sociale)
Le défunt était un travailleur indépendant retraité	Lors du décès d'un artisan ou commerçant retraité ou de son conjoint à charge à condition qu'il soit bénéficiaire d'un avantage versé par le régime artisan ou commerçant (majoration pour conjoint à charge...), les ayants droit peuvent percevoir un capital égal à 3 290,88 € en 2021 (8 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès).

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

• Décès d'un enfant

Les parents peuvent bénéficier sur demande d'un congé de deuil à la suite du décès de leur enfant âgé de moins de 25 ans, ou d'une personne à charge de moins de 25 ans. La durée de ce congé est de 8 jours.

Indemnisé par l'Assurance maladie, il doit être pris dans l'année qui suit le décès (intervenu à compter du 1er juillet 2020).

L'indemnité journalière versée est calculée sur les salaires des 3 mois qui précèdent le congé ou des 12 mois précédents en cas d'activité saisonnière ou non continue, déduction faite d'un taux forfaitaire représentatif de la part salariale des cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelles rendues obligatoires par la loi.

Les salaires sont pris en compte dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit 3 428,00 € pour l'année 2021). Le montant maximum de l'indemnité journalière pouvant être versée pendant le congé de deuil est de 89,03 € par jour après déduction du taux forfaitaire (21% correspondant à la part salariale des cotisations sociales et contributions obligatoires CSG et CRDS).

- **Accidents du travail et maladies professionnelles**

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

- **Quelle est la définition des accidents du travail et des maladies professionnelles ?**

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

Maladie professionnelle : Une maladie est dite « professionnelle » si elle est la conséquence de l'exposition plus ou moins prolongée à un risque encouru lors de l'exercice d'une activité professionnelle. Les maladies professionnelles font l'objet d'une liste. Il est néanmoins possible de faire reconnaître une maladie professionnelle au cas par cas, même si elle ne figure pas dans cette liste.

Dès leur embauche (sans délai de carence), les travailleurs salariés ou assimilés bénéficient de la protection contre le risque professionnel. Cette protection est également étendue à diverses catégories de personnes (élèves des établissements techniques, les apprentis, les stagiaires, les participants à des actions d'insertion professionnelle, les détenus exerçant un travail pénal, etc.).

- **Formalités**

En cas d'accident du travail, la victime doit en faire la déclaration à son employeur dans les 24 heures. Ce dernier doit déclarer l'accident à la caisse primaire d'assurance maladie dans les 48 heures. Il remettra à son salarié une feuille d'accident qui lui

permettra de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

- **Réparation**

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

- **Prestations dues en cas d'incapacité temporaire**

Les prestations en nature de l'assurance accident du travail sont servies à la victime dans les mêmes conditions que les prestations en nature de l'assurance maladie. Toutefois, les soins (médicaux, chirurgicaux, de pharmacie) sont pris en charge à 100 %. En cas d'hospitalisation, il n'y a pas de forfait journalier à payer et la victime est exonérée du paiement forfaitaire de 24 € pour actes lourds. Certaines prestations telles que les prothèses dentaires et des appareillages sont pris en charge à 150%. L'assuré n'a pas à faire l'avance des frais grâce au système du tiers payant : la caisse d'affiliation règle directement les sommes dues aux praticiens, auxiliaires médicaux et établissements de soins.

- **Indemnités journalières**

Les indemnités journalières sont soumises à l'impôt sur le revenu ainsi qu'aux prélèvements sociaux :

- 0,5 % au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- 6,2 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG).
- Le jour de l'accident, la victime a droit à son salaire, payé par l'employeur.
- Pendant les 28 premiers jours suivant l'arrêt de travail, elle a droit

à une indemnité journalière égale à 60 % du salaire journalier (calculé sur la base du salaire du mois civil précédant l'arrêt de travail divisé par 30,42). Cette indemnité ne peut pas dépasser 205,84 € par jour.

– A partir du 29^e jour d'arrêt, l'indemnité est portée à 80 % du salaire journalier (dans la limite de 274,46 € maximum par jour), sans condition d'enfant à charge comme cela est le cas dans le cadre de l'assurance maladie.

– Au-delà de 3 mois d'arrêt de travail, l'indemnité peut être revalorisée en cas d'augmentation générale des salaires.

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

- **Indemnités temporaires d'inaptitude**

En cas d'inaptitude faisant suite à un accident de travail ou de trajet, l'assuré peut bénéficier d'une indemnité temporaire d'inaptitude pendant une durée d'1 mois maximum à compter de la date de délivrance de l'avis d'inaptitude, sous réserve de ne percevoir aucune rémunération.

Le montant de l'indemnité est égal au montant de l'indemnité journalière versée pendant l'arrêt de travail ayant précédé l'avis d'inaptitude. Si l'intéressé perçoit une rente liée à l'accident du travail, le montant mensuel de la rente est réduit du montant de l'indemnité temporaire d'inaptitude.

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

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

– Un taux inférieur à 10 % ouvre droit à une indemnité en capital versée en une seule fois. Son montant forfaitaire fixé par décret dépend du taux d'incapacité.

– Si le taux est supérieur ou égal à 10 %, l'assuré perçoit une rente d'incapacité permanente. Elle est versée chaque mois (pour un taux supérieur ou égal à 50 %) ou chaque trimestre (pour un taux compris entre 10 et 50 %).

- **Rente due à la victime**

Le montant de la rente est calculé à partir de deux éléments : le taux d'incapacité permanente de la victime et le montant du salaire antérieur.

- **Le taux d'incapacité permanente (IPP)**

Ce taux est déterminé de la façon suivante :

- Dans un premier temps, la caisse primaire recherche le taux d'incapacité réelle en s'appuyant sur plusieurs éléments : résultats d'expertise, barème officiel, état général de la victime, son âge, ses facultés physiques et mentales, ses aptitudes et qualifications professionnelles.
- Ce taux fait ensuite l'objet d'une correction : il est réduit de moitié jusqu'à 50 % et augmenté de moitié pour la partie qui excède 50 %.

Exemple

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

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

- **Le salaire**

Les rentes sont exonérées de CSG et de CRDS, et ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu.

Le salaire annuel minimum (S) pris en considération pour le calcul d'une rente au taux d'incapacité au moins égal à 10 % est fixé à 18 705,80 € (salaire minimum des rentes) au 1er avril 2021.

Jusqu'à 2 fois ce salaire S ($18\,705,80 \text{ €} \times 2 = 37\,411,60 \text{ €}$) le salaire

de la victime est entièrement pris en considération. La fraction de salaire annuel de la victime qui excéderait 2 S, sans dépasser 8 S (149 646,58 €) est prise en compte pour 1/3.

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

- **Tierce personne**

La rente d'incapacité permanente peut être complétée par la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) dès lors que la victime présente au moins 80 % d'incapacité permanente et qu'elle est incapable d'accomplir seule au moins 3 actes ordinaires de la vie courante.

Le montant de la PCRTP est modulé en fonction du besoin d'assistance, lequel est déterminé par le service médical de la caisse débitrice de la rente à partir d'une grille d'appréciation de 10 actes que la victime ne peut pas accomplir seule.

Les trois montants forfaitaires sont les suivants (au 1er avril 2021) :

- 564,86 € lorsque la victime ne peut pas accomplir seule 3 ou 4 actes de la grille
- 1 129,75 € lorsque la victime ne peut pas accomplir seule 5 ou 6 actes de la grille
- 1 694,65 € lorsque la victime ne peut pas accomplir seule au moins 7 actes de la grille ou lorsque en raison de troubles neurologiques la victime présente un danger pour elle-même ou pour autrui.

- **Rentes dues aux survivants**

Ces rentes sont exonérées de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu.

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

– Le conjoint, le concubin ou la personne liée à la victime par un pacte civil de solidarité peut prétendre à une rente égale à 40 % du salaire de la victime. De plus, si l'intéressé est âgé de plus de 55 ans ou présente une incapacité de travail d'au moins 50 %, il est versé un complément de rente de 20 % ;

A l'inverse, si il y a eu divorce, séparation de corps ou rupture du Pacs, et le défunt était tenu de verser une pension alimentaire ou une aide financière, ou si le défunt vivait avec un nouvel époux, partenaire pacsé ou concubin, le montant de la rente est réduit de 20%.

– Les enfants légitimes ou adoptés, âgés de moins de 20 ans. La rente est en principe de 25 % du salaire annuel de la victime, pour chacun des deux premiers enfants et 20 % par enfant au-delà de deux. Lorsque l'enfant est orphelin de père et de mère, le taux de la rente est égal à 30 % ;

– Les ascendants qui se trouvaient en état d'obtenir une pension alimentaire si la victime n'avait ni conjoint, ni enfant. Si la victime avait conjoint ou enfant, les ascendants devaient être à la charge de la victime. La rente est en principe fixée à 10 % du salaire annuel de la victime, sans que les rentes pour l'ensemble des ascendants puissent excéder 30 %.

La somme des rentes dues aux survivants ne peut dépasser 85 % du salaire annuel de la victime. Le cas échéant, le montant de chaque rente versée sera diminué proportionnellement.

- **La Retraite**

En France, la retraite de base est complétée pour les salariés du secteur privé par la retraite complémentaire obligatoire du régime ARRCO-AGIRC qui repose également sur un mécanisme de répartition.

- **Le régime de base**

Les pensions de base du régime général sont attribuées par :

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

- **Droit de l'assuré**

L'âge minimal légal pour partir à la retraite est de 62 ans pour les personnes nées à partir du 1er janvier 1955.

A l'âge de 62 ans, pour bénéficier d'une retraite à taux plein, il faut justifier du nombre de trimestres de cotisations requis selon l'année de naissance.

La retraite entre 65 et 67 ans (âge du taux plein automatique)

A partir d'un certain âge, la retraite est calculée au taux plein, quel que soit le nombre de trimestres. Cet âge varie de 65 à 67 ans, selon l'année de naissance et la situation.

Le montant de la pension dépend de trois éléments :

- **le salaire de base ou salaire annuel moyen (SAM)** : le salaire annuel moyen représente les salaires bruts sur lesquels les cotisations ont été versées. Le salaire annuel moyen est calculé sur la base des 25 meilleures années de la carrière ;
- **le taux de liquidation** : le taux maximum de 50 % est affecté d'un coefficient de minoration déterminé en fonction du nombre de trimestres manquants pour bénéficier du taux plein en tenant compte de la durée d'assurance et de l'âge (le montant le plus intéressant pour l'assuré étant choisi). Le taux minimum est fixé à 37,5 % ;
- la durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes permet de déterminer le taux de liquidation de la pension entre l'âge

légal de départ à la retraite et l'âge d'attribution automatique du taux plein (entre 62 ans et 67 ans pour les assurés nés après le 1er janvier 1955). Le taux plein de 50 % résulte de la durée d'assurance (entre 166 et 172 trimestres en fonction de l'année de naissance), de l'âge (67 ans pour les assurés nés à partir de 1955) ou de l'appartenance à une catégorie spécifique (inapte au travail ou handicapé et atteint d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 50 %, titulaire d'une pension d'invalidité, mère de famille ouvrière ou ancien combattant).

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

- **Que se passe-t-il pour les périodes d'activité accomplies à l'étranger ?**

Les périodes d'activité accomplies à l'étranger dans un État lié à la France par un accord de sécurité sociale peuvent, sous certaines conditions, être prises en compte pour la détermination du taux de liquidation de la pension de retraite. Dans le cadre de la seule législation française, les périodes d'activité à l'étranger accomplies avant le 1er avril 1983, qui peuvent ou qui auraient pu faire l'objet d'un rachat, sont prises en compte en tant que périodes équivalentes pour la détermination du taux de liquidation de la pension à partir de l'âge légal (article R. 351-4 du code de la sécurité sociale).

La durée d'assurance représente la durée réelle d'assurance (périodes de cotisation et périodes assimilées) auprès du régime. Au fil des réformes, la durée d'assurance exigée pour obtenir le taux plein de la pension a augmenté progressivement pour correspondre à 166 trimestres pour les assurés nés de 1955 à 1957. La durée d'assurance exigée augmente encore d'un trimestre par tranche de

3 générations afin d'atteindre 172 trimestres pour les assurés nés en 1973 et après.

Ainsi, pour un assuré né en 1957, la formule de calcul de la pension est la suivante:

Salaire annuel moyen (25 meilleures années) x Taux (entre 37,5 et 50%) x Durée d'assurance au régime général / 166 trimestres (durée d'assurance maximum prise en compte pour la génération 1957).

- **La pension anticipée**

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

– Retraite au titre de l'incapacité permanente ou de la pénibilité

La retraite pour incapacité permanente au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail permet aux assurés de partir à la retraite dès 60 ans et de bénéficier du taux plein, quelle que soit leur durée d'assurance. Plusieurs cas de figure sont possibles selon le taux d'incapacité :

* Perception d'une rente pour accident du travail avec un taux d'incapacité permanente au moins égal à 20 %

* Perception d'une rente pour maladie professionnelle avec un taux d'incapacité permanente au moins égal à 20 %

* Perception d'une rente maladie professionnelle ou accident du travail avec un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % et inférieur à 20 %. L'assuré peut déposer une demande de retraite pour incapacité permanente si :

° Il a été exposé pendant au moins 17 ans à des facteurs de risques professionnels ;

° Son incapacité est due à son travail.

– Retraite au titre de longue carrière, qui offre la possibilité de partir à la retraite à 60 ans ou avant à condition de justifier d'une durée minimale d'assurance et de cotisations et d'un début d'activité très

jeune. Les conditions de durée d'assurance varient en fonction de l'année de naissance, de l'âge de départ en retraite et de l'âge de début d'activité professionnelle.

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

- **La pension au taux minoré ou décote**

Les personnes qui demandent la liquidation de leur pension de vieillesse et qui ne totalisent pas la durée d'assurance nécessaire pour obtenir une pension au taux plein (50%) se voient appliquer une décote, ou taux minoré. Le coefficient de minoration est déterminé en fonction du nombre de trimestres manquants et de la génération à laquelle appartient l'assuré : 1,25 % pour les assurés nés à partir de 1953 (soit une diminution de 0,625 par trimestre manquant). La liquidation de la pension avec application de la décote est définitive.

Trimestres manquants	Taux de la retraite
1	49,375 %
2	48,750 %
3	48,125 %
4	47,500 %
5	46,875 %
6	46,250 %
7	45,625 %
8	45,000 %
9	44,375 %
10	43,750 %

- **Surcote de la pension (prolongation de l'activité après 62 ans)**

Les personnes qui, à l'âge de 62 ans (âge légal), ont accompli la durée d'assurance prévue pour obtenir la liquidation de leur pension au taux plein (50%) et qui continuent à travailler, bénéficient d'une majoration de la retraite. Des taux différents s'appliquent en fonction du moment où ces périodes de travail ont été accomplies. Pour les

périodes postérieures au 1er janvier 2009, le taux de majoration est fixé à 1,25 % par trimestre supplémentaire.

- **Majoration de la durée d'assurance**

Un parent peut bénéficier d'une majoration de la durée d'assurance jusqu'à 8 trimestres par enfant :

- 4 trimestres au titre de la maternité (90 jours d'indemnités journalières valident un trimestre) ou de l'adoption,
- 4 trimestres au titre de l'éducation de l'enfant, pendant les 4 années qui suivent sa naissance ou son adoption.

Pour les enfants nés après le 1er janvier 2010, les trimestres de majoration pour adoption et pour éducation peuvent être répartis entre les parents. Ceux-ci peuvent désigner le bénéficiaire des majorations ou la répartition des trimestres entre eux dans les 6 mois à partir du 4ème anniversaire de la naissance ou de l'adoption.

- **Majoration pour enfant handicapé**

Une majoration de 8 trimestres maximum peut être accordée au titre de l'éducation d'un enfant atteint d'une incapacité permanente de 80 %, ouvrant droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou la prestation de compensation du handicap (PCH).

- **Report de la date départ à la retraite**

Un assuré peut avoir atteint l'âge de retraite à taux plein (67 ans) mais ne pas avoir accompli la durée d'assurance requise pour obtenir une retraite entière (tous régimes de base confondus). Il peut augmenter cette durée d'assurance en reportant au-delà de cet âge sa date de départ à la retraite (en continuant ou non à exercer une activité professionnelle). Sa durée d'assurance sera alors majorée de 2,5 % pour chaque trimestre reporté.

- **Majoration du montant de la pension**

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

– **La majoration pour enfant** : un assuré qui a élevé 3 enfants pendant au moins 9 ans avant leur 16^{ème} anniversaire bénéficie d'une majoration de 10 % du montant de sa pension de vieillesse. Cette majoration est accordée à chacun des parents titulaires d'une pension de retraite.

– **La majoration pour conjoint à charge** n'est plus attribuée depuis le 1^{er} janvier 2011. Pour les personnes qui en bénéficiaient avant cette date et qui remplissent encore les conditions d'attribution, son paiement est poursuivi (609,80 € / an).

– **La majoration pour l'aide d'une tierce personne** est accordée aux titulaires de pension de retraite substituée à une pension d'invalidité et aux titulaires de pension de retraite pour inaptitude au travail ou révisée pour inaptitude au travail et qui remplissent les conditions de droit à la majoration avant d'atteindre l'âge de la retraite au taux plein (67 ans). Pour prétendre à cette majoration, il faut avoir besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante. Depuis le 1^{er} avril 2021, son montant ne peut être inférieur à 1 126,41 € par mois.

– **La surcote** : Les assurés qui travaillent au-delà de l'âge ouvrant droit automatiquement à pension de retraite à taux plein et qui totalisent, tous régimes de retraite de base confondus, la durée d'assurance vieillesse nécessaire pour percevoir une pension à taux plein peuvent continuer à travailler pour augmenter le montant de leur pension. Pour chaque trimestre accompli au-delà de l'âge légal de départ à la retraite et de la durée d'assurance exigée pour bénéficier d'une retraite à taux plein, la pension est majorée de 1,25 % par trimestre (dans la limite de 4 par an).

- **Montants minimum et maximum de la pension**

– L'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est une prestation mensuelle accordée aux retraités ayant de faibles ressources et vivant en France. Il s'agit d'une allocation différentielle dont le montant est fonction des ressources et de la situation

familiale. Pour une personne seule, il s'élève à 903,20 € par mois.

- Le minimum contributif est accordé aux assurés qui ont cotisé sur de faibles revenus, et remplissent les conditions d'une retraite à taux plein. Son montant est fixé à 645,50 € par mois, auxquels peuvent s'ajouter des compléments liés à la durée d'assurance ou autres facteurs. Dans tous les cas, le minimum ne peut pas porter le montant total des retraites personnelles (de base et complémentaire) au-dessus d'un certain montant mensuel (1 203,37 €).

Le montant de la pension de retraite de base ne peut pas excéder 50 % du plafond de la sécurité sociale (1 714 € par mois en 2021).

- **Polypensionnés : la liquidation unique des régimes alignés (Lura)**

En vigueur depuis le 1er juillet 2017, la Lura ne s'applique pas :

- aux assurés qui ont obtenu avant cette date une de leurs retraites de même nature dans l'un des régimes alignés
- aux exploitants agricoles, ni aux professions libérales, ni aux régimes spéciaux qui ne font pas partie des « régimes alignés »
- aux personnes nées avant 1953.

La réforme des retraites du 20 janvier 2014 a instauré le dispositif de liquidation unique des retraites (Lura) pour les personnes ayant relevé d'au moins 2 des régimes suivants dits « alignés » :

- le régime général des salariés (RG),
- le régime des salariés agricoles (SA),
- le régime des travailleurs indépendants (artisans, commerçants, industriels).

La Lura permet à ces assurés également appelés « polypensionnés » de ne faire qu'une seule demande de départ à la retraite, et de ne percevoir qu'une seule pension (au lieu de plusieurs auparavant). L'assuré peut demander sa retraite indifféremment à l'une des caisses auprès desquelles il a cotisé. Ces dernières se communiquent ensuite les éléments nécessaires à l'instruction de la

demande et au calcul de la pension.

Le régime compétent pour calculer et verser la pension est en principe celui auprès duquel l'assuré a été affilié en dernier lieu.

Toutefois, des règles de priorité dérogent à ce principe : par exemple lorsque l'assuré a été affilié en dernier lieu et simultanément à deux régimes alignés ou encore lorsqu'il a relevé en dernier lieu d'un régime non visé par la Lura.

La pension est ensuite calculée par ce régime compétent, en fonction de ses propres modalités et règles de liquidation.

- **Formule de calcul**

Pension = Revenu annuel moyen x Taux x Durée d'assurance accomplie / Durée d'assurance maximum prise en compte.

– **Revenu annuel moyen** : somme des salaires et revenus moyens des 25 meilleures années, tous régimes alignés confondus. Cette somme ne doit pas excéder le montant du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au cours de chaque année considérée.

– **Taux** : entre 37,5 et 50 %. Lorsque le taux est déterminé en fonction de la durée d'assurance, il est tenu compte de la durée d'assurance et des périodes équivalentes accomplies au titre des régimes alignés concernés, mais aussi au titre des autres régimes obligatoires auxquels l'assuré a été affilié. Le nombre de trimestres validés dans les régimes visés ne peut excéder 4 par année civile.

– **Durée d'assurance accomplie** : ensemble des trimestres validés au titre des régimes alignés concernés.

- **Droits des survivants**

Les pensions de réversion, comme l'allocation veuvage, sont attribuées par :

- les caisses (régionales) d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT),
- la caisse nationale d'assurance vieillesse d'Île-de-France (pour la région parisienne),

- les caisses générales de sécurité sociale (pour les départements d’outre-mer),
- la CSS à Mayotte.

- **Pensions de réversion**

La pension de réversion est destinée aux conjoints ou aux ex-conjoints survivants*. Son attribution n’est pas automatique mais subordonnée à des conditions d’âge et de ressources :

- le conjoint survivant ou l’ex-conjoint divorcé doit avoir atteint l’âge de 55 ans (51 ans si le décès est survenu avant 2009) ;
- ses ressources personnelles et celles du nouveau ménage en cas de remariage, de PACS ou de concubinage ne doivent pas dépasser un certain plafond (21 320 € par an pour une personne vivant seule).

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

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

Une majoration pour enfant à charge d’un montant de 98,72 € par mois peut être attribuée lorsque le conjoint survivant a à sa charge au moins un enfant de moins de 16 ans, et qu’il ne perçoit pas de retraite personnelle.

Le montant de la pension est également majoré de 10 % lorsque le titulaire a élevé au moins 3 enfants.

Le bénéficiaire ayant atteint l’âge d’obtention d’une retraite au taux plein, qui a fait valoir ses droits à une pension de retraite, peut bénéficier d’une majoration de 11,1% du montant de sa pension de réversion, si le total de ses retraites ne dépasse pas 2 624,26 € par trimestre.

** Le Pacs et le concubinage n’ouvrent pas droit à la pension de réversion.*

- **Allocation veuvage**

L'allocation veuvage peut être versée durant 2 ans à toute personne de moins de 55 ans dont les ressources personnelles sont inférieures à 2 344,87 € par trimestre, et dont le conjoint a cotisé à l'assurance vieillesse pendant au moins 3 mois (consécutifs ou non) au cours de l'année précédant son décès.

Le montant mensuel de l'allocation veuvage est de 625,30 € par mois.

- **Orphelins**

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

- **Régimes complémentaires obligatoires**

La retraite complémentaire est obligatoire pour tous les salariés assujettis à titre obligatoire à l'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole ou du régime des mines.

Pour les salariés du secteur privé, elle est mise en œuvre par le régime Agirc-Arrco, né de la fusion, au 1er janvier 2019, des 2 régimes Arrco (association pour le régime de retraite complémentaire des salariés) pour l'ensemble des salariés et Agirc (association générale des institutions de retraite des cadres) pour les cadres.

Le système est dit « par répartition », à l'instar de la retraite de base : les cotisations versées par les salariés et leurs employeurs permettent de verser immédiatement les retraites aux retraités actuels.

Il fonctionne par points : chaque année, les cotisations sont transformées en points de retraite qui alimentent un compte individuel. Pour connaître le montant de sa retraite, il suffit de multiplier son nombre de points par la valeur de ce point fixée tous les ans.

• Cotisations

Les cotisations de retraite complémentaire sont calculées sur les éléments de rémunération entrant dans l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale. Depuis le 1er janvier 2019, le régime Agirc-Arrco prévoit une assiette de cotisation comportant 2 tranches de salaire. Sur chaque tranche de salaire s'applique un taux de cotisation, lui-même réparti entre l'employeur (60 %) et les salariés (40 %).

Assiette	Taux salarial	Taux patronal	Total	Taux de calcul des points
Tranche 1 : entre 0 et 3 428 € (1 plafond mensuel de la sécurité sociale)	3,15 %	4,72 %	7,87 %	6,2 %
Tranche 2 : entre 3 428 € et 27 424 € (8 plafonds de la sécurité sociale)	8,64 %	12,95 %	21,59 %	17 %

Le taux de cotisation appelé (ou taux effectif) correspond au taux contractuel de cotisation (ou taux de calcul des points) multiplié par 127. Les points attribués aux salariés en contrepartie des cotisations versées (part salariale + part employeur) sont calculés sur les cotisations résultant de l'application du taux de calcul des points. Le surcroît des cotisations résultant de l'application du taux d'appel contribue au financement du régime Agirc-Arrco.

Deux ou trois autres contributions sont prélevées, selon que le salarié est cadre ou non :

- **la CEG** : contribution d'équilibre général, destinée à compenser les charges résultant des départs à la retraite avant 67 ans,
- **la CET** : contribution d'équilibre technique, qui s'applique aux salariés dont le salaire est supérieur au plafond de la sécurité sociale,
- **l'Apec** (Association pour l'emploi des cadres).

- **Acquisition des points**

Les retraites des régimes complémentaires sont calculées en points.

Pour déterminer les points, il est tenu compte non seulement des points acquis par cotisation, mais également des points attribués sans versement de cotisation, à savoir :

- les périodes d'emploi antérieures à l'application du régime,
- les périodes d'incapacité de travail d'une durée supérieure à 60 jours consécutifs et pour lesquelles l'intéressé a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance maladie/maternité ou de l'assurance accident du travail,
- les périodes de perception d'une pension d'invalidité,
- les périodes de perception d'indemnités de l'assurance chômage.

Trois éléments entrent dans le calcul des points de retraite : l'assiette des cotisations, le taux de calcul des points et le prix d'un point.

Nombre de points = Assiette des cotisations x Taux d'acquisition des points / Prix d'un point.

- **Liquidation de la pension**

Le bénéfice d'une retraite complémentaire à taux plein est accordé aux personnes :

- ayant atteint l'âge légal, soit 62 ans et justifiant du nombre de trimestres requis pour obtenir la retraite de base à taux plein.
- ayant atteint un âge minimum compris entre 65 et 67 ans en fonction de la date de naissance, sans condition de durée d'activité.

Il est possible de bénéficier de la retraite complémentaire avant 62 ans à taux plein à condition d'avoir obtenu sa retraite de base au titre d'une carrière longue ou au titre de l'incapacité permanente.

- **Montant**

Le régime unifié Agirc-Arrco au 1er janvier 2019 a instauré un dispositif de majoration/minoration temporaire du montant de la

retraite. Il est destiné à encourager la poursuite de l'activité au-delà de l'âge auquel les conditions sont remplies pour bénéficier de la retraite à taux plein.

Ce dispositif s'applique aux seules personnes qui sont nées à compter du 1er janvier 1957 et qui remplissent les conditions pour bénéficier d'une retraite Agirc-Arrco à taux plein après le 1er janvier 2019.

Les 3 situations de majoration/minoration sont les suivantes :

– Demande de retraite complémentaire à la date du bénéfice du taux plein au régime de base. Une minoration de 10 % pendant 3 ans s'applique au montant de la retraite complémentaire. La retraite cesse d'être minorée lorsque le retraité atteint l'âge de 67 ans et plus.

– Demande de retraite complémentaire 1 an après la date bénéficiaire du taux plein au régime de base : La minoration ne s'applique pas. La totalité de la retraite complémentaire est accordée.

– Demande de retraite complémentaire 2 ans ou plus après la date du bénéfice de la retraite de base au taux plein : majoration de retraite complémentaire pendant 1 an de :

* 10 % si la liquidation de la retraite complémentaire est décalée de 2 années,

* 20 % si elle est décalée de 3 années,

* 30 % si elle est décalée de 4 années.

Le montant brut de la retraite complémentaire est calculé comme suit :

– **Montant brut annuel de la retraite = Total des points x Valeur du point**

– Depuis le 1er novembre 2019, la valeur du point AGIRC-ARRCO est de 1,2714 €.

Le montant de la pension est proportionnel aux revenus professionnels de l'ensemble de la carrière et non pas seulement des 25 meilleures années comme cela est le cas dans le régime de base.

- **Quels sont les types de majorations familiales ?**

Deux types de majorations pour enfants existent :

- la majoration pour enfants à charge,
- la majoration pour enfants nés ou élevés.

Les personnes qui remplissent les conditions d'attribution de ces deux types de majorations reçoivent la majoration la plus élevée.

- **Pension de réversion**

Le conjoint survivant ou l'ex-conjoint survivant, non remarié, est susceptible de bénéficier d'une pension de réversion. Le concubinage et le Pacs ne donnent pas droit à la pension de réversion.

Conditions d'âge :

- sans condition d'âge si au moment du décès de l'assuré, le survivant à 2 enfants à charge ou s'il est en situation d'invalidité,
- à partir de 55 ans si le décès du salarié ou du retraité est intervenu à compter du 1er janvier 2019,
- Si le décès est intervenu avant, les conditions d'âge prévues par les anciens régimes Agirc et Arrco s'appliquent :
 - * à partir de 55 ans pour la pension de réversion Arrco quand le décès du salarié ou du retraité est intervenu à partir du 1er juillet 1996,
 - * à partir de 60 ans au moins pour la pension de réversion Agirc quand le décès du salarié ou du retraité est intervenu à partir du 1er mars 1994. Cet âge peut être avancé à 55 ans. Dans ce cas, la pension de réversion Agirc est minorée sauf si l'intéressé bénéficie de la pension de réversion du régime de base.

Contrairement au régime de base, la pension de réversion est attribuée sans conditions de ressources.

Le montant de la pension est égal à 60 % des droits acquis auprès du régime par le conjoint décédé.

- **Orphelins**

Dans le régime Agirc-Arrco, seul l'orphelin des 2 parents peut bénéficier d'une pension de réversion :

- s'il a de moins de 21 ans à la date du décès du dernier parent,
- ou, s'il a moins de 25 ans et se trouve à la charge du dernier parent au moment du décès,
- ou, sans condition d'âge s'il a été reconnu invalide avant 21 ans, quel que soit son âge au moment du décès.

L'orphelin peut bénéficier d'une pension, au titre de chaque parent. Si le décès du dernier parent est intervenu après le 1er janvier 2019, le montant de la pension de réversion Agirc-Arrco des orphelins est égal à 50 % des droits obtenus par l'un ou les deux parents.

Si le décès du dernier parent est intervenu avant 2019 :

- Pension de réversion Arrco des orphelins : 50 % des droits.
- Pension de réversion Agirc des orphelins : 30 % des droits.

- **Que sont les prestations familiales ?**

La branche Famille de la sécurité sociale est organisée en un réseau de 101 caisses départementales et une caisse nationale. Les caisses d'allocations familiales (CAF) versent des prestations familiales :

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

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

Le droit aux prestations familiales est ouvert aux personnes qui assument la charge effective et permanente (nourriture, logement,

habillement) d'enfants légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, dont l'âge limite est fixé à :

- 20 ans (règle générale), pour tous les enfants n'exerçant aucune activité ou dont la rémunération nette mensuelle n'excède pas 78 % du Smic net (952,74 €) ;
- 21 ans pour le versement des allocations logement et du complément familial.

Méthode de calcul des prestations familiales : les prestations familiales représentent un pourcentage d'une base mensuelle de calcul (BMAF) fixée à 414,81 € au 1er avril 2021. Ce montant est revalorisé au 1er avril de chaque année, conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac.

Parmi les prestations familiales, on peut distinguer : les prestations générales d'entretien, les prestations d'entretien et d'accueil liées à la petite enfance regroupées dans la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), les prestations à affectation spéciale.

- **Allocations familiales**

Les allocations familiales sont versées sans condition d'activité à partir du 2ème enfant à charge résidant en France. Leur montant est modulé en fonction des ressources du ménage ou de la personne ayant la charge des enfants, et du nombre d'enfants. Ce sont les revenus nets de l'année N-2 qui sont pris en compte. Il existe 3 tranches de revenus.

- **Allocation forfaitaire**

L'allocation forfaitaire est servie aux familles d'au moins 3 enfants à charge qui perdent le bénéfice d'une partie des allocations familiales lorsqu'un des enfants atteint l'âge de 20 ans (soit la limite d'âge pour le versement des prestations familiales), qu'il vit toujours au foyer et ne perçoit pas de revenu professionnel supérieur à 952,74 €.

Pour en bénéficier, la famille doit ouvrir droit aux allocations familiales pour 3 enfants au moins, y compris celui qui atteint l'âge de 20 ans. L'allocation est versée au titre de l'enfant concerné pendant un an, du 1er jour du mois où l'enfant atteint son 20ème anniversaire au mois qui précède son 21ème anniversaire. Son montant est de 83,52 € au 1er avril 2021. Comme celui des allocations familiales, il est en principe divisé par 2 ou par 4 en fonction des ressources du ménage (année N-2). Toutefois, un complément dégressif peut être versé lorsque les ressources de la famille perçues au cours de l'année civile N-2 dépassent de peu le plafond de ressources applicable au foyer.

- **Complément familial**

Cette prestation est attribuée sous condition de ressources aux familles ayant à leur charge au moins 3 enfants, âgés de 3 ans et plus et de moins de 21 ans. Le plafond de ressources (année N-2) varie en fonction du nombre d'enfants à charge et de la composition du foyer.

Enfants à charge	Niveau de revenus		Montant
	Couple avec 2 revenus	Couple avec 1 revenu	
3 enfants	23 929 € ou moins	19 562 € ou moins	257,88 €
	Entre 23 929 € et 47 853 €	Entre 19 562 € et 39 118 €	171,91 €
4 enfants	27 189 € ou moins	22 822 € ou moins	257,88 €
	Entre 27 189 € et 54 373 €	Entre 22 822 € et 45 638 €	171,91 €

Le montant est le même qu'il y ait 3 enfants à charge ou plus.

- **Allocation de soutien familial**

Cette prestation est versée pour élever un enfant privé de l'aide de l'un ou de ses deux parents ou pour compléter une pension alimentaire fixée, dont le montant est faible.

L'Asf peut également être versée à titre d'avance en cas de pension alimentaire impayée par l'autre parent.

Les conditions pour en bénéficier sont les suivantes :

- vivre seul(e),
- résider en France,
- avoir au moins 1 enfant à charge,
- si l'enfant exerce une activité professionnelle, sa rémunération mensuelle nette ne doit pas excéder 952,74 €.

Le montant de l'allocation est égal à :

- 155,55 € lorsque l'enfant est orphelin de père et de mère, ou dans une situation assimilée ;
- 116,69 € lorsque l'enfant est orphelin de père ou de mère, ou dans une situation assimilée.

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

Ces dernières sont regroupées dans la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) qui se compose :

- d'une prime à la naissance ou à l'adoption servie sous condition de ressources ;
- d'une allocation de base mensuelle versée sous condition de ressources de la naissance aux 3 ans de l'enfant ou durant 3 ans dans le cas d'une adoption ;
- d'une prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) pour toute naissance ou adoption intervenue après le 1er janvier 2015 ou d'un complément de libre choix d'activité (Clca) pour toute naissance ou adoption avant le 1er janvier 2015, servis sous condition de durée minimum de cotisation ;

– d'un complément de libre choix du mode de garde (CMG) dont le montant dépend des ressources de la famille.

- **Prime à la naissance ou à l'adoption**

Ces primes permettent de faire face aux frais liés à l'arrivée de l'enfant. Elles sont attribuées sous conditions de ressources. Le plafond de ressources varie en fonction du nombre d'enfants nés ou à naître. Il est majoré lorsque les deux membres du couple travaillent ou lorsqu'il s'agit d'une famille isolée. Au 1er janvier 2021 pour un ménage avec 1 enfant à naître et 1 seul revenu, les ressources perçues en 2019 ne doivent pas dépasser 32 455 € par an, ou 42 892 € par an si les deux membres du couple travaillent ou s'il s'agit d'une personne isolée.

Le montant de la prime est de 953,03 € pour chaque naissance et de 1 906,05 € pour l'adoption d'un enfant de moins de 20 ans. Pour la naissance, le versement de la prime est conditionné à la déclaration de la grossesse dans les 14 premières semaines.

- **Allocation de base**

Versée à la suite de la prime de naissance ou d'adoption, l'allocation de base aide à faire face aux dépenses liées à l'entretien et à l'éducation de l'enfant. Elle est servie sous conditions de ressources (même plafond de ressources que pour l'attribution de la prime de naissance) à partir de la naissance de l'enfant jusqu'au dernier jour du mois civil précédant son 3ème anniversaire. En cas d'adoption, l'allocation de base est servie pendant 3 ans à compter de l'arrivée dans le foyer d'un enfant de moins de 20 ans.

Deux situations sont à distinguer :

– les enfants nés ou adoptés jusqu'au 31 mars 2018

L'allocation de base à taux plein est attribuée en cas de ressources inférieures ou égales à 31 153 €*. Elle s'élève alors à 184,62 €.

L'allocation de base à taux partiel, fixée à 92,31 €, est servie lorsque les ressources ne dépassent pas 37 216 €*.

– les enfants nés ou adoptés à compter du 1er avril 2018
L'allocation de base à taux plein s'élève à 172,77 € tandis qu'elle est de 86,38 € à taux partiel. Pour percevoir le taux plein, les ressources ne doivent pas excéder 27 165 €*. Le taux partiel peut être alloué jusqu'à 32 455 €*.

** Les plafonds indiqués concernent les couples avec un seul revenu et un enfant à charge. Le relèvement du plafond est appliqué lorsqu'il s'agit d'une personne isolée ou que les deux parents ont des revenus. Les ressources prises en compte sont celles perçues en 2019.*

- **Prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE)**

La prestation partagée d'éducation de l'enfant permet au parent de cesser son activité professionnelle ou de la réduire afin de s'occuper de son enfant de moins de 3 ans ou moins de 20 ans en cas d'adoption.

Elle est servie sans condition de ressources dès le premier enfant.

Condition d'activité : il faut avoir validé 8 trimestres d'assurance vieillesse durant :

- les 2 dernières années pour le 1er enfant,
- les 4 dernières années pour 2 enfants,
- les 5 dernières années à partir du 3e enfant.

- **Quelle est la durée de versement ?**

La prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) est servie à chacun des parents pendant :

- 6 mois pour un enfant de rang 1,
- 24 mois pour un enfant de rang 2,
- 48 mois pour un enfant de rang 3 et plus.

Le montant mensuel de la PreParE (du 1er avril 2021 au 31 mars 2022) est fixé à :

- 400,79 € à taux plein (cessation totale d'activité) ;
- 259,09 € à taux partiel lorsque la durée du travail est inférieure ou égale à 50% ;
- 149,46 € à taux partiel lorsque la durée du travail est comprise entre 50% et 80%.

Le montant majoré de la PreParE est de 655,11 € par mois. Il peut être versé au parent d'au moins 3 enfants qui a complètement cessé de travailler. Son montant est supérieur à celui de la PreParE de base mais il est versé sur une période plus courte.

- **Complément de libre choix du mode de garde (CMG)**

Destiné à compenser le coût de la garde d'un enfant de moins de 6 ans, le CMG est servi au ménage ou à la personne qui exerce une activité professionnelle et :

- qui a recours à un(e) assistant(e) maternel(le) agréé(e) dont le salaire brut ne doit pas dépasser 51,25 € au 1er janvier 2021 par jour et par enfant gardé,
- ou a recours à une association, ou une entreprise habilitée qui emploie un assistant maternel ou une personne à domicile, si l'enfant est gardé au moins 16 heures dans le mois,
- ou a recours à une micro-crèche, à condition que l'enfant y soit gardé au moins 16 heures dans le mois au tarif maximum de 10 euros par heure.

Cette prestation inclut :

- la prise en charge par la Caisse d'allocations familiales d'une partie du coût de garde de l'enfant (jusqu'à 85 %). Le taux varie en fonction du nombre d'enfants, de leur âge et des ressources du ménage. Les plafonds de revenus sont majorés de 40 % pour les personnes élevant seules leur(s) enfant(s).
- la prise en charge de tout ou partie des cotisations sociales à hauteur de :
 - * 100 % pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée,
 - * 50 % pour l'emploi d'une garde à domicile. Le montant maximum

de cette prise en charge est de 473,05 € pour les enfants de 0-3 ans de l'enfant et de 236,52 € pour les enfants de 3 à 6 ans.

- **Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)**

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est une aide servie sans condition de ressources aux personnes qui assument la charge d'un enfant de moins de 20 ans, quel que soit son rang, et dont le taux d'incapacité permanente est :

- au moins égal à 80 %
- ou compris entre 50 et 79 % s'il est placé dans un établissement spécialisé ou s'il bénéficie de soins à domicile.

L'enfant ne doit pas être placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour, par l'assurance maladie, l'État ou l'aide sociale.

Le montant de base de l'allocation est de 132,74 € par mois. Les enfants atteints d'une incapacité d'au moins 80 % peuvent prétendre à un complément d'allocation dont le montant varie en fonction du besoin d'aide ou du degré du handicap. Pour déterminer le montant du complément, l'enfant est classé par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) dans une des 6 catégories existantes, déterminée au moyen d'une grille d'évaluation qui tient compte du besoin de soins de l'enfant, du coût de ces soins, et des conséquences financières entraînées par le handicap et/ou du fait que l'un des parents réduit ou arrête son activité professionnelle pour s'occuper de l'enfant et enfin, du recours à une tierce personne rémunérée.

Les montants mensuels des compléments (du 1er avril 2021 au 31 mars 2022) sont les suivants :

- 1ère catégorie : 99,55 € ;
- 2e catégorie : 269,63 € ;
- 3e catégorie : 381,63 € ;
- 4e catégorie : 591,39 € ;
- 5e catégorie : 755,83 € ;
- 6e et dernière catégorie : montant de la majoration pour l'aide

d'une tierce personne, soit 1 126,41 €.

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

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

- 2e catégorie : 53,93 € ;
- 3e catégorie : 74,67 € ;
- 4e catégorie : 236,44 € ;
- 5e catégorie : 302,81 € ;
- 6e catégorie : 443,85 €.

La durée d'attribution de l'AEEH est fixée selon les modalités suivantes :

- Lorsque le taux d'incapacité de l'enfant est au moins égal à 80 % et son état ne présente pas de perspectives d'amélioration, l'AEEH de base (et l'éventuel complément) est attribuée sans limitation de durée jusqu'à l'âge limite du bénéfice des prestations familiales ou jusqu'au basculement vers l'allocation d'adulte handicapé (AAH). En cas de perspectives d'évolution favorable, le droit à l'AEEH de base (et, le cas échéant, de son complément) est attribué pour une période allant de 3 à 5 ans.
- Lorsque le taux d'incapacité est compris entre 50 et 79%, l'AEEH et son éventuel complément sont versés pour une durée de 2 à 5 ans.

Les familles bénéficiaires de l'AEEH de base peuvent opter :

- soit pour un complément d'AEEH,
 - soit pour la prestation de compensation du handicap (PCH).
- Par ailleurs, il est possible de cumuler le complément d'AEEH avec le 3ème élément de la PCH (destiné à couvrir les dépenses supplémentaires d'aménagement du logement, du véhicule ou de transports).

Plus d'informations sur la PCH, voir le site de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

- **Allocation aux adultes handicapés (AAH)**

L'AAH est une allocation de solidarité destinée à assurer aux personnes handicapées un minimum de ressources.

Pour en bénéficier, elles doivent remplir plusieurs conditions :

- être âgé de plus de 20 ans,
- présenter un taux d'incapacité déterminé par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)
 - * d'au moins 80 %.
 - * ou compris entre 50 et 79 % et connaître une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi, reconnue par la CDAPH,
- ne pas recevoir de pension (vieillesse, invalidité) ou de rente d'accident du travail supérieure ou égale à 903,60 euros par mois (montant maximal de l'AAH),
- ne pas disposer de ressources supérieures à un plafond :
 - * 10 832 € pour une personne seule
 - * 19 607 € pour un couple.
 - * Ces plafonds sont augmentés de 5 416 € pour chaque enfant à charge.

Les ressources prises en compte sont celles de 2019 pour l'AAH versée en 2021.

Le montant maximum de l'AAH est de 903,60 € par mois à compter du 1er avril 2021. Ce montant est accordé aux personnes qui n'ont aucune ressource.

Les personnes qui perçoivent une pension ou une rente reçoivent la différence entre le montant de cette dernière et les 903,60 €.

L'AAH peut être attribuée pendant :

- 1 à 10 ans pour un taux d'incapacité au moins égal à 80 % ;
- Depuis le 1er janvier 2019, et sous certaines conditions, la CDAPH

peut accorder l'AAH sans limitation de durée.

– 1 à 5 ans pour un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 %.

- **Allocation de rentrée scolaire**

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

L'allocation est attribuée aux ménages ou aux personnes, disposant de ressources inférieures à un certain plafond (variant en fonction de la composition de la famille et du nombre d'enfants à charge).

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

Le montant de l'allocation au taux plein pour la rentrée 2021 (revalorisé au 1er avril 2021) s'élève à :

- 372,17 €, pour un enfant de 6 à 10 ans
- 392,70 €, pour un enfant de 11 à 14 ans
- 406,31 €, pour un enfant de 15 à 18 ans.

- **Allocation journalière de présence parentale (AJPP)**

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

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

Le montant de l'allocation journalière est fixé à 44,09 € par jour (22,05 € pour une demi-journée) si l'allocataire vit en couple et à 52,39 € par jour (26,20 € pour une demi-journée) s'il s'agit d'un parent isolé. Elle est versée pour chaque jour de congé, dans la limite de 22 par mois.

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

Si les ressources de la famille sont inférieures à un certain plafond, un complément pour frais (112,79 €) peut être servi sur présentation des justificatifs, lorsque le handicap ou la maladie entraîne des frais d'un montant égal ou supérieur à 112,79 € par mois.

- **Décès d'un enfant**

Une allocation forfaitaire est versée, sous condition de ressources, en cas de décès d'un enfant de moins de 25 ans qui était à la charge effective et permanente de l'assuré. Cette allocation est due également pour le décès d'un enfant à compter de la 20ème semaine de grossesse.

Le montant de l'allocation dépend du nombre d'enfants à charge ainsi que des revenus des parents au moment du décès (N – 2). Au 1er avril 2021, le montant de l'allocation est de 2 012 € pour une famille dont les ressources de 2019 sont inférieures à 87 385 € avec un enfant à 104 866 € avec 4 enfants et de 1 006 € pour des revenus supérieures à ces mêmes montants.

- **Prime d'activité**

Versée par les caisses d'Allocations familiales (Caf) ou par la Mutualité sociale agricole (Msa), la prime d'activité complète les revenus d'activité professionnelle des salariés ou non salariés aux revenus modestes.

Conditions pour en bénéficier :

– Avoir plus de 18 ans,

- Exercer une activité professionnelle, ou être indemnisé au titre du chômage partiel ou technique,
- Résider en France de façon stable,
- Être français ou ressortissant de l'Espace économique européen ou Suisse ou être ressortissant d'un autre pays et séjourner en France de façon régulière depuis au moins 5 ans (sauf cas particuliers).

- **Montant**

Le montant de la prime d'activité :

- dépend des ressources de l'intéressé et de celles des membres du foyer (y compris les prestations de la Caf)
- est calculé automatiquement selon la composition du foyer. Il peut comprendre un bonus individuel, attribué à chaque personne en activité dont les revenus d'activité sont supérieurs à 0,5 Smic mensuel.
- est identique pendant 3 mois, même si la situation change au cours de cette période.

Un simulateur disponible sur le site de la Caf permet d'estimer le droit à la prime d'activité et son montant éventuel. La Prime n'est pas versée si son montant est inférieur à 15 euros mensuels.

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

- **Assurance chômage**

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

d'une convention.

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

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

• Organisation

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

• Financement

Le financement du régime d'assurance chômage est assuré au moyen de cotisations assises sur le salaire dans la limite de 4 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 13 712 € en 2021. Depuis le 1er janvier 2019, seuls les employeurs cotisent à l'assurance chômage. Les cotisations salariales ont été supprimées, excepté pour les intermittents du spectacle, les salariés monégasques et certains salariés expatriés. L'État participe au financement de l'assurance chômage, en remplacement de la cotisation salariale supprimée.

Les cotisations chômage sont versées à l'organisme de recouvrement compétent pour l'établissement dont dépendent les

salariés : l'Urssaf en métropole, la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) dans les DOM.

- **Assujettissement**

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

- **Prestations**

Conditions d'attribution

Pour bénéficier de prestations de chômage (Allocation d'aide au retour à l'emploi, l'ARE), il faut remplir les 7 conditions suivantes :

- Être inscrit comme demandeur d'emploi.
- Ne pas avoir atteint l'âge et le nombre de trimestres requis pour une retraite à taux plein ou ne pas bénéficier d'une retraite anticipée.
- Avoir travaillé au moins 4 mois (soit 88 jours ou 610 heures) au cours des 24 derniers mois (36 derniers mois pour les personnes d'au moins 53 ans à la date du dernier contrat de travail)*. Cette condition peut être remplie avec un ou plusieurs contrats, chez différents employeurs.
- Être involontairement privé d'emploi. Il existe toutefois des motifs légitimes de démission qui permettent l'indemnisation du chômage (suivi de conjoint par exemple). Par ailleurs, depuis le 1er novembre 2019, les salariés qui démissionnent peuvent percevoir des allocations de chômage s'ils justifient d'un projet réel et sérieux de reconversion professionnelle. Il doit s'agir soit de créer ou de reprendre une entreprise, soit d'effectuer une formation.

L'allocation, calculée en fonction des salaires antérieurs, ne peut être accordée qu'à la personne qui a travaillé en tant que salarié au moins 5 années consécutives et a sollicité un conseil en évolution professionnelle (CEP) avant de démissionner. Il est également nécessaire de faire valider son projet par une commission régionale et de s'inscrire à Pôle emploi dans les 6 mois qui suivent ladite validation.

- Être physiquement apte à travailler.
- Être à la recherche effective et permanente d'un emploi : avoir élaboré un projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE), avec Pole emploi.
- Habiter sur un territoire couvert par l'Assurance chômage

** Dans le cadre de la crise liée à la Covid-19, les 88 jours travaillés ou les 610 heures travaillées peuvent être recherchés sur une période allongée du nombre de jours compris entre le 1er mars et le 31 mai 2020 et entre le 30 octobre 2020 et le 31 janvier 2021, soit au total sur 27 (pour les moins de 53 ans) ou 39 mois (pour les plus de 53 ans).*

Les allocations de chômage peuvent être supprimées en cas de manquement aux obligations qui incombent à leurs bénéficiaires :

- incapacité à justifier de ses recherches d'emploi,
- refus à 2 reprises d'une offre d'emploi raisonnable,
- refus de répondre aux convocations de Pôle emploi,
- refus de suivre une formation, etc.

La période de radiation dure entre 1 et 4 mois selon le manquement. Elle peut être définitive en cas de fausse déclaration.

• **Montant de l'allocation d'aide au retour à l'emploi**

Les allocations chômage sont soumises à la contribution sociale généralisée (CSG) et à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).

Un prélèvement de 3 % du SJR est également opéré sur le montant brut de l'allocation journalière. Destiné au financement des retraites complémentaires des bénéficiaires de l'assurance chômage, il ne peut pas avoir pour effet de réduire le montant de l'allocation journalière en dessous de 29,38 €.

L'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) garantit un revenu de remplacement aux salariés involontairement privés d'emploi qui en remplissent les conditions.

Le montant de l'ARE est calculé pour partie d'après le salaire journalier de référence (SJR). Ce dernier est constitué des rémunérations brutes soumises à cotisations au titre des 12 mois

civils précédant le dernier jour de travail payé (période de référence calcul ou PRC), dans la limite de 4 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (13 712 €). Il est calculé comme suit :

SJR = Salaire de référence / (Nombre de jours travaillés dans la période de référence calcul X 1,4*)

** Le coefficient de 1,4 correspond à 7/5 et permet de convertir le nombre de jours travaillés en jours calendaires. Un nouveau mode calcul de l'allocation chômage sera mis en œuvre à compter du 1er avril 2021.*

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

– 40,4 % du SJR + une partie fixe (montant à compter du 1er juillet 2020 : 12,05 €)

– 57 % du SJR.

Ce montant ne peut pas être inférieur à 29,38 € (montant à compter du 1er juillet 2020) ni être supérieur à 75 % du SJR.

Dégressivité de l'allocation

Depuis le 1er novembre 2019, l'allocation dont le montant est supérieur à 84,67 € par jour (ce qui correspond environ à un salaire mensuel brut antérieur de 4.500 euros) est réduite de 30 % à partir du 7ème mois d'indemnisation, dans la limite d'un plancher fixé à 84,67 €.

Dans le cadre de la crise sanitaire, cette mesure de dégressivité étant suspendue pendant la période du 1er mars 2020 au 31 mars 2021, les allocataires concernés ne seront donc impactés par la dégressivité qu'à compter du 1er avril 2021.

Point de départ et durée d'indemnisation

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

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

- Différé « congés payés », calculé à partir du montant de l'indemnité compensatrice de congés versée à la fin du contrat,
- Différé « spécifique », calculé en fonction des indemnités de rupture extra-légales (supérieures au minimum légal) versées à la rupture du contrat de travail. Ce différé est de 150 jours maximum, 75 jours dans le cadre d'un licenciement économique.

La durée de versement de l'allocation dépend de l'âge et de la durée d'affiliation. Elle est calculée en multipliant par 1,4 le nombre de jours travaillés.

Âge à la fin de contrat de travail	Durée d'affiliation minimale	Durée d'indemnisation	Durée d'indemnisation maximale
moins de 53 ans	Au moins 130 jours travaillés ou 910 heures travaillées au cours des 24 derniers mois	Nombre de jours travaillés x 1,4	24 mois ou 730 jours
53 ans à moins de 55 ans	Au moins 130 jours travaillés ou 910 heures travaillées au cours des 36 derniers mois	Nombre de jours travaillés x 1,4	30 mois ou 913 jours 36 mois ou 1095 jours si le salarié a travaillé plus de 652 jours et s'il a suivi une formation dans le cadre de son PPAE.
55 ans et plus	Au moins 130 jours travaillés ou 910 heures travaillées au cours des 36 derniers mois	Nombre de jours travaillés x 1,4	36 mois ou 1095 jours

- **Mesures d'incitation à la reprise d'emploi**

Droits rechargeables

Ce dispositif permet à un demandeur d'emploi indemnisé de reprendre une ou plusieurs activités tout en acquérant de nouveaux droits et reportant le terme de ses droits existants non épuisés.

NB : Depuis le 1er août 2020, la durée minimale de travail pour

recharger ses droits est de 4 mois ou 610 heures..

Pour acquérir de nouveaux droits, l'allocataire doit avoir travaillé au moins 910 heures ou 130 jours (soit environ 6 mois) depuis sa dernière ouverture de droits. Et ce, en une ou plusieurs fois, quelle que soit la durée de chaque emploi et le type de contrat de travail (CDI, CDD, intérim). Ces emplois doivent avoir pris fin avant que les allocations ne soient épuisées.

Si le dernier contrat de travail s'est terminé avant le 1er novembre 2019, le demandeur d'emploi doit avoir travaillé au minimum 150 heures (1 mois) pour recharger ses droits.

Date de fin de contrat	Durée de travail minimale pour recharger ses droits
Avant le 01/11/2019	150 heures (1 mois)
Entre le 01/11/2019 et le 31/07/2020	910 heures (6 mois)
Depuis le 01/08/2020	610 heures (4 mois)

- **Droit d'option entre anciens et nouveaux droits**

Sous certaines conditions, et comme alternative aux droits rechargeables, le droit d'option permet de choisir l'allocation qui résulte de la dernière période d'activité sans attendre l'épuisement des allocations non utilisées d'un droit au chômage précédent. Cette occasion peut se présenter lorsque le demandeur d'emploi reprend, durant sa période d'indemnisation, une activité mieux rémunérée que celle qui a ouvert le droit à l'allocation initiale. Si le demandeur d'emploi effectue ce choix, il renonce définitivement au bénéfice des allocations qui lui restaient du droit ARE précédent pour percevoir de nouvelles allocations dont le montant serait plus important.

- **Cumul salaire et allocation de chômage**

Il est possible de cumuler partiellement l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) avec la rémunération d'une activité professionnelle, quel que soit le nombre d'heures effectuées au titre de cette activité.

Le montant de l'allocation versée en cas de cumul est calculé comme suit :

Allocations qui seraient dues sans activité – 70 % du salaire mensuel brut issu de la nouvelle activité.

Ce montant est toutefois soumis à un plafond : il ne doit pas dépasser le salaire journalier de référence (SJR).

Les garanties et les exclusions

- **Qu'est-ce que la garantie accidents de la vie ?**

La garantie accidents de la vie (GAV) sert à protéger l'assuré, et éventuellement sa famille, des conséquences des accidents de la vie quotidienne. L'assureur indemnise l'assuré victime d'accident, si le responsable n'est pas identifié ou si l'assuré est lui-même le responsable. Les contrats proposés par les assureurs diffèrent, certains éléments de la garantie peuvent être déjà couverts par d'autres assurances (sécurité sociale, complémentaire santé, carte bancaire...).

- **Qui est couvert ?**

La garantie peut concerner l'assuré uniquement, ou inclure aussi ses enfants et son époux(se), partenaire de Pacs ou concubin(e).

- **Quels sont les risques couverts ?**

La garantie accidents de la vie couvre les dommages corporels liés :

- aux accidents domestiques (brûlure, chute, bricolage, jardinage, intoxication...),
- aux accidents survenus dans le cadre de loisirs (sport, voyage...),
- aux catastrophes naturelles (tempête, avalanche, tremblement de terre...) ou technologiques (effondrement d'un magasin, par exemple),
- aux accidents médicaux (conséquences anormales et imprévisibles d'actes médicaux)
- aux agressions ou attentats.

La garantie ne couvre pas les dommages corporels liés aux accidents de la route et aux accidents de travail, dont l'indemnisation est prise en charge par d'autres assurances. Les assurés peuvent mettre aussi dans le contrat des clauses

d'exclusion pour des risques spécifiquement désignés (accidents liés à la pratique de certains sports par exemple).

- **Cas pratique : votre client a tout cassé dans le magasin**

Votre a fait du shopping, dans le magasin, “tout est fragile et en porcelaine”. Elle a repéré une magnifique théière en porcelaine de Chine. Elle s’est approchée et en se retournant avec son sac, a fait tomber tout le stock de théière de porcelaine.

Qui doit payer la note ?

C’est le client qui doit payer, sauf s’il peut mettre en cause la responsabilité du commerçant.

Votre client a cassé involontairement un objet dans un magasin, il doit réparer le préjudice subi par le commerçant.

Idem, votre client est également tenu de réparer le préjudice si l’accident a été causé par des personnes ou des choses qui sont sous sa responsabilité, à savoir :

- votre enfant mineur,
- votre animal,
- ou un objet que vous utilisez (par exemple, une poussette ou un chariot).

A noter : de nombreux commerçants ne demanderont rien, car ils sont couverts par une assurance qu’ils ont spécialement souscrite pour cette situation.

Par contre votre client ne sera pas tenu de verser une indemnisation au commerçant si l’accident est dû à une faute ou à une négligence qu’il a commise. C’est le cas par exemple si l’accident est provoqué par un grand encombrement des allées ou une mauvaise disposition des produits (placés trop haut ou en équilibre instable).

Votre client va donc actionner sa responsabilité civile.

- **Votre client s’est cassé une jambe au football**

Votre client s'est cassé la jambe en jouant au football avec des amis, il a été hospitalisé plusieurs jours et il doit rester immobilisé pendant un mois. J'ai été victime d'une agression dans la rue et je suis resté invalide à 20 %. Mon mari est décédé suite à un accident et je dois faire face aux frais d'obsèques.

Toutes ces situations constituent des accidents de la vie et des contrats d'assurance vous permettent de faire face aux conséquences pécuniaires qu'ils entraînent. Décryptage.

- **Présentation des contrats d'assurance « Accidents de la vie »**

L'article L. 1171-2 du code de la santé publique définit les accidents de la vie courante (AcVC) comme « l'ensemble des traumatismes non intentionnels, à l'exception des accidents de circulation et des accidents du travail ».

Ils correspondent aux accidents survenant au domicile, sur les aires de sport ou de loisirs, à l'école et peuvent se présenter sous la forme de défenestration, étouffements, noyades, chutes, brûlures ou électrocutions, intoxications, coupures, etc.

La prévention est essentielle pour éviter ces accidents dont les conséquences peuvent être très graves.

Pour se prémunir des conséquences financières qui peuvent apparaître à la suite d'un accident de la vie courante, il est possible de souscrire un contrat d'assurance particulier prenant généralement le nom d' « assurance des accidents de la vie ». Ces contrats couvrent vos pertes pécuniaires mais peuvent également protéger vos proches en cas de décès.

Les assureurs, à travers la FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurance, devenue FFA – Fédération Française des Assurances), ont créé un label « Garantie des Accidents de la Vie » (GAV) pour les contrats couvrant ce type d'accidents.

L'objet de ces contrats est de garantir « les préjudices résultant d'évènements accidentels qui surviennent dans la vie privée de l'assuré, âgé de moins de soixante-cinq ans, dès lors que l'accident entraîne le décès de l'assuré ou que l'incapacité permanente imputable directement à l'accident est au moins égale à 30 % ».

Il permet d'indemniser rapidement les assurés, même en l'absence de responsable. C'est l'avantage principal du contrat, même si la personne s'est blessée seule, elle pourra voir son préjudice indemnisé, ce qui n'aurait pas été le cas sans assurance.

De plus, l'indemnisation se fait selon les principes du droit commun, c'est-à-dire en suivant les barèmes fixés par la jurisprudence, et non selon des barèmes fixés contractuellement qui peuvent ne pas être bien adaptés. En effet, l'indemnisation de droit commun présente l'avantage de tenir compte de l'évolution dans le temps de la perception sociale des préjudices.

Pour bénéficier du label GAV, les sociétés d'assurance doivent respecter un socle minimum de garanties, qu'ils peuvent enrichir en abaissant, par exemple, le seuil de déclenchement des garanties ou en proposant des services accessoires, tels que de l'assistance ou une garantie protection juridique pour vous assister dans vos éventuels recours.

Dans la pratique, de nombreux assureurs respectent le socle des garanties et l'enrichissent, sans pour autant être labellisés « GAV ».

• **Comment s'articule le contrat ?**

Tous les contrats s'articulent autour de trois éléments essentiels, qui permettent de définir le montant de la prime :

- le nombre de personnes concernées par le contrat (célibataire / couple / famille),
- le plafond d'indemnisation : il est au minimum d'un million d'euros par victime, mais l'assureur peut décider d'augmenter ce plafond,
- le seuil d'intervention de l'assureur, à partir duquel les garanties jouent (taux d'AIPP – Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique – consécutif à l'accident et déterminé après expertise). Ce taux est de 30 % dans le contrat de base, mais les assureurs prévoient souvent un taux de déclenchement entre 5 et 15 %.

• **Quels sont les événements accidentels garantis ?**

Les événements suivants doivent être couverts par le contrat GAV :

- les accidents de la vie privée (ex. une chute à domicile, une blessure en faisant du sport, une grave brûlure),
- les catastrophes naturelles et technologiques (ex. une inondation, un tremblement de terre, un raz-de-marée, une explosion dans une usine à proximité de votre domicile),
- les accidents médicaux (ce sont les accidents causés à l’occasion d’actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d’exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux. Les conséquences doivent être anormales et indépendantes de l’évolution de l’affection en cause pour laquelle l’acte a été pratiqué et de l’état antérieur),
- les accidents dus à des attentats ou des infractions (ex. blessures liées à une attaque terroriste ou à une tentative de meurtre, des coups et blessures).

- **Caractère accidentel de l’événement garanti**

L’accident est, par nature, non intentionnel et peut se définir comme un évènement:

- **soudain** : survenance subite du dommage, qui exclut les dommages liés à l’usure ou au défaut d’entretien,
- **imprévisible** : notion d’aléa qui est une des caractéristiques essentielles du contrat d’assurance (sans aléa, il ne peut y avoir d’assurance),
- **extérieur à la victime** : victime qui a un rôle passif dans la réalisation du dommage.

Les contrats définissent généralement l’accident comme « une atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l’assuré, provenant de l’action soudaine d’une cause extérieure ».

Alors que les conditions de soudaineté et d’imprévisibilité ne posent, en principe, pas de difficulté, l’extériorité, quant à elle, est sujette à interprétation.

Dans l’esprit de cette définition, la condition d’extériorité permet à l’assureur de ne pas couvrir:

- les actes intentionnels ou les comportements particulièrement dangereux ou prohibés de l’assuré sans qu’il ait conscience du

danger (ex : suicide),

– les pathologies ou un état physique de l'assuré relevant du risque maladie.

Cependant, au vue de la jurisprudence de la Cour de cassation, il apparaît que dans certaines affaires, la notion d'extériorité est détournée pour permettre à l'assureur de ne pas garantir l'accident.

- **Exemple**

– un assureur a refusé sa garantie pour une chute dans les escaliers avec de graves conséquences corporelles, car l'accident ne résultait pas d'une cause extérieure à la victime,

– une entorse causée lors de la pratique d'un sport n'était pas garantie au motif que la blessure n'était pas liée à un élément extérieur,

– la chute d'une personne de son balcon, en voulant attacher un fil à linge, ne revêt pas le caractère d'extériorité requis pour caractériser un accident (Cass. Civ. II, 23 octobre 2008, pourvoi n° 07-16.409),

– l'état d'imprégnation alcoolique de la victime suffit à écarter la garantie (Cass. Civ. II, 7 octobre 2004, pourvoi n° 03-16-151),

– l'endormissement au volant de la victime ne peut constituer la cause extérieure prévue au contrat (Cass. Civ. II, 19 novembre 2008, pourvoi n° 07-18.472).

En revanche, dans une autre affaire, la Cour de cassation a eu à connaître d'un refus par l'assureur de fournir sa garantie au motif que la mort subite, à la suite d'un arrêt cardiaque, d'un jeune homme de dix-neuf ans, lors d'un match de football due à une pathologie cardiaque préexistante, héréditaire mais asymptomatique, était liée à un état pathologique antérieur, et était donc exclue de la garantie. Mais la Cour de cassation a considéré que la cause extérieure résidait dans la « participation [du jeune homme] au match de football puisque l'activité physique qu'il menait depuis une dizaine de minutes a entraîné l'augmentation de son tonus lymphatique » (Cass. Civ. II, 26 mars 2015, pourvoi n° 14-15.063).

Dans un autre cas, la Cour de cassation a considéré que le décès de l'assuré consécutif à un arrêt cardiaque causé par un froid

exceptionnel, alors que la personne avait déjà été victime d'un infarctus quelques années auparavant, constituait bien un accident, la cause d'extériorité étant constituée par la température (Cass. Civ. I, 22 avril 1992, pourvoi n° 90-11.546).

Ainsi, selon la doctrine, au sujet des prédispositions pathologiques, la question pourrait être de savoir si ces prédispositions ont joué un rôle prépondérant ou seulement secondaire dans la réalisation du dommage.

A travers ces quelques exemples, il apparaît que les assureurs chargés de couvrir les accidents de la vie, peuvent avoir une interprétation restrictive de la notion d'accident, ce qui pourrait conduire à une application limitée du contrat. A ce sujet, le Médiateur de l'assurance a régulièrement alerté les assureurs sur ce point, et notamment à travers ses rapports annuels, consultables sur le site de la Médiation de l'assurance.

- **Qu'est-ce qui est exclu ?**

- les accidents du travail et accidents de trajets,
- les accidents de la route,
- les dommages résultants d'expérimentations médicales.

En effet, ces évènements sont pris en charge par d'autres régimes d'assurance (Sécurité Sociale, assurance automobile obligatoire, indemnisation des accidents médicaux par le mécanisme de la solidarité nationale).

Par exemple, les sports dangereux sont souvent exclus des contrats GAV. En revanche, quelques assureurs peuvent proposer des surprimes pour assurer les accidents liés à ces activités. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de votre assureur.

- **Qui est assuré ?**

Les personnes couvertes par le contrat doivent être âgées de moins de soixante-cinq ans au jour de la souscription.

Les contrats proposés sont généralement de deux types :

- soit ils couvrent une personne seule (le souscripteur),
- soit ils couvrent une famille (couple avec ou sans enfant).

Les assurés sont donc :

- le souscripteur (uniquement lui pour une formule « solo »),
- son époux (épouse), non séparé(e) de corps ou de fait,
- son concubin(e), ainsi que le partenaire d'un souscripteur ayant signé un PACS,
- leurs enfants légitimes, lorsqu'ils sont fiscalement à charge.

• Qu'est-ce qui est indemnisé ?

Les assureurs doivent couvrir au minimum :

- l'incapacité permanente lorsqu'elle est au moins égale à 30 % (plus communément appelée AIPP),
- le préjudice esthétique,
- le préjudice d'agrément et les souffrances endurées,
- en cas de décès, les préjudices économiques et moraux subis par les bénéficiaires désignés par l'assuré.

Le plafond de garantie ne peut être inférieur à un million d'euros par victime. L'indemnité ne se cumule pas avec les prestations versées par les organismes sociaux ou tiers payeurs et les prestations de caractère indemnitaire perçues ou à percevoir d'un tiers responsable et/ou de son assureur.

Par conséquent, ces prestations doivent être portées à la connaissance de l'assureur et viennent en déduction de l'indemnité due par celui-ci au titre du contrat GAV.

D'autres postes d'indemnisation doivent être pris en charge, lorsqu'ils sont reconnus comme imputables à l'évènement garanti :

- les frais de logement adapté (FLA),
- les frais de véhicule adapté (FVA),
- l'assistance permanente par une tierce personne (ATP),
- les pertes de gains professionnels futurs (PGPF),
- le déficit fonctionnel permanent (DFP),
- les souffrances endurées (SE),
- le préjudice esthétique permanent (PEP),
- le préjudice d'agrément (PA).

En cas de décès de l'assuré, le contrat GAV doit prendre en charge :

- les frais d'obsèques (FO),
- le préjudice d'affection (PAF),
- les pertes de revenus des proches (PR),
- les frais divers des proches (FD).

- **Les différents postes de préjudice indemnisés**

Les frais de logement adapté (FLA) : ce sont les frais d'aménagement du logement de la personne handicapée mais également le surcoût lié à la location d'un logement plus grand ou des frais de déménagement.

Les frais de véhicule adapté (FVA) : ce sont les coûts d'aménagement du véhicule au handicap de la personne et de l'éventuel surcoût d'acquisition d'un véhicule adapté.

L'assistance permanente par une tierce personne (ATP) : c'est la prise en charge du coût entraîné par une aide quotidienne à domicile pour accompagner la personne handicapée dans la réalisation des actes de la vie courante (habillage, toilette, cuisine, etc.).

Les pertes de gains professionnels futurs (PGPF) : c'est l'indemnisation de la perte des revenus qui a été entraînée par l'accident garanti. Cette perte peut être consécutive à la perte de son emploi ou le passage à un temps partiel.

Le déficit fonctionnel permanent (DFP) (ex IPP) : exprimé en pourcentage, il permet d'indemniser le préjudice lié à l'incapacité dans la vie personnelle de la victime. Ce pourcentage est fixé par l'expert désigné par l'assureur et il prend en compte, en plus de l'atteinte aux fonctions physiologiques, la perte de la qualité de vie, les difficultés qui subsistent dans la vie quotidienne, les douleurs fantômes, etc.

Les souffrances endurées (SE) : ce sont les souffrances physiques et psychiques qui ont été causées par l'accident jusqu'à sa consolidation. Elles sont fixées par un expert, sur une échelle de 1 à 7.

Le préjudice esthétique permanent (PEP) : c'est l'indemnisation de l'altération physique permanente dont souffre la victime de l'accident garanti (ex : cicatrice, perte d'un œil, boiterie). Elle est déterminée par un expert, sur une échelle de 1 à 7.

Le préjudice d'agrément (PA) : il consiste à indemniser la victime qui se trouve dans l'impossibilité de pratiquer une activité spécifique qu'elle pratiquait régulièrement (sport, musique, jardinage).

Les frais d'obsèques (FO) : prise en charge du coût des obsèques engagé par les proches (bénéficiaires du contrat d'assurance).

Le préjudice d'affection (PAF) : c'est le préjudice moral des proches dû au décès.

Les pertes de revenus des proches (PR) : c'est la perte de qualité de vie financière de la famille liée au décès de l'assuré. Elle est évaluée sur la base du revenu annuel du foyer après avoir retiré la part d'autoconsommation de la victime et des revenus qui restent après le décès.

Les frais divers des proches (FD) : ce sont tous les frais engendrés par le décès, comme par exemple les frais de déplacement.

- **Quelles sont les prestations annexes ?**

Les contrats GAV se distinguent les uns des autres en proposant des prestations annexes qui peuvent être très utiles lorsqu'un accident survient.

- **L'indemnisation des accidents**

La garantie va pouvoir être mise en jeu à partir d'un certain taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP).

Le label GAV prévoit un taux de 30 % maximum pour le déclenchement de la garantie, mais la plupart des contrats prévoit des taux inférieurs (souvent entre 5 et 10 %).

- **Qu'est-ce que l'AIPP ?**

Le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP) correspond au préjudice lié à la réduction du potentiel physique, psychosensoriel et intellectuel. Ce sont les séquelles qui restent après l'accident.

C'est le médecin-expert mandaté par l'assureur qui est chargé de déterminer votre taux d'AIPP.

Ce taux doit être fixé à la date de consolidation de l'état de santé, c'est-à-dire lorsque celui-ci est stable mais que des lésions définitives subsistent. Cet état peut être constaté par le médecin ou par le médecin-expert, le jour de l'expertise médicale.

La consolidation est le moment où l'état de santé n'est plus susceptible d'une évolution notable sous l'effet d'un traitement quelconque et où les lésions deviennent permanentes. Elle permet à l'expert de fixer définitivement le taux d'AIPP. C'est à partir de cette date que l'assureur va pouvoir adresser une proposition d'indemnisation définitive.

La fixation du taux dépend de l'état de santé général, de l'activité professionnelle, des activités avant l'accident, etc. Par exemple, la perte d'un doigt pour un cadre ou pour pianiste n'a pas la même incidence sur son mode de vie.

De plus, les séquelles psychologiques vont également être prises en compte pour déterminer le taux d'AIPP.

- **L'expertise**

Ce sont les règles de l'expertise médicale qui vont s'appliquer. Un médecin-expert est désigné par l'assureur.

Le médecin expert est chargé d'examiner et d'élaborer un rapport d'expertise à destination de votre assureur, précisant la date de consolidation, le cas échéant, et fixant votre taux d'APP.

Si ce taux est inférieur au seuil de déclenchement de la garantie prévu dans votre contrat, vous ne serez pas pris en charge.

Si ce taux est supérieur, votre contrat pourra trouver à s'appliquer.

Si vous contestez ce taux, vous pouvez solliciter une tierce expertise avec le médecin expert de votre choix, mais les frais resteront à votre charge. N'hésitez pas à vous reporter à votre contrat, dans la partie dédiée à la gestion du sinistre, pour trouver toutes les informations utiles relatives à la détermination de vos dommages.

C'est l'expert qui déterminera également les différents taux de vos préjudices indemnisés ainsi que la date de consolidation de votre état.

- **L'indemnisation**

Lorsque le contrat est labellisé GAV, l'assureur doit prévoir un délai maximum de cinq mois suivant la consolidation ou le décès pour vous faire une offre d'indemnisation. Mais le contrat peut prévoir un délai plus court.

S'il ne peut pas faire une offre définitive, soit parce que votre état n'est pas consolidé, soit parce que vous avez contesté les conclusions de l'expertise, votre assureur doit vous présenter une offre provisionnelle. La seule condition est que le médecin expert ait fixé votre taux d'AIPP au-dessus du taux de déclenchement de la garantie prévu par votre contrat.

Le règlement de l'indemnité doit intervenir dans le mois suivant votre acceptation de l'offre.

- **Votre client a-t-il intérêt à souscrire un tel contrat ?**

Les accidents de la vie courante touchent tout le monde, adultes, enfants et plus particulièrement les séniors. Ces contrats permettent d'assurer avant tout votre situation financière en cas d'accident très grave.

De plus, la plupart des contrats disposent de garanties d'assistance qui sont essentielles en cas d'immobilisation ou d'hospitalisation.

Vous pouvez répondre à votre client :

- Vous êtes hospitalisé, l'assistance se charge (financièrement ou par des moyens techniques), d'accompagner vos enfants à l'école ou de prendre en charge les frais de transport d'un proche pour venir à votre chevet et vous assister dans la vie de tous les jours.
- Vous vivez seul et êtes isolé. Vous êtes victime d'un accident entraînant votre immobilisation à domicile. L'assistance peut se charger de vous apporter vos médicaments et/ou vos repas à domicile.
- Vous avez perdu votre emploi à la suite de l'accident garanti, l'assistance vous accompagne dans la recherche d'un nouvel emploi.

Les prestations et leur règlement

- **Quels sont les préjudices indemnisés ?**

L'indemnisation vise à réparer le préjudice physique, ses conséquences sur la vie professionnelle, personnelle, matérielle et familiale de la victime. En cas de décès, les préjudices moraux et économiques des bénéficiaires sont pris en compte.

Le contrat de base prévoit l'indemnisation des victimes ayant subi une incapacité permanente de minimum 30 %.

La garantie couvre les accidents survenus dans les pays de l'Union européenne et la Suisse. Ceux survenus dans le reste du monde sont couverts si la durée du séjour est inférieure à 3 mois.

- **Quel est le délai d'indemnisation ?**

L'assureur doit proposer une offre d'indemnisation au plus tard dans les 5 mois qui suivent la déclaration de l'accident ou du décès.

L'assureur doit alors verser le montant de l'indemnisation au plus tard 1 mois après l'accord de la victime ou du bénéficiaire.

- **Quel est le montant de l'indemnisation ?**

L'indemnisation versée dans le cadre de la garantie des accidents de la vie est plafonnée, c'est-à-dire que son montant ne peut pas dépasser un seuil. C'est la compagnie d'assurance qui fixe ce seuil. Il ne doit pas être inférieur à 1 000 000 €.

La dépendance

- **Le contexte de dépendance**

Les conséquences de la perte d'autonomie peuvent être lourdes pour ceux qui en sont touchés comme pour leurs proches. Pour faire face à ces situations, les assureurs proposent des contrats d'assurance dépendance qui permettent d'assumer les conséquences financières de la dépendance, lorsqu'elle survient et offrent de nombreux services aux personnes concernées.

- **Comment définir la dépendance ?**

La dépendance, ou perte définitive d'autonomie, se définit par la difficulté voire l'impossibilité d'effectuer soi-même sans aide extérieure certains actes ou activités de la vie quotidienne, par exemple se déplacer, s'habiller, se nourrir, etc.

La dépendance peut avoir diverses origines, le vieillissement, la maladie, un accident. Son degré est plus ou moins élevé, la dépendance étant, selon les cas, dite partielle, totale ou lourde.

- **Comment déterminer le degré de dépendance ?**

Plusieurs grilles de référence différentes existent et sont employées pour déterminer le degré de dépendance :

– **La grille AVQ** est employée par de nombreux assureurs. Les contrats d'assurance dépendance se réfèrent aux cinq actes élémentaires de la vie quotidienne (AVQ) que sont le « transfert » (s'asseoir, se lever, se coucher), le déplacement, la toilette, l'habillement et l'alimentation pour déterminer le niveau de dépendance d'une personne.

– **La grille AGGIR** (Autonomie, Gérontologique, Groupes Iso-Ressources) est utilisée par les conseils généraux pour l'attribution de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie). Cette grille standardisée est divisée en six niveaux de dépendance.

- **Qu'est-ce qu'un contrat d'assurance dépendance ?**

L'assurance permet de se prémunir face aux conséquences financières de la perte d'autonomie. Les contrats d'assurance dépendance prévoient ainsi le versement d'un capital ou d'une rente en cas de dépendance.

Tous les contrats dépendance proposent des services complémentaires d'assistance, d'information, de prévention et de conseil. Il peut s'agir d'un service d'assistance destiné à orienter et aider l'assuré ou son entourage, par exemple, l'aide à la constitution d'un dossier ou des actions d'accompagnement, ...

- **Le label GAD ASSURANCE DÉPENDANCE®**

Afin d'accompagner le plus efficacement possible leurs clients à un moment particulièrement difficile de leur vie, les assureurs ont travaillé à améliorer la transparence, la compréhension et le niveau des garanties des contrats d'assurance dépendance. Dans cette optique, ils ont créé le label GAD ASSURANCE DÉPENDANCE® qui offre aux assurés des garanties plus lisibles, plus protectrices et accessibles au plus grand nombre.

Le label GAD ASSURANCE DÉPENDANCE® est accordé aux garanties d'assurance couvrant la dépendance lourde qui prévoient notamment :

- un vocabulaire commun permettant plus de clarté dans l'expression des garanties
- une définition commune de la dépendance lourde basée sur des Actes élémentaires de la Vie Quotidienne (AVQ)
- une garantie viagère, quelle que soit la date de survenance d'une situation définitive de dépendance lourde
- un niveau minimal de la rente servie en cas de dépendance lourde de 500 € par mois
- des modalités de revalorisation des garanties, des prestations et des cotisations définies contractuellement
- une absence de sélection médicale avant 50 ans (sauf invalidité ou ALD préexistante)

- des actions de prévention ou des prestations d’accompagnement pour l’assuré ou ses proches qui seront proposées dès la souscription/adhésion du contrat
- une information annuelle
- des conditions de maintien des droits en cas d’interruption de paiement des cotisations

- **La souscription d’une assurance dépendance**

Les contrats d’assurance dépendance sont destinés aux personnes qui souhaitent préparer l’éventualité d’une situation de dépendance. Ces personnes peuvent choisir de s’assurer pour un degré de perte d’autonomie plus ou moins élevé (dépendance partielle, totale, ou encore lourde).

- **Des contrats individuels ou collectifs**

Les contrats d’assurance dépendance peuvent être souscrits à titre individuel ou collectif, c’est-à-dire par exemple, par une entreprise pour ses salariés.

- **A quel âge souscrire un contrat dépendance ?**

La souscription peut être envisagée au moins jusqu’à l’âge de 70 ans. Après 77 ans, il n’est généralement plus possible de s’assurer. Plus l’assuré souscrit tard, plus le risque de devenir dépendant est important et plus la cotisation est élevée.

- **Connaître l’existence d’un contrat d’assurance dépendance**

Les entreprises d’assurances ont mis en œuvre des mesures pour prévenir les situations où un assuré ne serait pas à même de demander la mise en œuvre des garanties d’assurance dépendance.

A cette fin, elles s'engagent à sensibiliser l'assuré sur l'intérêt d'informer ses proches de l'existence d'un contrat, au moment de la souscription puis périodiquement.

En complément, les assureurs de la Fédération Française de l'Assurance ont également mis en place un dispositif de recherche des contrats, via l'association Agira.

Tout proche (personne physique, établissement de soins, ...) d'une personne dépendante peut désormais effectuer une recherche en s'adressant à l'Agira par mail ou par courrier.

Pour être instruite, la demande devra obligatoirement comporter :

- les nom(s), prénom(s), date, lieu de naissance et adresse de la personne dépendante ;
- les nom(s), prénom(s), adresse du demandeur, la qualité du demandeur ainsi qu'un justificatif de son identité et la nature de son lien avec la personne dépendante potentiellement assurée.

S'il est avéré qu'un contrat d'assurance dépendance a été souscrit, l'assureur contactera l'assuré, ou son représentant légal, dans un délai d'un mois, à compter de la réception de la demande.

• **Le versement de la prestation**

Si l'assuré devient dépendant, il perçoit la prestation prévue dans son contrat d'assurance, soit sous forme de rente mensuelle, soit sous forme de capital.

La rente versée à l'assuré peut être totale ou partielle en fonction du degré de dépendance et du contrat souscrit. Par exemple, en cas de dépendance totale, la rente sera versée à 100 % et si la dépendance est partielle, seul un pourcentage de la rente sera alloué.

L'assuré (ou ses proches) utilise librement les prestations perçues pour financer la solution qui convient le mieux : aide à domicile, hébergement en maison spécialisée, aménagement du logement...

Les prestations versées par les assureurs peuvent se cumuler avec l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Si l'assuré conserve son autonomie jusqu'à son décès, il ne perçoit

aucune prestation et les cotisations versées bénéficient à l'ensemble des assurés : comme pour de nombreuses assurances, il y a mutualisation des risques.

En cas d'interruption du paiement des cotisations en cours de contrat, et sous réserve que l'assuré ait cotisé un minimum d'années, le contrat peut prévoir que l'assuré bénéficie du maintien partiel de ses garanties. Les montants garantis sont réduits suivant les modalités prévues au contrat.

- **Le délai de carence**

Le délai de carence, ou délai d'attente, est une période pendant laquelle l'assuré n'est pas garanti en cas de dépendance. Il démarre à la date d'effet de la souscription (ou de l'adhésion pour les contrats collectifs) et sa durée est définie par le contrat.

En cas de dépendance d'origine accidentelle postérieure à la souscription (ou à l'adhésion), il n'y a pas de délai de carence et les garanties du contrat sont acquises immédiatement.

Dans les autres cas, le délai de carence est compris entre un an et trois ans. Un état de dépendance survenant pendant ce délai d'attente ne donnera pas lieu à indemnisation. Les cotisations versées au titre de la garantie dépendance seront alors remboursées.

- **Le délai de franchise**

Certains contrats d'assurance dépendance prévoient un délai de franchise. Le paiement de l'indemnisation débute alors un certain délai (généralement 90 jours) après la date de reconnaissance de l'état de dépendance.

- **La franchise**

Certains contrats d'assurance dépendance peuvent prévoir une franchise.

Selon les cas, il s'agira d'un seuil d'intervention (degré de

dépendance) en dessous duquel l'assureur n'interviendra pas ou d'une somme qui restera à la charge de l'assuré après intervention de l'assureur.

Le risque dépendance : notion, caractéristiques

- **Qu'est-ce que la dépendance ?**

La dépendance peut être définie comme « un état dans lequel se trouvent des personnes qui, pour des raisons liées au manque ou à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelle, ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes afin d'accomplir des actes courants de la vie ».

Au sens de la réglementation (articles L.113-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles), seules les personnes âgées de 60 ans et plus peuvent bénéficier des prestations dépendance, les personnes plus jeunes en situation de perte d'autonomie sont handicapées, invalides, ou prises en charge au titre de l'assurance accident du travail.

- **Comment sont prises en charge les personnes âgées dépendantes ?**

La plupart des personnes âgées dépendantes souffrent d'affections de longue durée (ALD). Elles bénéficient en conséquence d'une prise en charge de leurs frais de soins les exonérant du ticket modérateur (reste à charge).

Elles peuvent également bénéficier d'une aide sociale qui prend la forme d'une allocation dont l'objet est de rendre solvable la personne âgée pour que les frais liés à la dépendance puissent être, au moins partiellement, pris en charge et par des règles spécifiques concernant les établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes.

- **Qu'est-ce que l'allocation personnalisée d'autonomie ?**

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une allocation destinée aux personnes âgées de 60 ans ou plus en perte

d'autonomie. Les règles d'attribution et de calcul sont différentes selon que le bénéficiaire est hébergé à domicile (Code de l'action sociale et des familles articles L.231-3 à L.232-7) ou en établissement (articles L.231-8 à L.231-11 du même code). Son montant est fixé par le président du conseil départemental sous réserve d'un plafond national, en fonction du degré de dépendance et ou de perte d'autonomie de la personne âgée. Le montant de l'APA est variable selon les ressources du bénéficiaire et est assorti d'un reste à charge.

- **Qui peut bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ?**

Les personnes susceptibles de bénéficier de l'APA doivent résider régulièrement en France, être âgées d'au moins 60 ans et avoir besoin d'aide pour effectuer les actes de la vie quotidienne du fait d'une perte d'autonomie reconnue. La dépendance est en effet définie « comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière » (C. action soc. et fam., article L.232-1, al 2). Le degré de perte d'autonomie est évalué par une équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin et un travailleur social et dont l'un des membres au moins doit rendre visite à l'intéressé si celui-ci vit à domicile ; s'il est hébergé en établissement, le degré de perte d'autonomie est déterminé par l'équipe médico-sociale de chaque établissement, sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur. Pour remplir sa mission d'évaluation, l'équipe utilise la grille AGGIR (Autonomie gérontologie-groupes iso-ressources), qui comprend 6 Groupes iso-ressources (GIR) correspondant à différents états de dépendance ; le GIR 1 inclut les personnes les plus dépendantes et le GIR 6 les personnes qui ont conservé leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante (C. action soc. et fam. article R. 232-3).

Peuvent prétendre à l'APA, quel que soit le lieu où elles vivent (domicile ou établissement), les personnes relevant des GIR 1, 2, 3 ou 4 (C. action soc. et fam. article R. 232-4) ; celles relevant des

GIR 5 et 6 et qui sont maintenues à leur domicile peuvent cependant bénéficier, selon leur niveau de ressources, de prestations d'aide-ménagère servies par le régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

- **L'allocation personnalisée d'autonomie et le maintien à domicile**

Cette allocation aide à financer les dépenses inscrites dans un plan d'aide personnalisé et sert à payer uniquement les prestations prévues pour maintenir la personne âgée dépendante à domicile malgré la perte d'autonomie. L'APA permettra par exemple de financer les travaux d'aménagement du domicile ou encore le portage de repas.

L'APA n'est pas soumise à condition de ressources mais au-delà d'un certain montant de ressources (802,93 euros par mois au 1er janvier 2018), le bénéficiaire acquitte une participation progressive aux dépenses inscrites au plan d'aide qui peut aller jusqu'à 90 % du montant du plan si ses revenus sont supérieurs à un certain montant (2957 euros par mois au 1er janvier 2018).

Au 1er janvier 2018, les montants maximaux des plans d'aide sont fixés à 1719,93 euros pour le GIR 1, 1381,04 euros pour le GIR 2, 997,85 euros pour le GIR 3 et 665,60 euros pour le GIR 4.

- **L'allocation personnalisée d'autonomie et le placement en établissement (EHPAD) ou Unité de soins longue durée (USLD)**

L'APA en établissement aide à payer une partie du tarif de la prestation dépendance facturée aux résidents. En EHPAD, les soins sont pris en charge par l'Assurance maladie, les prestations relatives à l'hébergement par le résident ou l'aide sociale. Seule l'aide liée à la perte d'autonomie est prise en charge en partie par l'APA.

Le montant de l'APA en établissement est calculé en fonction des ressources et du montant du tarif de la prestation dépendance qui

correspond au GIR en vigueur dans l'établissement. La personne dépendante placée en établissement peut bénéficier de l'APA quels que soient ses revenus. En revanche, le montant qui lui est attribué dépend du niveau de ses revenus. S'ils dépassent un certain niveau, une participation progressive est demandée.

Les personnes bénéficiaires de l'APA (GIR 1, 2, 3 ou 4) ayant des revenus inférieurs à 2447,55 euros par mois ne paient pas le tarif de la prestation dépendance correspondant à leur GIR. Elles règlent seulement le montant du tarif de la prestation dépendance prévu pour les GIR 5 et 6, ce qui correspond à la somme minimale à payer pour tous les résidents de l'établissement concerné. L'APA prend en charge la différence entre le tarif dépendance correspondant à leur GIR (1, 2, 3 ou 4) et le tarif dépendance correspondant au GIR 5 et 6. Le versement de l'APA par le conseil départemental se fait directement à l'établissement, lequel déduit alors le montant de l'APA de la facture.

- **Le risque dépendance et l'assurance**

Les personnes en situation de dépendance doivent engager des dépenses importantes que ce soit pour disposer d'aides à domicile ou pour financer un hébergement dans un établissement spécialisé. Or, l'APA dont le montant est plafonné (1719 euros au maximum), et qui est fonction du niveau de dépendance et des revenus de la personne concernée, peut s'avérer insuffisante.

C'est pourquoi, les assureurs proposent des contrats visant notamment à aider financièrement les personnes dépendantes. Ces aides financières peuvent se cumuler avec l'APA et les diverses aides sociales susceptibles d'être allouées à la personne dépendante.

- **Qui assure le risque de dépendance ?**

Trois catégories d'acteurs interviennent sur le marché de l'assurance dépendance :

– les sociétés d'assurances régies par le Code des assurances

(compagnies d'assurances, mutuelles d'assurances et banc assureurs),
– les mutuelles de santé régies par le Code de la mutualité,
– et les institutions de prévoyance régies par le Code de la sécurité sociale.

- **Quels contrats d'assurance garantissent le risque de dépendance ?**

Il existe en ce domaine deux types de contrats : le contrat individuel et le contrat collectif.

Le contrat individuel est signé sans intermédiaire entre l'assureur et le souscripteur, qui est le plus souvent l'assuré.

Les contrats collectifs sont souscrits par une entreprise, une mutuelle ou une association. L'assuré n'a pas la qualité de souscripteur, mais de bénéficiaire.

Il est possible de cumuler un contrat individuel et un contrat collectif pour garantir le risque dépendance.

Certains contrats d'assurance dépendance sont labellisés. Le label GAD ou Garantie Assurance Dépendance est délivré par la Fédération Française de l'assurance et peut être accordé aux contrats d'assurance dépendance respectant certains critères comme le versement d'une rente minimale de 500 € en cas de dépendance lourde, l'absence de sélection médicale (questionnaire, examen, etc.) pour toute souscription avant l'âge de 50 ans ou encore le maintien partiel des droits en cas d'interruption de paiement des cotisations etc.

- **La garantie dépendance individuelle**

Pour garantir ce risque, les assureurs proposent principalement aux particuliers deux types de contrats : les contrats de prévoyance et les contrats d'assurance-vie.

Contrats de prévoyance

La dépendance est la garantie principale des contrats de prévoyance. Si l'assuré devient dépendant, il perçoit la prestation prévue, soit sous forme de rente mensuelle, soit sous forme de capital. Le versement de la prestation est, le plus souvent, accompagné de services d'assistance.

Si l'assuré conserve son autonomie jusqu'à son décès, les cotisations versées sont perdues, elles n'entrent pas dans le cadre de la succession mais sont conservées par l'assureur.

Contrats d'assurance-vie

La garantie principale des contrats d'assurance-vie est le décès ou l'épargne retraite, la dépendance correspondant à une garantie complémentaire qui peut être proposée en option.

Dans le cas de contrats d'assurance-vie dont la garantie principale est le décès, si l'assuré devient dépendant avant le terme du contrat, une fraction du capital (prévu en cas de décès de l'assuré pour les bénéficiaires désignés au contrat) est transformée en rente mensuelle.

Dans le cas de contrats d'assurance-vie dont la garantie principale est l'épargne retraite, si l'assuré devient dépendant, le montant de la rente prévue dans le cadre de la garantie principale (versement d'une rente à un âge défini au contrat) est immédiatement versée.

Dans tous les cas, ces contrats prévoient des informations et des actions de prévention et de conseil avant la perte d'autonomie, la personne dépendante à libre usage des sommes perçues afin de financer la solution qui lui convient le mieux. Elles peuvent, par exemple, lui servir à payer un séjour en maison de retraite ou une aide à domicile, ou encore à aménager son appartement si elle a des difficultés à se mouvoir.

- **Comment le risque de dépendance est-il évalué par les assureurs ?**

Pour bénéficier des prestations fournies dans le cadre de l'assurance dépendance, il faut avoir été reconnu dépendant. C'est le contrat d'assurance qui définit la dépendance, la plupart d'entre eux font appel à des critères relatifs à la dépendance psychique et/ou à la dépendance fonctionnelle ou physique.

La dépendance fonctionnelle se définit comme l'impossibilité d'effectuer seul et intégralement un ou plusieurs des actes de la vie quotidienne/courante à la suite d'un handicap physique, médicalement constaté.

La dépendance psychique se définit comme l'impossibilité d'effectuer seul et intégralement, sans incitation ni surveillance, des actes de la vie quotidienne/courante, à la suite d'une maladie ou d'un handicap de nature psychique, médicalement constaté.

Les assureurs peuvent utiliser la grille AVQ (actes de la vie courante) qui teste la capacité de réaliser les cinq actes de la vie courante : se lever, se déplacer, s'habiller, s'alimenter et faire sa toilette.

Certaines sociétés d'assurances utilisent la grille nationale AGGIR qui sert à l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Selon les contrats, l'état de dépendance peut être soit déterminé par le médecin traitant, soit par le médecin désigné par la compagnie d'assurance.

- **Quelles sont les garanties offertes ?**

Les contrats garantissent soit la dépendance totale, soit la dépendance partielle. Le contrat définit l'état et le degré de dépendance assurés ainsi que les conditions de mise en jeu de la garantie.

L'état de dépendance de la personne doit être constaté médicalement, dans les conditions prévues par le contrat.

Dépendance totale

Généralement, le contrat d'assurance définit la dépendance totale comme l'impossibilité d'accomplir sans aide extérieure au moins quatre des cinq actes ordinaires de la vie quotidienne : se lever, se déplacer, s'habiller, s'alimenter et faire sa toilette. Lorsqu'un état de dépendance totale ou lourde est reconnu, le plus souvent par le médecin de la compagnie d'assurance, le versement de la rente s'effectue à hauteur de 100 % du montant prévu par le contrat.

Dépendance partielle

La dépendance partielle doit être expressément prévue par le contrat. Elle est généralement caractérisée par le besoin d'aide jusqu'à trois des cinq AVQ. Lorsque l'état de dépendance partielle est reconnu, le montant de la rente versée correspond à un pourcentage de la rente prévue en cas de dépendance totale. Ce pourcentage varie en fonction du degré de dépendance.

Les prestations complémentaires

Les formules des contrats d'assurance destinés à couvrir le risque de dépendance évoluent pour s'adapter aux besoins, notamment en renforçant la prévention et en incluant des prestations en nature permettant de développer les services à la personne. Aujourd'hui, tous les contrats de dépendance proposent des services complémentaires. Il peut s'agir d'un service d'assistance destiné à orienter et aider l'assuré dépendant pour trouver l'établissement adapté, mettre en place des services d'aide à domicile et lui proposer, le cas échéant, un soutien psychologique.

- **Quelles sont les caractéristiques des contrats d'assurance dépendance ?**

Souscription

Une assurance dépendance ne se souscrit pas au moment où le besoin s'en fait sentir. Les conditions de souscription permettent de souscrire dès 40 ans. Après 75 ans, il n'est généralement plus possible de souscrire.

L'assureur se fonde sur les informations relatives à l'état de santé

réunies par le médecin conseil (questionnaire médical, examen médical) pour accepter ou refuser le souscripteur. Toute fausse déclaration entraîne la nullité du contrat sans remboursement des cotisations payées.

Tarifs de cotisation

Les tarifs de l'assurance dépendance (aussi appelés primes) sont notamment basés sur l'âge de l'assuré au moment de la souscription. Plus l'assuré souscrit tard, plus le risque est important et plus la cotisation est élevée. Ils dépendent également du niveau de rente choisi (proportionnellement) et de l'étendue de la couverture (dépendance totale seule ou couverture dès la dépendance partielle). En outre, des surprimes peuvent être appliquées suite à la sélection médicale.

Le montant de la rente choisi à la souscription n'est pas fixe : il bénéficiera de revalorisations selon un taux et dans les conditions décidées par l'assureur (revalorisation à dates fixes, calculée en référence à un indice tel que les points AGIRC (Association générale des institutions de retraite des cadres), ARRCO (Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés), l'indice des prix à la consommation, etc.).

De même, les contrats prévoient une évolution du montant des cotisations : si l'assuré refuse l'augmentation de la cotisation, le rente peut être réduite proportionnellement, ou le contrat résilié par l'assureur.

Certains contrats prennent en compte d'éventuelles difficultés financières de l'assuré. Ils garantissent alors une indemnité calculée sur les montants versés, même si l'assuré a cessé de cotiser. Cela s'appelle « la mise en réduction ».

- **Les délais de carence et de franchise**

Délai de carence ou délai d'attente

Le délai de carence désigne la période qui démarre à compter de la date d'effet de l'adhésion/souscription du contrat et pendant laquelle l'assuré n'est pas garanti en cas de dépendance. Si la dépendance

survient pendant ce délai, elle ne donnera lieu à aucune prestation, même après expiration de cette période et le contrat sera clôturé. Le délai de carence ne s'applique pas en cas de dépendance d'origine accidentelle.

Délai de franchise

Une fois la dépendance constatée, certains assureurs appliquent un délai de franchise de quatre-vingt-dix jours à compter de la date de la reconnaissance de l'état de dépendance par l'assureur, pendant lequel ils ne versent pas de rente. La prestation ne sera versée par l'assureur qu'au terme de ce délai. La date de reconnaissance de l'état de dépendance est fixée par l'assureur, après réception de la demande de prestation de dépendance et au terme de l'instruction médicale du dossier par le médecin conseil de l'assureur.

- **Comment bien choisir son assurance dépendance individuelle ?**

La sélection d'une assurance dépendance peut s'avérer complexe compte tenu de la diversité des offres proposées par les assureurs. Avant de souscrire un tel contrat, il est possible, sur simple demande, de faire réaliser une étude personnalisée par un professionnel de l'assurance. Ce conseil est confidentiel et gratuit, et n'engage pas le demandeur.

Les points essentiels à vérifier :

- il convient au souscripteur de s'assurer qu'il remplit bien les conditions d'âge prévues au contrat : tous les contrats d'assurance dépendance comportent un âge limite qui varie selon l'assureur. Pour la majorité des contrats, l'âge limite de souscription se situe entre 74 et 77 ans. Passé cet âge, il n'est plus possible de souscrire. Le tarif de l'assurance sera d'autant moins élevé que l'assuré aura souscrit tôt ;
- comme dans tout contrat, la prime payée par l'assuré dépend des risques garantis par le contrat : tous les contrats ne proposent pas les mêmes prestations. Si les conditions à remplir pour percevoir la rente sont trop nombreuses et strictes, l'assuré, bien que

dépendant, risque de ne pas recevoir de rente ou d'en recevoir une très peu de temps, en fin de vie. Il peut s'avérer utile d'établir un tableau comparatif des différentes offres sur le marché (critères retenus par l'assureur pour déterminer l'état de dépendance, étendue de la couverture, services complémentaires proposés...) afin de déterminer l'offre la plus rentable et la mieux adaptée à chaque situation personnelle ;

- la santé du candidat joue un rôle important : l'assureur accorde la garantie au vu d'une déclaration de santé ou d'un questionnaire médical. S'il considère que l'intéressé présente un risque de dépendance plus important que la moyenne et ne correspond pas à ses critères, l'assureur peut refuser de l'assurer ou l'accepter moyennant une surprime. Bien qu'il soit possible de souscrire jusqu'à un âge avancé, les antécédents médicaux auront toutes les chances d'être moins importants si la souscription est réalisée tôt ;
- le niveau de la rente souhaitée a également une incidence sur le coût du contrat : les cotisations mensuelles sont corrélées au niveau de rente souhaitée ;
- il convient également de vérifier que le contrat contient une clause prévoyant le remboursement des cotisations versées si une dépendance survient pendant le délai de carence ;
- certaines situations engendrant une dépendance peuvent ne pas être couvertes par le contrat : il importe donc de bien lire les clauses d'exclusion ;
- pour une meilleure prise en charge de la dépendance, il est important de vérifier que la définition de la dépendance stipulée dans le contrat corresponde à celle retenue par le Conseil départemental en vue de l'attribution de l'APA ;
- les contrats individuels de dépendance dont la garantie principale est la prise en charge de la dépendance, ne sont en aucun cas des produits d'épargne : ce sont des contrats « à fonds perdus », c'est-à-dire que le versement des prestations est uniquement subordonné à la survenance de l'état de dépendance.

- **La garantie dépendance collective**

Des offres collectives négociées par les partenaires sociaux dans le cadre de l'entreprise ou d'une branche professionnelle (bâtiment, coiffure, etc.) se sont également développées. Les garanties collectives sont principalement proposées par des institutions de prévoyance. Il existe trois grands types de garanties collectives en matière de dépendance.

Couverture annuelle

Le salarié perçoit une rente viagère si sa dépendance est constatée alors qu'il est encore en activité dans l'entreprise. Il ne bénéficie plus de la garantie lorsqu'il quitte l'entreprise.

Couverture viagère

Elle propose une rente viagère, acquise jusqu'au décès de l'assuré, que la dépendance soit constatée pendant ou après que l'assuré ait quitté l'entreprise.

Couverture en « points dépendance »

En fonction de ses cotisations le salarié obtient des « points dépendance », tout comme il acquiert des points de retraite. Ces points seront transformés en rente viagère mensuelle si l'assuré se trouve en situation de dépendance.

Dans les deux derniers cas (couverture viagère et couverture « points dépendance »), en cas de départ de l'entreprise ou de départ à la retraite, le salarié continue de bénéficier de la garantie qui lui est acquise. S'il quitte l'entreprise, il a la possibilité de poursuivre l'alimentation de son compte à titre individuel ou dans le cadre de sa nouvelle entreprise.

Les dispositifs mutualisés dans l'entreprise présentent des avantages par rapport à la garantie individuelle. En amenant les salariés à cotiser très tôt, et en mutualisant les cotisations sur l'ensemble des salariés de l'entreprise, ils permettent de réduire considérablement leur effort de cotisation, et ce d'autant plus que l'employeur participe au financement (souvent à hauteur de 50 %). Ces dispositifs couvrent l'ensemble des salariés de la même

manière, quels que soient leur revenu, ou leur état de santé puisqu'ils n'imposent pas de questionnaire médical. De plus, les contrats collectifs ne prévoient pas de délai de carence, ni de délai de franchise. Ils peuvent offrir également la possibilité aux assurés de couvrir leur conjoint.

Cependant, les contrats collectifs de dépendance ne sont en aucun cas des produits d'épargne : ce sont des contrats « à fonds perdus », c'est-à-dire que le versement des prestations est uniquement subordonné à la survenance de l'état de dépendance.

Les conditions de souscription et de tarification

- **Combien coûte l'assurance dépendance ?**

La facture du maintien à domicile ou en institution d'hébergement d'une personne dépendante est assez élevée. Outre les frais des aidants et l'aménagement du domicile ou les frais d'hébergement en maison de retraite, il y a aussi le coût des soins médicaux. Or, avec les années qui passent, une personne peut souffrir de plusieurs problèmes de santé qui pourraient mener jusqu'à sa perte d'autonomie. Cette solution de prévoyance permet d'anticiper la charge financière liée à cette situation de dépendance. En contrepartie d'une cotisation par mois, l'assureur s'engage à verser une rente à l'assuré lorsque ce dernier devient dépendant. Quel est le coût de cette garantie ?

- **Quel est le coût du tarif moyen d'une assurance dépendance ?**

Le principe de ce contrat est simple. Lorsque la personne assurée perd son autonomie, l'assureur lui verse une rente ou un capital en fonction du contrat. Les niveaux de dépendance à partir desquels les garanties se déclenchent dépendent de la faculté de la personne à faire des actes au quotidien comme s'habiller, se déplacer, se doucher, se repérer dans le temps et l'espace, faire ses besoins en respectant les règles d'hygiène etc. La perte d'autonomie peut être aussi de nature psychique par exemple, la victime ne peut plus entrer en communication avec son entourage. Les compagnies d'assurance imposent des conditions d'âge à la souscription. Le souscripteur à cette formule doit être âgé de 40 à 77 ans et il doit avoir une bonne santé. Il choisit le niveau de la rente lors de l'adhésion. Pour un état de perte d'autonomie totale, la rente peut s'échelonner généralement entre 300 à 4000 euros par mois. Mais il y a aussi des contrats qui proposent une couverture pour une perte d'autonomie partielle. La plupart proposent également la possibilité de percevoir un capital d'équipement dont

le montant oscille entre des centaines à des millions d'euros. Des services d'assistance comme l'écoute, l'accompagnement dans les démarches administratives, aide après une chute etc. sont aussi inclus.

L'assureur fixe la cotisation selon l'âge, le niveau de rente choisi et le degré de couverture (partielle ou totale) du souscripteur. La cotisation d'un adhérent avancé en âge qui opte pour une rente élevée avec une couverture totale risque ainsi d'être plus élevée avec la possibilité d'une surprime. A titre d'exemple, un souscripteur âgé de 70 ans qui choisit une rente de 1500 par mois aurait à déboursier 1200 euros par an pour une couverture intégrale alors que s'il adhère à l'assurance dépendance à l'âge de 60 ans, il s'acquittera de 600 à 700 euros environ par an.

Dans tous les cas, la comparaison des prix affichés par les assureurs ainsi que les conditions d'octroi de rente sont nécessaires avant la souscription. Dans cette mise en concurrence de devis, il faut vérifier si les services d'aide ne sont pas facturés en supplément. En outre, le délai de carence existe dans quasiment tous les dispositifs d'assurance. Pendant cette durée qui peut s'étendre à 10 jusqu'à 36 mois après la souscription, l'assuré ne sera pas couvert. Cependant, dans le cas d'une perte d'autonomie suite à un accident, le délai de carence ne s'applique pas. Passé ce délai, la victime devrait aussi attendre quelques mois (3 environ) pour toucher la rente. Tous ces points nécessitent une bonne réflexion avant la souscription. Si l'assuré devient totalement dépendant, il touche 100% de la rente. Il ne perçoit qu'un pourcentage s'il reste en capacité d'effectuer certains gestes ou activités.

Les garanties et leurs limites

- **Qu'est-ce que la garantie « Maladies redoutées » (GMR) ?**

L'assurance contre les maladies redoutées vise à garantir une prestation sous forme de somme forfaitaire versée en cas de diagnostic de certaines maladies graves (cancer, infarctus du myocarde, attaque cérébrale, coronaropathie exigeant un pontage, greffe d'organe, cécité ou même sclérose en plaques et SIDA par transfusion sanguine, pour ne citer que les affections les plus importantes).

Proposée pour la première fois par un assureur sud-africain (Crusader), cette formule s'est ensuite développée aux États-Unis, puis dans un bon nombre de pays européens.

En France, jusqu'à présent et mises à part quelques exceptions, les garanties maladies redoutées ont été offertes dans le cadre de l'assurance vie. Cependant, cette garantie doit d'abord se concevoir comme une catégorie spécifique d'assurance maladie, éventuellement proposée accessoirement à un contrat d'assurance sur la vie, puisque les prestations qu'elle prévoit viennent s'ajouter à celles de la Sécurité sociale et à celles des contrats d'assurance maladie classiques.

L'assurance maladies redoutées répond toutefois à un autre besoin que celui auquel satisfont les indemnités journalières. En effet, alors que ces dernières visent simplement à compenser, en tout ou partie, la perte de revenus occasionnée par une incapacité, les prestations versées au titre de la garantie maladies redoutées permettent de faire face aux dépenses supplémentaires qu'entraînent nécessairement les affections graves : séjours en cliniques spécialisées ou à l'étranger ; réhabilitation dans des sanatoriums du monde entier ; aménagement de la maison pour faciliter l'accès par une chaise roulante ; aménagement de la voiture en vue de transporter un handicapé ; compensation de la perte de revenus résultant d'une retraite anticipée, d'un travail à mi-temps, ou même de l'exercice d'une autre profession ; règlement

d'engagements financiers ; rééducation professionnelle ; déménagement dans une région au climat plus favorable, voyages de réhabilitation, de vacances ; aide pour soins à domicile, assistance au ménage...

Les prestations, qui prennent la forme du versement d'un capital, sont en principe servies en totalité dès le diagnostic de la maladie grave. Cependant, certains contrats peuvent prévoir leur règlement en deux ou trois fois. Certaines modalités particulières peuvent encore être prévues. Ainsi, par exemple, les assurés devenus séropositifs à la suite d'une transfusion sanguine peuvent-ils percevoir une partie des prestations lors du diagnostic de leur contamination VIH, le reste leur étant versé en cas de SIDA déclaré. Enfin, peuvent être adjointes à la garantie principale certaines prestations supplémentaires d'assurance assistance et de couverture en cas de décès.

- **Qu'est-ce que la garantie dépendance ?**

L'évolution récente de notre société et surtout les progrès médicaux ont fait reculer la mortalité dans des proportions très importantes. Envers du décor de cet allongement de l'espérance de vie, les personnes âgées sont très nombreuses à souffrir d'un mal qui, s'il n'est pas nouveau, prend désormais une ampleur inquiétante : la dépendance.

Ce phénomène a, depuis quelques années, inspiré de nombreuses réflexions, auxquelles les assureurs privés ont largement participé. Le premier obstacle à ces réflexions fut cependant de définir la dépendance.

L'École nationale de la santé publique de Rennes a ainsi recensé jusqu'à cent cinquante grilles pour cerner cette notion.

La définition qui a rencontré le plus d'adhésion, notamment de la part des organismes de Sécurité sociale, est la suivante : « c'est l'impossibilité d'effectuer seul au moins trois-quarts des actes ordinaires de la vie : se déplacer, se laver, s'habiller et s'alimenter ; elle conduit à l'assistance d'une tierce personne ».

La clause qui définit le risque de dépendance comme « l'impossibilité physique totale et présumée permanente de pouvoir

effectuer seul au moins trois des quatre actes de la vie : se laver, se déplacer, s'habiller, s'alimenter » est claire et précise. Le verbe « s'alimenter » signifie être autonome pour s'alimenter, ce que l'assurée pouvait faire, et non pas être capable de préparer ses repas, ce que l'assurée ne pouvait pas faire elle-même. Et le fait de se déplacer en fauteuil roulant ou avec des aides techniques ne répond pas à la définition contractuelle ci-dessus indiquée de l'impossibilité totale et permanente de se déplacer (Cass. 2e civ., 16 janv. 2014, no 12-29.659).

Cependant, cette définition se référant exclusivement à des critères physiques, d'autres ont été proposées pour tenir également compte des aspects psychologiques ou mentaux.

Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) retient-elle la notion plus générale de désavantage, qui s'évalue en fonction de certains types de comportements appelés rôles de survie. Il s'agit de :

- l'orientation dans l'espace et dans le temps ;
- la mobilité physique ;
- l'indépendance physique pour les actes élémentaires de la vie courante ;
- les occupations ;
- l'intégration sociale ;
- la suffisance économique.

Le Bureau commun des assurances collectives (BCAC) évalue le besoin des personnes dépendantes en cumulant les heures d'aide et les intervalles de temps où ces personnes ne peuvent rester seules, afin de déterminer plusieurs niveaux de dépendance. Il est ainsi fait référence à trois paramètres :

- la période d'autonomie la plus longue dans la journée, qui permet de mesurer l'état de dépendance dû à une détérioration des facultés intellectuelles ;
- le cumul des interventions d'un tiers au cours d'une période de vingt-quatre heures, qui vise à déterminer la dépendance physique ;
- enfin, la fréquence des interventions d'une tierce personne pendant la nuit.

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), à partir des données du recensement de la population française de 1982, distinguait quant à lui plusieurs catégories de personnes dépendantes parmi celles vivant à domicile :

- celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil ;
- celles qui sont confinées à domicile ;
- celles qui ont besoin d'aide pour les soins personnels ;
- celles qui ont besoin d'aide pour les activités domestiques courantes ;
- et enfin, celles qui ont besoin d'aide pour les tâches domestiques occasionnelles.

Les pouvoirs publics ont de leur côté mis au point une grille nationale d'évaluation du degré du manque ou de la perte d'autonomie dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. Elle est décrite à l'annexe I du décret no 2001-1084 du 20 novembre 2001 (JO 21 nov.), relatif aux modalités d'attribution de la prestation et au fonds de financement prévus par la loi no 2001-647 du 20 juillet 2001 (JO 21 juill.), relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Il s'agit de la grille nationale AGGIR (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources), qui permet de classer les personnes en situation de perte d'autonomie en six groupes (GIR 1 à 6), des personnes les plus dépendantes (GIR 1) aux personnes autonomes (GIR 6), en fonction des aides directes et des aides techniques que leur état nécessite.

Elle est fondée sur les actes discriminants de la vie courante suivants :

- **orientation** : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux ;
- **toilette** : concerne l'hygiène corporelle ;
- **habillement** : s'habiller, se déshabiller, choisir ses vêtements ;
- **alimentation** : se servir et manger des aliments préparés ;
- **cohérence** : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée ;
- **élimination** : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale ;
- **transferts** : se lever, se coucher, s'asseoir ;
- **déplacement à l'intérieur** : avec ou sans canne, déambulateur,

fauteuil roulant... ;

— **déplacement à l'extérieur** : à partir de la porte d'entrée à pied ou en fauteuil ;

— **communication à distance** : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...

Une enquête de l'INSEE (Tableaux de l'économie française, édition 2014) indique qu'en 2012, 1,17 millions de personnes âgées étaient dépendantes au sens de l'APA (7,8 % des 60 ans et plus) et prévoit qu'en 2060, ils représenteront 2,3 millions de personnes.

Dans la perspective d'une telle évolution, les assureurs privés ont mis en place des contrats « dépendance », par lesquels les personnes actives se garantissent pour l'avenir certaines prestations, dans l'hypothèse où elles viendraient à perdre leur autonomie.

Les produits proposent le plus souvent des prestations financières, sous forme de versement de rentes, mais peuvent également comporter certaines garanties d'assistance. Généralement, ils prévoient un délai d'environ trois mois avant que les rentes ne commencent à être servies afin de vérifier l'irréversibilité du mal. La mesure de la perte d'autonomie est en principe effectuée à l'aide du tableau suivant : seront considérées comme dépendantes les personnes totalisant au moins 270 points.

	Seul et sans difficulté	Seul et avec difficulté	Avec aide occasionnelle ou légère	Avec aide permanente	Prise en charge totale	Ne le fait jamais
Manger	0	10	30	80	100	—
S'habiller	0	10	30			

• Le contrat d'assurance dépendance

Au 31 décembre 2017, le marché de l'assurance dépendance couvre plus de 7,1 millions de personnes assurées à titre privé contre le risque de dépendance auprès d'organismes d'assurances (mutuelles, institutions de prévoyance ou sociétés d'assurances), soit en garantie principale, soit en garantie optionnelle à un autre

type de contrat. Le 12 décembre 2013, le Comité consultatif du secteur financier a rendu un avis pour améliorer l'information précontractuelle en matière d'assurance dépendance (CCSF, 12 déc. 2013, avis pour améliorer l'information précontractuelle en matière d'assurance dépendance). Le Comité souhaite voir émerger une définition unique de la dépendance, un glossaire unique des termes utilisés dans les contrats d'assurance dépendance, une grille commune de critères pour l'évaluation de la dépendance. Il recommande aussi aux professionnels de délivrer une information précontractuelle et contractuelle de façon claire et précise pour assurer une meilleure lisibilité et comparabilité des contrats, une information annuelle à destination des assurés et une information à destination d'un tiers de confiance (futur aidant) sur l'existence des garanties de façon à permettre le déclenchement de celles-ci si l'assuré n'est pas en mesure de le faire lui-même.

Ces contrats ne bénéficient d'aucun avantage fiscal à l'exception de l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance.. En effet, l'article 995, 14^o, du Code général des impôts exonère les contrats d'assurance dépendance de cette taxe. À cet égard, l'administration fiscale a précisé que cette exonération bénéficie non seulement aux contrats souscrits exclusivement en vue de la couverture du risque dépendance, mais également aux contrats couvrant en outre d'autres risques, tels par exemple les contrats d'épargne et de retraite qui prévoient le renforcement de la rente en cas de dépendance. Dans cette hypothèse, l'exonération de taxe ne peut évidemment profiter qu'à la portion de prime afférente au risque de dépendance (Instr. 29 mai 1997, BOI 7 I-1-97 ; BOI-TCAS-ASSUR-10-40-20-20, no 240). L'Administration a encore précisé que l'exonération trouvait à s'appliquer quel que soit l'âge de l'assuré au moment de la souscription du contrat ou de la survenance du risque (Rép. min. à QE no 10692, JOAN Q. 29 juin 1998, p. 3609).

- **Dispositif de recherche**

Les assureurs de la Fédération Française de l'Assurance (AFA) ont mis en place un dispositif permettant aux assurés français et à leurs proches de savoir s'ils bénéficient ou non d'un contrat dépendance

en s'adressant par mail à l'adresse
contactdependance@agira.asso.fr ou par courrier à l'adresse :

Agira-recherche des contrats dépendance
TSA 30180
75441 PARIS CEDEX 09.

• Régime fiscal et social des contrats dépendance

Fiscalité des cotisations	Contrats individuels	Exonération de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (CGI, art. 995, 14 ^o)	Absence de déduction ou réduction d'impôt sur le revenu
	Contrats collectifs obligatoires		<p>La couverture du risque dépendance est assimilée à la prévoyance pour l'application de l'article 83 du Code général des impôts (BOI-RSA-BASE-30-10-20, n^o 240).</p> <p>Le plafond de déduction est égal à 7 % du PASS (soit 2 746 € pour 2017) + 3,75 % rémunération annuelle brute dans la limite de 3 % de 8 PASS (soit un maximum de 9 415 € pour 2017).</p>
Fiscalité des prestations	Contrats individuels	Exonération d'IR (rente/capital)	
	Contrats collectifs obligatoires	Taxation à l'IR	
Cotisations	Contrats individuels	Sans objet	
	Contrats collectifs obligatoires	<p>Entrent dans le champ de l'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale (CSS, art. L. 242-1), les contributions destinées au financement de prestations dépendance qui sont assimilées à des contributions de prévoyance complémentaire au profit du salarié ou de son conjoint.</p> <p>Le plafond de déduction est de 6 % du PASS (soit 2 354 € pour 2017) + 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations sociales, le tout ne pouvant dépasser 12 % du PASS (soit un maximum de 4 707 € pour 2017). CSG, CRDS dès le 1^{er} euro.</p>	
Prestations	Contrats individuels	Sans objet pour les cotisations de Sécurité sociale et hors champ de la CSG et CRDS sur les revenus de remplacement.	
	Contrats collectifs obligatoires	CSG et CRDS sur les revenus de remplacement au taux de 6,2 % sous réserve des conditions d'exonération ou d'assujettissement au taux de 3,8 %.	

- **Le label GAD ASSURANCE DÉPENDANCE® : champ de la garantie minimale**

Pour bénéficier du label GAD, la garantie dépendance doit a minima couvrir une situation dite de dépendance lourde dans laquelle l'assuré se trouve dans l'impossibilité de réaliser certains des cinq actes élémentaires de la vie quotidienne définis dans le vocabulaire commun (transferts, déplacement à l'intérieur, alimentation, toilette et habillage) et/ou dont les fonctions cognitives sont altérées. L'appréciation des critères de perte d'autonomie est fondée sur une analyse des capacités fonctionnelles et cognitives de la personne, permettant ou non la réalisation d'actes élémentaires de la vie quotidienne. Cette appréciation nécessite l'obtention d'informations médicales. Elle est faite en prenant en compte la capacité à réaliser seul un acte et l'éventuel recours à des aides techniques correspondant à un prolongement de la personne (lunettes, fauteuil roulant, etc.).

Au sens du label, l'assuré est reconnu en état de dépendance lourde s'il répond au moins à l'une des trois situations suivantes :

- il se trouve dans l'incapacité totale et définitive médicalement constatée, d'accomplir seul, c'est-à-dire sans l'assistance physique d'un tiers, quatre des cinq actes élémentaires de la vie quotidienne
- en cas d'altération des fonctions cognitives, il a constamment besoin d'être surveillé ou incité pour la réalisation d'au moins deux des cinq actes élémentaires de la vie quotidienne et le résultat au test cognitif MMS de Folstein est inférieur ou égal à 10 (le test peut être différent mais le niveau doit être équivalent à celui donné pour le test MMS de Folstein)
- il se trouve dans l'incapacité totale et définitive médicalement constatée d'accomplir seul, c'est-à-dire sans l'assistance physique d'un tiers, trois des cinq actes élémentaires de la vie quotidienne et le résultat au test cognitif MMS de Folstein est inférieur ou égal à 15 (le test peut être différent mais le niveau doit être équivalent à celui donné pour le test MMS de Folstein)

- **Quel est le montant minimal de la rente ?**

La Garantie d'Assurance Dépendance prévoit le versement de prestations dès lors que la personne assurée est reconnue par l'assureur en état de dépendance. La garantie est viagère et l'assureur ne peut résilier le contrat, sous réserve du paiement des cotisations. La garantie comprend au minimum le versement d'une rente mensuelle tant que l'assuré est en état de dépendance et à partir de la date de reconnaissance de la dépendance par l'assureur : la franchise, si le contrat en prévoit une, ne peut excéder 3 mois et le montant ne peut être inférieur en cas de dépendance lourde à 500 €. La garantie couvre la dépendance quelle que soit la forme juridique du contrat (contrat individuel ou collectif, à adhésion facultative ou obligatoire, que la garantie soit principale ou couplée à une autre garantie).

- **Formalités à l'adhésion/souscription**

L'adhésion/souscription de la garantie dépendance est possible au moins jusqu'à l'âge de 70 ans. L'adhésion/souscription est soumise à l'acceptation de l'assureur qui peut, au vu d'un questionnaire de santé et le cas échéant de renseignements complémentaires, accepter la demande en l'état, faire une proposition adaptée à la situation de l'assuré ou, éventuellement, refuser tout ou partie des garanties demandées. L'adhésion/souscription avant l'âge de 50 ans ne donne lieu à aucune formalité médicale sous réserve que la personne :

- ne bénéficie pas de prestation de type invalidité telle que définie dans le vocabulaire commun
- ne bénéficie pas de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée
- n'ait pas de demande en cours pour les motifs 1 ou 2.

- **État de dépendance**

Les trois conditions ci-après doivent être cumulativement remplies :

- l'état de santé est consolidé en l'état actuel des connaissances

médicales

- l'état de santé justifie définitivement l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne
- l'état de dépendance est reconnu par le Médecin conseil de l'assureur.

- **Délai d'attente**

Les garanties du contrat sont acquises immédiatement en cas de dépendance d'origine accidentelle postérieure à l'adhésion/souscription. Dans les autres cas, un délai d'attente d'au plus un an à partir de la date de l'adhésion/souscription est appliqué. Ce délai est porté à trois ans au maximum en cas de perte d'autonomie consécutive à des affections neurodégénératives ou psychiatriques dont la première constatation médicale survient avant l'expiration de cette période. Un état de dépendance survenant avant l'expiration du délai d'attente ne donnera pas lieu à indemnisation. Dans ce cas, les cotisations versées au titre de la garantie seront remboursées.

- **Revalorisation des garanties**

Les organismes d'assurance constituent des provisions destinées à couvrir les risques de fluctuation de sinistralité et à revaloriser les garanties et les prestations.

Ils établissent chaque année un compte de résultat technique et financier dont il est tenu compte dans la détermination des revalorisations des garanties et des prestations.

Les contrats prévoient les clauses de revalorisation des garanties, des prestations et des cotisations.

- **Maintien de droits à couverture**

En cas d'interruption du paiement des cotisations en cours de contrat et sous réserve qu'il ait cotisé un minimum d'années,

l'assuré bénéficie du maintien partiel de la garantie prévue en cas de dépendance lourde.

Les montants garantis sont réduits selon les modalités prévues au contrat.

Dans le cadre des contrats collectifs à adhésion obligatoire, il devra être prévu un contrat d'accueil à adhésion facultative permettant la poursuite de la garantie sans formalité médicale.

- **Information annuelle**

Pour les contrats à adhésion individuelle, l'assureur communique chaque année à l'adhérent/ souscripteur :

- le montant des cotisations
- le montant des garanties et leur revalorisation.

- **Accompagnement de l'assuré**

A partir de l'adhésion/souscription du contrat, l'assuré bénéficie d'informations ou d'actions de prévention pour lui-même et éventuellement pour ses proches.

Dès lors que l'assuré est reconnu en état de dépendance lourde au sens du label, il bénéficie de services d'assistance.

- **Vocabulaire commun**

La garantie labellisée s'appuie sur un vocabulaire commun.

- **Accident**

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant d'un événement soudain, imprévu, extérieur à l'assuré et constituant la cause du dommage corporel.

- **Actes élémentaires de la vie quotidienne**

Cinq actes élémentaires de la vie quotidienne sont appréciés pour évaluer l'état de dépendance :

1 – Transferts

Passer de chacune des 3 positions debout / assis / couché à l'autre, dans les deux sens : se lever d'un lit ou d'une chaise, se coucher, s'asseoir.

2 – Déplacement à l'intérieur

Se déplacer en intérieur sur une surface plane.

3 – Alimentation

Manger des aliments préalablement servis et coupés.

Boire.

4 – Toilette

Se laver l'ensemble du corps.

Assurer l'hygiène de l'élimination.

Satisfaisant ainsi à un niveau d'hygiène corporelle quotidienne conforme aux normes usuelles.

5 – Habillage

Mettre les vêtements portés habituellement, le cas échéant adaptés à son handicap.

Retirer les vêtements portés habituellement, le cas échéant adaptés à son handicap.

L'incapacité totale et définitive à réaliser un acte élémentaire de la vie quotidienne signifie que toutes les actions dans la définition de l'acte doivent être rendues impossibles y compris avec l'utilisation d'aides techniques adaptées.

- **Affection de longue durée**

Les affections de longue durée sont les affections ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur répondant aux dispositions des articles L 322-1 et suivants du code de la sécurité sociale et de leurs décrets d'application.

- **Altération des fonctions cognitives**

L'existence d'un déficit cognitif sévère est appréciée par la nécessité de la personne de recourir constamment à la surveillance ou l'incitation d'un tiers pour réaliser les actes élémentaires de la vie quotidienne tels que définis précédemment. L'appréciation du déficit cognitif peut être validée par des tests complémentaires.

- **Assistance d'une tierce personne**

Par assistance d'une tierce personne, on entend l'aide formelle ou informelle d'un membre du personnel paramédical, d'un parent ou d'un ami pour effectuer les actes élémentaires de la vie quotidienne. Cette aide peut être dispensée dans un établissement public, privé ou à domicile et ne comprend pas les simples interventions de type aide-ménagère, comme les courses ou le ménage.

- **Délai d'attente**

Période démarrant à la date d'effet de l'adhésion/souscription du contrat, parfois appelée délai de carence, pendant laquelle l'assuré n'est pas garanti en cas de dépendance.

- **État de santé consolidé**

Un état de santé est dit « consolidé » lorsque la réduction des facultés fonctionnelles et cognitives est jugée, en l'état actuel des connaissances médicales, permanente et irréversible (sans possibilité d'amélioration significative).

- **Incapacité totale et définitive à réaliser un acte élémentaire de la vie quotidienne**

L'incapacité à réaliser un acte élémentaire de la vie quotidienne est avérée lorsque la personne est totalement et définitivement incapable de réaliser cet acte, de manière spontanée (i.e. en dehors

de toute incitation extérieure), habituelle, à bon escient, sans l'aide d'un tiers. L'incapacité totale et définitive à réaliser un acte élémentaire de la vie quotidienne doit être réputée irréversible au moment de l'évaluation.

- **Maladie**

Toute altération de l'état de santé de l'assuré d'origine non traumatique constatée par une autorité médicale reconnue.

- **Médecin conseil de l'assureur**

Le Médecin conseil de l'assureur est le médecin chargé d'évaluer l'état de santé de la personne à la demande de l'organisme d'assurance. Comme tout médecin, il est soumis au code de déontologie médicale et au secret professionnel.

- **Prestation de type invalidité à laquelle il est fait référence dans le label**

Cette formulation couvre l'une des pensions suivantes :

- Pension d'invalidité civile (versée par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé) ou militaire.
- Pension d'inaptitude à l'exercice de la profession.
- Allocation adulte handicapé.
- Pension d'Accident du Travail ou Maladie Professionnelle.

- **Questionnaire de santé**

Questionnaire complémentaire de la proposition d'assurance rempli de bonne foi par la personne à assurer, faisant apparaître tout accident ou maladie à la date de l'adhésion/souscription. Le questionnaire de santé est adressé sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'assureur. Il sert de base à l'évaluation du risque.

- **Rente**

Prestation garantie versée périodiquement à l'assuré, tant que son état de dépendance est reconnu et au plus tard jusqu'à son décès.

Les prestations et leur règlement

- **Quelles sont les prestations des contrats dépendance ?**

La souscription d'une assurance dépendance permet à l'adhérent de se prémunir contre la perte d'autonomie.

Les contrats d'assurance dépendance comportent deux volets :

- Le premier propose des garanties financières sous forme de rente viagère et/ou de capital à l'assuré, souvent accompagnées de couvertures annexes (capital 1^{er} frais, obsèques ou fracture, etc.). Les montants assurés sont déterminés à l'ouverture du contrat et peuvent souvent être modifiés à la hausse ou à la baisse.
- Le second volet met en jeu des garanties d'assistance dépendance sur lesquelles les assureurs cherchent à se différencier. Elles sont plus ou moins développées selon les formules.

- **Contrat de dépendance : quelles sont les prestations financières possibles ?**

L'assurance dépendance vise à apporter aux assurés reconnus en état de perte d'autonomie une aide financière destinée à financer les frais de suivi médical, d'équipement et de logement. Ces frais sont plus ou moins lourds et coûteux selon l'état de dépendance. L'assuré doit, de préférence avec l'aide d'un conseiller, estimer ses besoins en cas de handicap lié à la dépendance.

Les contrats de dépendance comportent des garanties variables, les principales étant sous forme de rente viagère ou de capital. Ils peuvent aussi sur option, et moyennant une cotisation supplémentaire, proposer des garanties annexes comme :

- **Le capital 1^{er} frais** : il s'agit d'un capital forfaitaire permettant de faire face aux dépenses à l'aménagement de leur logement
- **Le capital fracture** : versé en cas de fracture accidentelle définie

dans les conditions générales

Certaines garanties annexes visent à protéger la famille de l'assuré. Les plus répandues sont :

- **Le capital décès ou capital obsèques** qui sera versé à un ou plusieurs bénéficiaires désignés
- **Le capital remboursement des cotisations** qui garantit, en cas de décès d'un assuré non reconnu en état de dépendance, un capital aux bénéficiaires désignés équivalent aux primes versées. Cette garantie a pour but d'éviter les versements à fonds perdus.

À NOTER

L'assuré doit faire attention aux exclusions et aux délais de carence sur ce type de garanties accessoires.

- **Comment sont déterminées les prestations des contrats de dépendance ?**

Les montants assurés sont définis par rapport à l'état de dépendance totale. En cas de dépendance partielle, l'assuré ne percevra qu'une fraction des montants garantis pour la dépendance totale.

La dépendance totale

L'assuré choisit au départ les montants pour lesquels il souhaite s'assurer en cas de dépendance totale.

Ces montants sont forfaitaires et souvent compris dans des fourchettes fixées en euros.

- **Exemple**

- Entre 500 et 3 000 € par mois pour des prestations sous forme de rente viagère, les cotisations sont alors déterminées en conséquence.

En cas de dépendance totale reconnue par les services médicaux de l'assureur, l'assuré percevra 100 % des montants garantis.

Pour les garanties dépendance incluses dans les contrats d'épargne, ces montants peuvent être fixés en pourcentage du capital épargné.

- 20 % de la valeur de l'épargne acquise au moment de l'entrée en dépendance ou 20 % de la valeur de l'épargne garantie à l'échéance du contrat.

La dépendance partielle

En cas de dépendance partielle, l'assuré percevra non pas 100 % du montant garanti, mais un montant plus faible, en général le montant sera équivalent à la moitié de la rente prévue en cas de dépendance totale.

- Un particulier choisit de s'assurer pour un montant de 1 000 € par mois en cas de dépendance totale. S'il est reconnu en état de dépendance partielle, le montant de sa rente sera de 50 % de 1 000 €, soit 500 €.

- **Modifications des garanties de dépendance des contrats en cours : est-ce possible ?**

Les contrats d'assurance dépendance permettent normalement à l'assuré de modifier ses garanties en cours de contrat à condition de ne pas avoir été déclaré en état de perte d'autonomie.

Les contrats prévoient fréquemment la possibilité de :

- Augmenter ou diminuer les garanties (opter pour la dépendance partielle en plus de la dépendance totale ou inversement)
- Souscrire ou à contrario résilier une couverture optionnelle (capital obsèques, 1er frais,...)

En général, l'assureur exige les conditions suivantes :

- Un délai minimum. Exemple : la possibilité de modifier les garanties n'est possible qu'à partir de la troisième année d'adhésion
- Un âge maximum. Exemple : ne pas être âgé de plus de 75 ans,

dans le cas d'une demande d'augmentation des garanties
Ces demandes une fois acceptées par l'assureur font l'objet d'un avenant au contrat.

- **Quelles sont les garanties d'assistance proposées par les contrats de dépendance ?**

Les contrats d'assurance dépendance comportent souvent un volet assistance comprenant un éventail de plus en plus développé de services à la personne. Ce volet assistance peut être optionnel ou intégré, c'est-à-dire compris dans le prix des garanties. La gestion de cette partie assistance est déléguée à une société d'assistance.

Ces prestations d'assistance sont plus ou moins riches selon les contrats dépendance. On trouve fréquemment les services suivants :

- Bilan initial et conseil d'adaptation du logement
- Services d'aides et d'orientation pour décharger les aidants familiaux (recherche d'établissement pour un hébergement temporaire, services à domicile, soutien psychologique, etc...)
- Aide à la recherche d'un établissement spécialisé
- Services de prévention
- Informations administratives et sociales et conseil juridique
- Garde des animaux domestiques
- Aide-ménagère
- Livraison de médicaments à domicile et des repas
- Téléassistance

Cette liste est loin d'être exhaustive.

Les services à la personne et les prestations d'assistance

- **Allocation autonomie, maintien à domicile, 5ème risque : quelle politique pour la dépendance ?**

La crise sanitaire provoquée par le coronavirus et les nombreux décès en EHPAD ont renforcé la conviction d'une nécessaire amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. En France, cette question se pose d'autant plus que l'on estime aujourd'hui que 25% des personnes des générations du baby boom auront à en souffrir.

D'après le rapport Libault sur la dépendance remis en mars 2019, le nombre de seniors en perte d'autonomie va passer de 1,3 million en 2017 à 2,2 millions en 2050. Ce nombre pourrait même atteindre 4 millions de personnes, selon une étude de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) qui prend en compte les personnes âgées dépendantes ne bénéficiant pas de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

En 2014, près de 30 milliards d'euros ont été consacrés à la prise en charge de la dépendance. Les pouvoirs publics participent à 80% au financement de ces dépenses (santé, aide à la perte d'autonomie et hébergement), le reste est assuré par les ménages. Le rapport Libault évalue à 9,2 milliards d'euros le besoin de financement supplémentaire par an en 2030. Pour faire face à ces dépenses croissantes, le gouvernement a ouvert la voie à la création d'une « cinquième branche » de la sécurité sociale couvrant les risques liés à la perte d'autonomie. Deux projets de loi relatifs à la dette sociale ont été présentés par le gouvernement le 27 mai 2020. Ils prévoient la remise d'un rapport au Parlement sur les conditions de création de cette nouvelle branche d'ici le 30 septembre 2020, de manière à inscrire la réforme dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

- **Une allocation spécifique pour les personnes âgées en perte d'autonomie**

La dépendance des personnes âgées désigne une perte d'autonomie aussi bien physique que mentale chez les personnes âgées de plus de 60 ans. Cette perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne de façon ponctuelle ou permanente. La prise en charge des personnes âgées dépendantes et celles des personnes handicapées relèvent de réglementations distinctes. La barrière de l'âge (avant et après 60 ans) explique que deux personnes atteintes du même type de handicap relèvent de dispositifs spécifiques (réglementations, structures d'accueil). Les politiques publiques ont intégré l'enjeu du vieillissement depuis les années 1990. En 1997, est créée la prestation spécifique dépendance, remplacée par l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA)

L'APA est une aide financière attribuée aux personnes d'au moins 60 ans qui, malgré les soins qu'elles reçoivent, ont besoin d'être aidées pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante ou requièrent une surveillance particulière.

Il existe deux types d'APA :

- l'APA à domicile qui aide à payer les dépenses nécessaires au maintien à domicile malgré la perte d'autonomie (garde, repas, toilette, transport, installation de matériel comme un lit médicalisé...)
- ;
- l'APA en établissement qui prend en charge une partie des frais liés aux tarifs dépendance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des unités de soins de longue durée (USLD).

Le montant perçu par une personne âgée dépend de son degré d'autonomie évalué selon la grille Aggir (autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources).

L'évaluation est conduite par une équipe médico-sociale du conseil départemental qui identifie ce que la personne peut faire ou ne pas faire seule.

Six niveaux sont distingués dans la grille Aggir :

- les niveaux 1 et 2 regroupent les personnes les plus dépendantes, confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- les niveaux 3 et 4 regroupent les personnes moyennement dépendantes ;
- les niveaux 5 et 6 regroupent les personnes peu ou pas dépendantes.

Dans son enquête sur l'aide et l'action sociale 2019, la Drees recense 1,3 million de personnes bénéficiaires de l'APA, pour un coût estimé à près 6 milliards d'euros. Depuis la création de cette prestation en 2002, les dépenses totales au profit de l'APA ont été multipliées par 2,6 et le nombre de ses bénéficiaires a plus que doublé. 60% des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile, 40% en établissement d'hébergement spécialisé.

En 2004, à la suite de la canicule de l'été 2003 qui a causé une forte surmortalité chez les personnes âgées, la loi du 30 juin 2004 crée une journée de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Cette journée se matérialise par la mise en place d'une contribution de solidarité pour l'autonomie collectée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La loi du 11 février 2005 précise et renforce les missions de la CNSA. Celle-ci est compétente sur l'ensemble du champ des politiques de l'autonomie, elle a notamment pour mission de :

- contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- assurer la répartition équitable sur le territoire national du montant total de dépenses ;
- assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie.

- **L'adaptation de la société au vieillissement**

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 alloue 700 millions d'euros par an à de nouvelles mesures visant à mieux prendre en charge les personnes âgées en perte d'autonomie, financés par la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

Cette loi est organisée autour de trois piliers : l'anticipation du vieillissement, l'adaptation de la société et l'accompagnement de la perte d'autonomie.

- **Priorité pour l'accompagnement à domicile**

La loi privilégie le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Pour cela, l'APA à domicile est réformée. Les plafonds d'aide sont augmentés, permettant ainsi d'accroître le nombre d'heures d'aide à domicile.

Pour financer l'accompagnement à domicile des personnes en perte d'autonomie, la loi affecte à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) le produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). La CASA, créée en 2013, est prélevée sur une partie des pensions de retraite, d'invalidité et des préretraites. Jusqu'en 2015, une partie des fonds collectés était affectée au Fonds de solidarité vieillesse.

- **Soutenir les proches aidants**

De nouvelles dispositions sont adoptées pour faciliter le travail des aidants à domicile. La loi reconnaît le « droit au répit » qui donne les moyens à un aidant de prendre du repos. Un proche aidant une personne âgée en perte d'autonomie peut bénéficier d'une aide jusqu'à 500 euros par an pour financer la prise en charge de la personne dépendante dans une autre structure (hébergement temporaire, relais à domicile, etc.) afin qu'il puisse se reposer ou dégager du temps pour soi.

En outre, depuis le 1^{er} janvier 2017, le congé de proche aidant est entré en vigueur. Il succède au congé de soutien familial avec un

champ d'application élargi.

Ce congé non rémunéré permet à un salarié du secteur privé, avec l'accord de son employeur, de suspendre ou réduire son activité professionnelle pour accompagner un proche qui souffre d'une perte d'autonomie importante :

- d'une durée maximale de trois mois, le congé est renouvelable dans la limite d'une année pour l'ensemble de la carrière ;
- le congé peut être pris pour soutenir une personne de la famille ou une personne avec laquelle la personne aidée entretient des liens étroits et stables ;
- le proche aidant doit avoir un an d'ancienneté dans l'entreprise (au lieu de 2 ans avec le congé de soutien familial).

- **Une prise en charge de la dépendance qui reste lacunaire**

Le bilan d'application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) est contrasté. Plusieurs rapports avancent des propositions pour renforcer les dispositifs existants.

Un rapport du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) en juin 2018 met l'accent sur l'insuffisante reconnaissance du rôle des aidants. Le droit au répit et au congé de proche aidant ne constitue pas une protection réelle. Sur de petits échantillons représentatifs, le Conseil relève que 56% des aidants interrogés n'ont pu conserver leur emploi et 31% ont été licenciés ou ont accepté une rupture conventionnelle de leur contrat de travail ou ont dû démissionner. Le Conseil dénonce en outre le caractère symbolique du droit au répit et préconise son déplafonnement.

Selon le baromètre d'opinion 2020 de la Drees, huit aidants d'une personne âgée sur dix déclarent ne pas se sentir suffisamment aidés et considérés par les pouvoirs publics.

Pour une meilleure mise en œuvre du droit de répit, Joëlle Huillier étudie l'exemple québécois du « baluchonnage » (ou « relayage ») qui consiste en une intervention d'au moins 2 jours et 1 nuit d'un professionnel au domicile de la personne âgée afin de soulager un proche aidant. Elle propose d'expérimenter ce système en France

dans trois territoires volontaires. Le rapport rappelle que l'aide aux aidants est d'autant plus importante qu'elle permet de réduire le nombre de places d'hébergement en structures d'accueil permanent.

Les EHPAD accueillent chaque jour près de 585 000 résidents. La loi ASV en accordant la priorité au maintien à domicile a mis un peu de côté ces établissements qui sont aujourd'hui au centre du débat public. Des mouvements de personnels ont dénoncé des mauvaises conditions d'hébergement et de soins pour les personnes âgées ainsi qu'une dégradation de leurs conditions de travail.

L'insuffisance des moyens alloués aux EHPAD ne permet pas d'assurer une prise en charge digne des personnes âgées dépendantes.

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, une enveloppe supplémentaire de 450 millions d'euros a été dédiée aux EHPAD pour 2020-2021 et 50 millions d'euros au secteur de l'aide à domicile.

Cette loi crée également une indemnisation du congé de proche aidant qui doit être mise en place à partir d'octobre 2020. Les salariés, travailleurs indépendants et fonctionnaires pourront désormais bénéficier de trois mois de congés indemnisés pour aider un proche en situation de handicap ou en perte d'autonomie. Les conditions d'accès doivent être précisées par décret.

- **Vers la création d'un cinquième risque ?**

La création d'un cinquième risque a déjà été proposée par le gouvernement de François Fillon en 2008. Considérant que les quatre branches de la sécurité sociale (maladie, accidents du travail, retraite, famille) ne pouvaient répondre au vieillissement de la population, ce projet devait permettre d'assurer la prise en charge de la dépendance en combinant un financement public au titre de la solidarité et la mise en place d'une assurance individuelle encouragée par des incitations fiscales.

Malgré le lancement d'un grand débat national en 2011, le projet a été abandonné en raison du contexte économique et de la situation des finances publiques.

Dans son discours du 9 juillet 2018 prononcé devant le Congrès et dans un discours sur le vieillissement de la population du 13 juin 2018, le président de la République, Emmanuel Macron, a semblé faire renaître l'idée de la prise en charge au sein d'un « nouveau risque ».

À la suite de la concertation nationale « Grand âge et autonomie », organisée fin 2018, 175 propositions de mesures ont été présentées dans le rapport Libault. Un projet de loi consacré à la dépendance devait être présenté par le gouvernement en 2019, mais a finalement été reporté à 2020 en raison de la réforme des retraites. La crise sanitaire du COVID-19 remet à l'ordre du jour le sujet de la dépendance. Une concertation avec les partenaires sociaux et les collectivités territoriales devrait être organisée prochainement afin de trouver des solutions de financement à mettre en place pour la prise en charge de ce nouveau risque d'ici 2024.

Selon le baromètre d'opinion 2020 de la Drees, les deux tiers des Français (64%) sont demandeurs d'une prise en charge financière par les pouvoirs publics de la perte d'autonomie. Sept Français sur dix souhaitent que cette aide soit réservée aux personnes âgées disposant de faibles revenus. De plus en plus de Français sont favorables à une aide universelle, sans conditions de ressources.

L'assurance complémentaire santé

- **Financement du régime**

Depuis le 1er janvier 2016, tous les salariés devraient pouvoir bénéficier d'une couverture santé, comportant un socle minimum de garanties définies à l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale (créé par la loi no 2013-504 du 14 juin 2013, JO 16 juin, relative à la sécurisation de l'emploi). L'employeur doit assurer au minimum la moitié du financement de cette couverture.

En présence d'une couverture collective obligatoire de prévoyance mise en place par l'employeur à laquelle le comité d'entreprise contribue par le versement d'une participation complétant celles de l'employeur et des salariés, la participation du comité d'entreprise est assimilée à une contribution de l'employeur exclue de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale dans les conditions posées par l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale.

Pour apprécier le dépassement de la limite d'exclusion, il convient donc de cumuler la participation du comité d'entreprise et celle de l'employeur (Lettre-circ. DIRRES no 2005-089, 9 juin 2005).

Si le régime de prévoyance a été institué avant le 1er janvier 2005, les sommes versées par le comité d'entreprise pourront continuer à bénéficier du régime social de l'ancien article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale et des limites fixées par l'ancien article D. 242-1 du Code de la sécurité sociale. Les sommes versées à compter du 1er juillet 2008 au titre de « régimes » mis en place avant le 1er janvier 2005 et celles versées à compter du 1er janvier 2005 au titre de « régimes » mis en place à compter de cette même date sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale dans les conditions et limites fixées par l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale (Lettre-circ. DIRRES no 2005-089, précitée).

- **Cotisations impayées**

Les relations entre l'assureur et l'entreprise adhérente sont soumises au régime général des contrats. Dès lors, si l'entreprise

ne paie pas ses cotisations et est mise en liquidation, l'assureur doit produire sa créance au passif et « le défaut de règlement intégral des cotisations antérieures au jugement d'ouverture n'a pas pour conséquence de priver les adhérents de tout droit aux garanties collectives complémentaires », arrêt rendu à propos d'un contrat d'assurance de groupe de prévoyance complémentaire à adhésion obligatoire. Si les cotisations sont impayées en dehors de toute procédure collective, l'assureur peut résilier le contrat collectif. Il existe cependant un régime particulier, celui du cinquième alinéa de l'article L. 113-3 du Code des assurances, pour les primes impayées par un adhérent à un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire, souscrit par son employeur et qui met en œuvre des garanties de prévoyance dans le cadre de la loi pour la sécurisation de l'emploi (L. no 2013-504, 14 juin 2013, JO 16 juin).

- **Salariés détachés**

Sur la faculté offerte par l'article L. 914-4 du Code de la sécurité sociale, aux salariés détachés dans un État membre de l'Union européenne, ou dans un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen de continuer à cotiser au régime d'invalidité ou de décès applicable dans leur entreprise d'origine.

- **Remarque préliminaire**

Les contrats de prévoyance complémentaire bénéficient comme les contrats de retraite complémentaire d'un cadre fiscal et social avantageux. Cependant l'exonération fiscale des contributions patronales au financement des contrats collectifs de complémentaire santé a été supprimée par la loi de finances pour 2014 (L. fin. 2013, no 2013-1278, 29 déc. 2013, JO 30 déc., art. 4). Cette mesure s'applique dès l'imposition des revenus 2013. Ils ont vu leur assiette imposable augmentée desdites contributions patronales. La cotisation salariale qui finance les régimes de santé reste quant à elle déductible du revenu imposable. En revanche, la part patronale des cotisations qui finance des contrats collectifs de

prévoyance pour couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité et de décès demeure déductible (ainsi que la part salariale). Les limites du plafond de déduction fixées à l'article 83, 1^oquater du Code général des impôts sont abaissées corrélativement pour tenir compte du « retrait » des contributions patronales santé de l'enveloppe de déduction (voir no4340). Cette suppression d'exonération fiscale s'explique par le fait que le financement par les employeurs de la couverture santé des salariés a été rendu obligatoire par la loi relative à la sécurisation de l'emploi et qu'il n'y a donc plus nécessité d'inciter, par une mesure fiscale, ces derniers à mettre en place au sein des entreprises des régimes de couverture santé.

Les prestations concernées par les contrats de prévoyance sont celles qui complètent celles de la Sécurité sociale et qui sont versées au titre des risques maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail.

Il s'agit notamment :

- des prestations en nature assurant le remboursement total ou partiel ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ou assurant la prise en charge de frais de soins de santé tels que les frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, frais d'analyse ou d'appareillage ainsi que les dépenses indirectes susceptibles d'être engagées dans le cadre d'une hospitalisation ;
- des indemnités journalières complémentaires servies en espèces en cas d'incapacité temporaire due à la maladie, la maternité ou un accident du travail ;
- des prestations en espèces servies en cas d'incapacité permanente ou d'invalidité ;
- des prestations d'assurance décès versées sous la forme de capital décès, rente de veuve ou d'orphelin.

• Réforme de l'assurance maladie

Pour permettre de contribuer à diminuer le déficit du régime d'assurance maladie de la Sécurité sociale, l'article L. 871-1 du

Code de la sécurité sociale (issu de l'article 57, I, de la loi no 2004-810 du 13 août 2004, JO 17 août, relative à l'assurance maladie) complété par les articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale (D. no 2005-1226, 29 sept. 2005, JO 30 sept., relatif au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaires bénéficiant d'une aide et modifiant le Code de la sécurité sociale) et par une lettre-circulaire de la DIRRES no 2005-168 du 29 novembre 2005 subordonne le bénéfice du régime fiscal et du régime social d'exonération sous plafonds des contributions des employeurs au financement d'opérations de prévoyance complémentaire au respect d'un certain nombre de conditions que les organismes d'assurance qui mettent en œuvre de telles opérations doivent intégrer dans les contrats qu'ils concluent à compter du 1er janvier 2006, date d'entrée en vigueur de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale, ou qui ont été modifiés à compter de cette date. Seuls les contrats qui proposent des garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident sont concernés. Pour faciliter la mise en conformité à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale des contrats de prévoyance complémentaire santé, individuels ou collectifs, le cinquième alinéa de l'article L. 112-3 du Code des assurances (créé par L. no 2005-1579, 19 déc. 2005, JO 20 déc., art. 54, sur le financement de la Sécurité sociale pour 2006) prévoit une procédure spéciale d'information et d'acceptation des modifications. Schématiquement, la proposition de modification adressée par l'assureur au souscripteur est réputée acceptée par ce dernier si, dans un délai d'un mois, il n'a pas refusé cette proposition par écrit.

- **Régime fiscal des contrats à adhésion obligatoire**

Les cotisations versées tant par le salarié que par son employeur sont, dans le cadre d'un contrat de prévoyance à adhésion obligatoire, exonérées d'impôt sur les sociétés. Sous l'empire de l'ancien article 83, 2o, du Code général des impôts, le régime fiscal et social des cotisations est absolument identique à celui décrit pour les contrats de retraite dits article 83 du Code général des impôts

(voir nos 4271 et s.). Invités à étendre le bénéfice de la déduction fiscale des cotisations autorisée par l'article 83 du Code général des impôts aux retraités qui ont cotisé et continuent à cotiser à une mutuelle collective d'entreprise, les pouvoirs publics ont répondu par la négative, rappelant que, pour ces derniers, les prestations y compris celles versées sous forme de rentes, ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu (Rép. min. à QE no 7489, JOAN Q. 12 janv. 1998, p. 127).

La loi no 2003-775 du 21 août 2003 (JO 22 août), portant réforme des retraites, et les lois de finances postérieures ont créé un plafond de déductibilité distinct pour la retraite et pour la prévoyance.

Du 1er janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2012, le plafond prévoyance applicable aux cotisations ou primes versées est fixé à l'article 83, 1^oquater du Code général des impôts, modifié par l'article 57, III, de la loi no 2004-810 du 13 août 2004 (JO 17 août), relative à l'assurance maladie, qui dispose : « Le montant net du revenu imposable est déterminé en déduisant du montant brut des sommes payées et des avantages en argent ou en nature accordés (...) 1^o quater. Les cotisations ou primes versées aux régimes de prévoyance complémentaire auxquels le salarié est affilié à titre obligatoire, à condition, lorsque ces cotisations ou primes financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale.

Les cotisations ou les primes mentionnées à l'alinéa précédent sont déductibles dans la limite, y compris les versements de l'employeur, d'un montant égal à la somme de 7 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du Code de la sécurité sociale et de 3 % de la rémunération annuelle brute, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 3 % de huit fois le montant annuel du plafond précité. En cas d'excédent, celui-ci est ajouté à la rémunération ».

À compter du 1er janvier 2013, les cotisations patronales qui financent des contrats collectifs de complémentaire santé ne sont plus déductibles du revenu imposable. Les cotisations salariales qui financent de tels régimes demeurent déductibles du revenu ainsi

que les cotisations patronales et salariales qui financent des contrats collectifs de prévoyance qui couvrent l'incapacité, l'invalidité et le décès (L. fin. 2014, no 2013-1278, 29 déc. 2013, JO 30 déc., art. 4). La loi de finances précitée a également réduit l'enveloppe de déduction des cotisations à l'impôt sur le revenu, laquelle ne couvre plus aujourd'hui que les cotisations patronales et salariales à des régimes de prévoyance (hors frais médicaux). Ces dispositions sont applicables pour la première fois aux revenus de l'année 2013. L'article 83, 1^o quater du Code général des impôts est dorénavant ainsi rédigé :

« Le montant net du revenu imposable est déterminé en déduisant du montant brut des sommes payées et des avantages en argent ou en nature accordés (...) Les cotisations ou primes versées aux régimes de prévoyance complémentaire obligatoires et collectifs, au sens du sixième alinéa de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale, à condition, lorsque ces cotisations ou primes financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale.

Les cotisations ou les primes mentionnées au premier alinéa s'entendent, s'agissant des cotisations à la charge de l'employeur, de celles correspondant à des garanties autres que celles portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Les cotisations à la charge de l'employeur correspondant à des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident sont ajoutées à la rémunération prise en compte pour la détermination des bases d'imposition.

Les cotisations ou les primes déductibles en application des deux premiers alinéas le sont dans la limite d'un montant égal à la somme de 5 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du Code de la sécurité sociale et de 2 % de la rémunération annuelle brute, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 2 % de huit fois le montant annuel du plafond précité. En cas d'excédent, celui-ci est ajouté à la rémunération ».

L'Administration fiscale a précisé (BOI-RSA-BASE-30-10-20) les conditions que doivent remplir les régimes de prévoyance complémentaire pour pouvoir bénéficier du régime de déduction. Celles-ci sont les suivantes :

- les régimes doivent répondre aux conditions exigées des régimes de retraite supplémentaire énumérées aux 1, 3, 4 et 5 du A du I du BOI précité ;
- à cet égard, le respect de l'uniformité du taux de cotisation pour toutes les personnes appartenant à une même catégorie objective de personnel n'interdit pas aux salariés de choisir, à l'intérieur de la cotisation de prévoyance obligatoire, de moduler le taux de couverture et, par suite, les garanties relatives aux différents risques autorisés ;
- les risques assurés doivent être les mêmes que dans les régimes de Sécurité sociale de base (maladie, maternité, invalidité, incapacité de travail, décès, ainsi que la dépendance qui est assimilée à la prévoyance), mais les prestations accordées peuvent revêtir des formes différentes (par exemple, pension d'orphelin, rente éducation, etc.) ;
- le régime doit être exclusif de tout versement d'un capital, sauf pour la couverture du risque décès ou en cas d'invalidité absolue et définitive ou perte totale et irréversible d'autonomie correspondant au 3o de l'article L. 341-4 du Code de la sécurité sociale.

• Régime fiscal des Contrats à adhésion facultative

Les cotisations versées au titre de contrats de prévoyance complémentaire à adhésion facultative obéissent, comme les contrats de retraite de même catégorie, aux dispositions de l'article 82 du Code général des impôts. La fiscalité est tout à fait avantageuse pour l'employeur qui déduit les cotisations versées de son bénéfice imposable. Le salarié est taxé au titre de l'impôt sur le revenu pour les cotisations qu'il a lui-même versées et pour celles qui l'ont été par l'employeur, ces cotisations ayant la nature d'un salaire.

- **Cotisations versées dans le cadre de l'ANI du 11 janvier 2008**

L'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 14 janvier 2008 portant sur la modernisation du marché du travail, modifié par l'avenant no 3 du 18 mai 2009, donne la possibilité aux anciens salariés devenus chômeurs d'opter pour le maintien de la couverture de prévoyance en vigueur dans leur ancienne entreprise et ce, selon les mêmes modalités de financement (pour plus de détails, voir no4333) et pour une durée égale à la durée de son dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, sans pouvoir être supérieure à 9 mois. L'administration fiscale s'était prononcée par un rescrit no 2009-60 du 20 octobre 2009 : dès lors que le maintien de la couverture complémentaire est facultatif, les cotisations versées aux contrats de prévoyance complémentaire en application de l'article 14 de l'ANI précité ne peuvent être admises en déduction sur le fondement du 1o quater de l'article 83 du Code général des impôts. La part patronale constitue par conséquent un complément de rémunération imposable et la part salariale n'est pas déductible des revenus soumis à l'impôt sur le revenu.

L'administration vient de revoir sa position par un rescrit no 2011-25 du 2 août 2011, alignant sa logique sur celle retenue pour le régime social. Dès lors que le maintien de la couverture complémentaire correspond à la poursuite du contrat obligatoire et collectif dont bénéficiaient ces salariés avant la rupture de leur contrat de travail, les cotisations versées aux contrats de prévoyance complémentaire en application de l'article 14 de l'ANI précité sont admises en déduction en application du 1o quater de l'article 83 du Code général des impôts (dans sa rédaction en vigueur jusqu'au 31 décembre 2012) l'année de leur versement à l'organisme de prévoyance. Les cotisations ou primes versées dans ce cadre, y compris la participation de l'employeur, sont déductibles dans la limite annuelle mentionnée au second alinéa de cet article, égale à la somme de 7 % de plafond annuel retenu pour le calcul des cotisations de sécurité sociale et 3 % de la rémunération annuelle brute sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 3 % de huit fois le montant annuel du plafond précité.

Ces nouvelles règles s'appliquent de manière rétroactive pour

l'imposition des revenus 2009 et des années suivantes.

Les plafonds de déduction ont été réduits par la loi de finances pour 2014 (L. fin. 2014, no 2013-1278, 29 déc. 2013, JO 30 déc.), le taux de 7 % passant à 5 % et ceux de 3 % passant à 2 %. Les cotisations patronales finançant des couvertures santé ne sont plus déductibles. Ces dispositions sont applicables à compter de l'imposition des revenus de l'année 2013.

Les contributions qui excèdent le plafond de déduction ainsi que celles qui correspondent au maintien de la couverture pendant une durée supérieure à 9 mois ne sont en revanche pas déductibles (la part patronale constitue alors un complément de rémunération imposable et la part salariale n'est pas déductible des revenus imposables).

Par ailleurs, il est précisé que la CSG due sur les contributions patronales exonérées d'impôt sur le revenu est intégralement non déductible.

- **Régime fiscal des prestations contrats à adhésion obligatoire**

À l'exception des remboursements de frais médicaux, les prestations servies aux salariés sont assujetties pour le bénéficiaire à l'impôt sur le revenu, sauf en ce qui concerne les prestations versées sous forme de capital toujours exonérées.

- **Régime fiscal des prestations : contrats à adhésion facultative**

Les prestations, servies quelle que soit leur nature (indemnités journalières, rente d'invalidité, capital décès, etc.), sont complètement exonérées d'impôt sur le revenu (BOI-RSA-PENS-10-10-20).

• Régime social des cotisations

Pour bénéficier du régime d'exonération sociale, les contributions des employeurs doivent financer des prestations de prévoyance complémentaires à celles servies par les régimes de base de sécurité sociale à affiliation légalement obligatoire destinées à couvrir les risques maladie, maternité, invalidité, décès, accident de travail et maladie professionnelle. Ces prestations sont, quelle que soit leur dénomination :

- des capitaux décès ;
- des allocations d'obsèques ;
- des rentes de conjoint survivant ;
- des rentes d'orphelin ;
- des indemnités journalières complémentaires (que leur versement résulte d'une obligation légale ou conventionnelle) ;
- des rentes en capitaux d'invalidité ;
- des remboursements de frais médicaux.

Est assimilé à une contribution de l'employeur le financement de prestations de dépendance au profit du salarié ou de son conjoint. La prestation dépendance peut prendre la forme d'une prestation en espèces ou en nature telle que la prise en charge du financement d'une aide à domicile, de l'aménagement du domicile ou de l'accueil en établissement spécialisé (Circ. DSS no 5B/2005/396, 25 août 2005).

Le régime des contributions patronales versées jusqu'au 31 décembre 2004 et destinées au financement des prestations qui complètent celles de la Sécurité sociale au titre des risques maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail est celui prévu par l'article L. 242-1 ancien du Code de la sécurité sociale et l'article D. 242-1 du Code de la sécurité sociale en application des dispositions de l'article L. 242-1 dudit code dans sa rédaction en vigueur avant le 31 décembre 2003.

L'article 113, I et II de la loi no 2003-775 du 21 août 2003 (JO 22 août), portant réforme des retraites ainsi que l'article 57, VI, de la loi no 2004-810 du 13 août 2004 (JO 17 août), relative à l'assurance maladie, ont modifié la rédaction de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale. L'ordonnance no 2006-344 du 23 mars 2006 (JO

24 mars), relative aux retraites professionnelles supplémentaires, a ensuite modifié l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale pour y admettre en tant qu'organisme assureur, les institutions de retraite professionnelle européenne.

Les dispositions de l'article L. 242-1–II, 4^o, du Code de la sécurité sociale dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} septembre 2018, issues de l'article 2 de l'ordonnance no 2018-474 du 12 juin 2018 (JO 13 juin) relative à la simplification et à l'harmonisation des définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale qui sont applicables aux cotisations versées à compter du 1^{er} janvier 2005, sont reproduites au no 4432.

Ce régime de faveur ne s'applique pas « lorsque les contributions des employeurs se substituent à d'autres revenus d'activité qui ont été soumis à cotisations en application du I (de l'article L. 242-1) et versés au cours de douze derniers mois ».

Ce dispositif a été complété par l'article D. 242-1 du Code de la sécurité sociale modifié par le décret no 2005-435 du 9 mai 2005 (JO 10 mai), et par la circulaire DSS/5B/2009/32 du 30 janvier 2009. L'article D. 242-1 du Code de la sécurité sociale applicable aux contributions versées à compter du 1^{er} janvier 2005 dispose : « Les contributions des employeurs au financement de prestations complémentaires de prévoyance mentionnées au huitième alinéa de l'article L. 242-1 sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale propre à chaque assuré, pour une fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de 6 % du montant du plafond de la Sécurité sociale et de 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de Sécurité sociale en application de l'article L. 242-1, déduction faite de la part des contributions des employeurs destinées au financement de prestations complémentaires de retraite et de prévoyance soumise à cotisations de Sécurité sociale, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 12 % du montant du plafond de la Sécurité sociale ».

Pour bénéficier de ces dispositions favorables, le régime mis en place dans l'entreprise doit être aux conditions posées par les textes.

Les textes précités émanant de l'administration donnent de nombreux exemples d'application de ce nouveau régime.

- **Financement de la garantie maintien de salaire**

Dans deux arrêts de principe, la Cour de cassation infirme la position de l'Administration sociale en ces termes :

« Attendu que si le revenu de remplacement que constitue, pour le salarié absent, le maintien du salaire auquel est tenu l'employeur en application de la loi sur la mensualisation ou d'un accord collectif, est assujéti à la CSG et à la CRDS la prime acquittée par l'employeur dans le cadre d'une assurance souscrite pour garantir le risque d'avoir à financer cette prestation, qui n'a pas pour objet de conférer au salarié un avantage supplémentaire, ne constitue pas une contribution au financement d'un régime de prévoyance instituant des garanties complémentaires au profit des salariés » (Cass. 2eciv., 23 nov. 2006, no 04-30.208, Bull. civ. II, no 331 et Cass. 2e civ., 23 nov. 2006, nos 05-11.364, Bull. civ. II, no 331 et 05-11.365, Rapp. C. cass. 2006, p. 320).

Concrètement, cela signifie que la part de cotisation patronale qui finance, sous forme de primes versées à un organisme assureur, une obligation de maintien de salaire, en application de la loi de mensualisation ou d'une convention ou accord collectif, n'a pas la nature juridique d'une contribution patronale de prévoyance complémentaire. En conséquence, elle :

- n'a plus à être prise en compte pour apprécier le dépassement des limites d'exonération de cotisations de Sécurité sociale prévus à l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale ;
- est exclue de l'assiette de la CSG/CRDS et de la taxe à 8 %.

Les éléments permettant d'identifier cette part de cotisation patronale devront être établis à partir des indications fournies par l'organisme assureur. Ces arrêts ont été commentés par la lettre-circulaire de la DIRRES no 2007-030 du 8 février 2007, la lettre-circulaire ACOSS no 97-29 du 19 février 2007 et par la circulaire de la DSS no 5B/2007/77 du 23 février 2007.

- **Forfait social**

En application de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel signé le 14 janvier 2008, les anciens salariés qui ont le statut de chômeur peuvent adhérer à titre facultatif au régime de prévoyance en vigueur chez leur ancien employeur (pour plus de détails, voir no4333) pendant une période limitée et selon les mêmes modalités de financement que celles prévalant avant la rupture du contrat de travail. Les cotisations versées par l'employeur dans ce cadre demeurent exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale (Circ. DSS/5B no 2009/32, 30 janv. 2009, fiche no 1).

- **Régime social des prestations**

Le régime social est le même que les prestations soient versées en exécution d'un contrat à adhésion obligatoire ou adhésion facultative :

— les prestations complémentaires aux indemnités journalières de Sécurité sociale, lorsqu'elles sont versées avant la rupture du contrat de travail, sont assujetties aux charges de Sécurité sociale (ARRCO, AGIRC, ASSEDIC, FNAL, versement de transport...) ainsi qu'à la CSG et à la CRDS (au taux de 9,2 % et 0,5 %). Lorsque le salarié participe au financement du régime de prévoyance, seule la part correspondant à la participation financière de l'employeur est soumise à cotisations (Lettre min. 13 févr. 1973, BOSS no 73-7, avis CE, 10 juill. 1973 ; Cass. soc., 13 janv. 2000, no 97-17.766, Bull. civ. V, no 20) ;

— les indemnités journalières complémentaires versées postérieurement à la rupture du contrat de travail ne sont pas incluses dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale, et sont soumises à la CSG au taux de 8,3 % (déductible de l'assiette imposable à l'impôt sur le revenu à hauteur de 5,9 %) et à la CRDS au taux de 0,5 %, sans abattement ;

— les rentes d'invalidité versées par un organisme assureur en complément de celles versées par le régime de base sont soumises ou non aux charges de Sécurité sociale, à la CSG et à la CRDS dans les mêmes conditions que les indemnités journalières

complémentaires ;

— les rentes d'éducation, les rentes de conjoints survivants ne sont pas incluses dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale, mais sont soumises à la CSG (8,3 %, dont 5,9 % déductible) et à la CRDS (0,5 %) sans abattement ;

— les capitaux décès sont eux, en revanche, toujours exonérés de charges sociales, de CSG et de CRDS quand ils sont versés par un organisme tiers par rapport à l'employeur (v. lettre du ministère des Affaires sociales du 14 novembre 1997, diffusée par la circulaire ACOSS no 97-75 du 28 novembre 1997) même lorsque l'employeur participe à leur financement. Cependant, les allocations d'invalidité et le capital décès versés par l'employeur lui-même au salarié, ou à ses ayants droit, sont soumis aux cotisations de Sécurité sociale (Cass. ass. plén., 26 janv. 2001, no 99-11.758, Bull. civ. ass. plén., no 2, RJS 4/01, no 490) et à la CSG au taux de 7,5 % et à la CRDS au taux de 0,5 %.

• **Caractéristiques**

Jusqu'au 1er janvier 2012, en raison d'une taxation spécifique de 8 % sur les contributions patronales destinées au financement de prestations de prévoyance complémentaire, celles-ci étaient exclues du champ d'application du forfait social.

Du fait du relèvement du taux du forfait social à 8 % par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012 précitée, soit un taux identique à celui de la taxe spécifique « prévoyance », il a paru logique d'intégrer ces contributions dans le champ du forfait social et de supprimer parallèlement la taxe spécifique « prévoyance » à compter du 1er janvier 2012 (abrogation des articles L. 137-1 et L. 137-2 du Code de la sécurité sociale).

Il convient de préciser que le forfait social ne s'applique qu'aux contributions non soumises à cotisations sociales ; par conséquent, les contributions qui y sont assujetties (en cas de dépassement de la limite d'exonération ou de non-conformité aux exigences réglementaires requises) n'ont pas à supporter en plus le forfait social. Le taux du forfait social est de 8 % sur les contributions patronales pour les employeurs d'au moins 10 salariés et les

employeurs occupant moins de 10 salariés n'y sont pas assujettis. Depuis le 1er janvier 2016, ne sont pas assujettis à cette contribution les employeurs de moins de 11 salariés au titre des contributions versées au bénéfice des salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance. Cette exonération s'applique pendant trois ans aux employeurs qui atteignent ou dépassent au titre des années 2016, 2017 ou 2018, l'effectif de 11 salariés (CSS, art. L. 137-15, issu de l'article 15 de la loi no 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016).

Le calcul de l'effectif est en principe déterminé selon les règles en vigueur pour la détermination de la périodicité du versement des cotisations (règle qui était utilisée pour la taxe spécifique).

Toutefois, le Ministère a indiqué qu'un décret à paraître modifierait le calcul de l'effectif pour l'assujettissement au forfait social, afin de l'aligner sur les règles applicables en matière d'exonération. En conséquence, pour le calcul de l'effectif au sens de l'article L. 137-15, les entreprises sont autorisées à se référer à l'effectif utilisé pour l'application des dispositifs d'exonération, dès le 1er janvier 2012, s'il leur est plus favorable (Lettre circulaire Acoss no 2012-0000017, 20 févr. 2012).

- **Paiements transfrontaliers : prestations versées dans un autre État membre de l'Union européenne ou dans un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen**

Afin d'éliminer les obstacles à la mobilité des travailleurs salariés et considérant que les restrictions à la libre circulation des capitaux et des paiements sont interdits aux termes de l'article 73 B du Traité CE, l'article 5 de la directive no 98/49/CE du Conseil du 29 juin 1998 (JOCE 25 juill. 1998, no L 209), relative à la sauvegarde des droits à pension complémentaire des travailleurs salariés et non-salariés qui se déplacent à l'intérieur de l'Union dispose que les États membres s'assurent que toutes les prestations dues au titre des régimes complémentaires de pension sont versées dans d'autres États membres « nettes de toute taxe et de tout frais de

transaction qui seraient applicables ».

L'article 58 de la loi no 2002-73 du 17 janvier 2002 (JO 18 janv.), dite loi de modernisation sociale, a transposé cette disposition à l'article L. 914-3 du Code de la sécurité sociale, en précisant que sont visés « les prestations ou avantages d'invalidité, de retraite ou en cas de décès » versés aux « salariés, anciens salariés et ayants droit résidant dans un État membre de la Communauté européenne ou dans un État membre partie à l'EEE ».

- **Coassurance inter-codes en santé et prévoyance**

Afin de permettre et faciliter la coassurance en santé et prévoyance entre assureurs d'une part et mutuelles et/ou institutions de prévoyance d'autre part, dite intercodes la loi relative à l'économie sociale et solidaire (L. no 2014-856, 31 juill. 2014, JO 1er août, art. 51) crée au sein du Code des assurances, un cadre juridique spécifique aux opérations collectives d'assurance réalisées par les assureurs avec des organismes d'assurance relevant du Code de la sécurité sociale ou du Code de la mutualité. Ce cadre figure au chapitre V du titre IV du livre 1er du Code des assurances. Créé par la loi précitée, il est intitulé « Dispositions particulières relatives à la coassurance de certaines opérations collectives avec les organismes d'assurance relevant du Code de la sécurité sociale et du Code de la mutualité ».

L'objectif de la loi précitée est de faire converger certaines dispositions du Code des assurances vers celles de même nature existantes déjà dans le Code de la mutualité et le Code de la sécurité sociale, de telle sorte que figurent dans les trois codes des règles de droit identiques sur un certain nombre de dispositions. Car les divergences entre les dispositions issues d'un code ou d'un autre auraient créé un cadre juridique disparate pour des opérations d'assurance censées être identiques du point de vue de l'assuré, voire auraient rendu impossible la coassurance entre des organismes d'assurance relevant de différents codes alors que ces divergences tiennent seulement au fait que l'émetteur des garanties est régi par tel ou tel code. D'où la nécessité d'avoir un régime juridique homogène dans les opérations d'assurance coassurées

entre organismes relevant de codes différents.

La coassurance est utile et légitime pour assurer le développement et la sécurité des opérations d'assurance santé et prévoyance. En effet, les organismes assureurs peuvent vouloir se regrouper notamment quand la taille d'un groupe à assurer le justifie ou quand le nombre des assurés augmente considérablement. Ce qui est le cas depuis le 1er janvier 2016 avec la généralisation de la couverture santé, mise en place à l'origine par l'Accord national interprofessionnel (ANI), signé le 11 janvier 2013, puis consacrée par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 (L. no 2013-504, 14 juin 2013, JO 16 juin), qui accroît le rôle des organismes assureurs (mutuelles, institutions de prévoyance, assureurs) dans le domaine de la protection sociale obligatoire des salariés du secteur privé. Pour répondre à ce besoin, plusieurs organismes assureurs relevant de codes différents, peuvent alors intervenir, sous la forme de coassurance.

Les dispositions de la loi relative à l'économie sociale et solidaire précitée concernent soit les contrats à adhésion obligatoire soit les contrats à adhésion facultative, souscrits dans un cadre professionnel ou non à l'exception pour ces derniers de ceux visés par arrêté (à paraître).

Entrent dans le champ d'application du chapitre V du titre IV du livre 1er du Code des assurances, les couvertures du risque décès et des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, c'est-à-dire la prévoyance et la santé (C. assur., art. L. 145-1). Sont exclues du champ d'application du chapitre V précité, les opérations d'assurance individuelles et collectives d'épargne, y compris la retraite.

La question de l'application à l'assurance des emprunteurs se pose. Bien qu'il n'ait jamais été question d'appliquer à l'assurance des emprunteurs, les dispositions du chapitre précité, des amendements introduits lors des débats parlementaires ont étendu le champ d'application du nouveau régime aux contrats à adhésion facultative et ont supprimé la référence à la loi Évin. De ce fait, l'exclusion de l'assurance des emprunteurs n'est pas aussi claire qu'elle ne l'était dans la version présentée et adoptée en 1ère lecture au Sénat. Il

est cependant probable que l'assurance des emprunteurs soit exclue par l'arrêté précité (à paraître).

Les dispositions issues de la loi relative à l'économie sociale et solidaire sont applicables aux contrats souscrits à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi précitée.

Dans le cadre d'une coassurance, chaque coassureur garantit au moyen d'un seul contrat un même risque ou un même ensemble de risques en n'étant responsable à l'égard de l'assuré qu'à hauteur de sa quote-part (sauf clauses de solidarité prévues dans le contrat).

Les coassureurs désignent parmi eux un apériteur qui a le rôle d'interlocuteur unique des souscripteurs et des adhérents.

C'est ce mécanisme que reprend le législateur dans la loi relative à l'économie sociale et solidaire (L. no 2014-856, 31 juill. 2014, JO 1er août, art. 51) en y apportant quelques précisions. « I.– (...) En application de ce contrat (coassuré), tout assuré est garanti pendant une même durée et par un même contrat collectif par au moins deux organismes assureurs, chacun d'eux proportionnellement à la part, prévue au contrat de coassurance, qu'il accepte de couvrir. II.– Les organismes coassureurs désignent parmi eux un apériteur, dont ils précisent les missions dans le contrat de coassurance.

L'apériteur assure le rôle d'interlocuteur unique du souscripteur du contrat pour la négociation de ses conditions et de son renouvellement. Il peut encaisser la totalité des cotisations ou primes et verser les prestations. Le contrat détermine les modalités applicables en cas de modification ou de cessation de la coassurance, dans le respect de la garantie des droits des assurés » (C. assur., art. L. 145-2).

- **Distinctions**

Les modifications apportées par la loi relative à l'économie sociale et solidaire (L. no 2014-856, 31 juill. 2014, JO 1er août) concernent soit les contrats de groupe à adhésion obligatoire, soit ceux à adhésion facultative, soit les deux types de contrats.

La plupart d'entre elles concernent à la fois les contrats santé et les contrats de prévoyance.

Les points de convergence, c'est-à-dire les modifications apportées au Code des assurances en vue d'une harmonisation avec les deux autres codes, portent essentiellement sur les dispositions suivantes :

- l'article L. 145-2, II, du Code des assurances dernier alinéa qui interdit d'utiliser d'autres critères que ceux s'imposant déjà aux mutuelles pour la tarification des contrats facultatifs coassurés avec ce type d'organisme . La même règle figure déjà à l'article L. 112-1 du Code de la mutualité. Et la loi relative à l'économie sociale et solidaire introduit cette disposition pour les institutions de prévoyance à l'article L. 932-14-1 du Code de la sécurité sociale;
- l'article L. 145-3 du Code des assurances qui détaille les informations à faire figurer dans la notice établie par l'assureur, au titre de l'article L. 141-4 du Code des assurances à remettre aux adhérents (voir no4356). On retrouve cette règle aux articles L. 221-6 du Code de la mutualité et L. 932-6 du Code de la sécurité sociale;
- l'article L. 145-4 du Code des assurances qui précise que, pour les contrats résultant d'un accord de branche ou interprofessionnel, l'assureur ne peut se prévaloir de la nullité, prévue à l'article L. 113-8 du Code des assurances, en cas de fausse déclaration intentionnelle ou de réticence de l'adhérent ;
- l'article L. 145-5 du Code des assurances qui supprime les sanctions de l'article L. 113-9 du Code des assurances liées à la fausse déclaration non intentionnelle ;

Ces deux dernières règles existent déjà dans le Code de la sécurité sociale à l'article L. 932-7. Et la loi relative à l'économie sociale et solidaire introduit ces deux dispositions pour les mutuelles à l'article L. 221-14 du Code de la mutualité;

— l'article L. 145-7 du Code des assurances qui traite des conséquences d'un redressement ou liquidation judiciaire du souscripteur sur les garanties prévues au contrat et sa résiliation le cas échéant. On retrouve cette règle à l'article L. 932-10 du Code de la sécurité sociale et la loi relative à l'économie sociale et

solidaire introduit cette disposition à l'article L. 221-8-1 dans le Code de la mutualité;

— l'article L. 145-6 du Code des assurances qui concerne le régime spécifique des primes impayées, lorsque le souscripteur ne précompte pas les primes;

— l'article L. 113-3, alinéa 5, du Code des assurances avait déjà été modifié par la loi de sécurisation de l'emploi (L. no 2013-504, 14 juin 2013, JO 16 juin) en interdisant, en cas d'impayés de primes, la suspension des garanties et la résiliation du contrat. Cette modification a constitué le premier pas de convergence.

On retrouve ces deux dernières règles aux articles L. 221-8 du Code de la mutualité et L. 932-9 du Code de la sécurité sociale. Les articles L. 145-2, II, L. 145-3, L. 145-4, L. 145-5, alinéa 5, et L. 145-6 du Code des assurances ne s'appliquent qu'aux opérations coassurées intercodes.

L'article L. 113-3 du Code des assurances s'applique aux opérations coassurées intercodes et non coassurées.

- **L'information précontractuelle vis-à-vis du souscripteur employeur (C. assur., art. L. 145-1)**

Les dispositions générales du Code des assurances en matière d'information précontractuelle (C. assur., L.112-2, L. 112-3 et L.113-15) sont adaptées aux contrats d'assurance de groupe coassurés intercodes. La référence à l'assuré et la référence au souscripteur sont remplacées par la référence à l'employeur et la référence à la police est remplacée par la référence au contrat collectif. De même, pour l'application des dispositions générales relatives aux assurances de groupe (C. assur., art L. 141-1 à L. 141-7), la référence au souscripteur est remplacée par la référence à l'employeur et la référence à l'adhérent par la référence au salarié. En conséquence, l'assureur doit délivrer au souscripteur employeur les informations précontractuelles dues à tout candidat à l'assurance. L'information ainsi prévue se réalise en deux temps. Tout d'abord, par la remise d'une fiche d'information sur les prix et les garanties, qui est un document simplifié permettant la

comparaison entre les différentes offres. Puis, par la remise, au choix de l'assureur, d'un exemplaire du projet de contrat et de ses annexes ou d'une notice d'information décrivant précisément les obligations des parties, les garanties et leurs limitations, les nullités, déchéances, exclusions ainsi que des délais de prescription. L'un ou l'autre de ces documents devra mentionner la durée de l'assurance en caractères très apparents et celle de la tacite reconduction qui ne peut être supérieure à un an. Ces dispositions s'appliquent aussi bien aux contrats à adhésion obligatoire qu'aux contrats à adhésion facultative. Elles s'appliquent aux contrats coassurés intercodes, aux contrats coassurés par des organismes relevant du Code des assurances et aux contrats assurés par une seule entreprise d'assurance lorsqu'ils couvrent le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, c'est-à-dire la prévoyance et la santé.

- **La rédaction et la remise de deux notices**

Deux notices doivent être rédigées par l'assureur, en plus de la « fiche » : la notice prévue par l'article L. 112-2 du Code des assurances, que l'assureur doit remettre au souscripteur employeur avant la conclusion du contrat, et la notice prévue par l'article L. 141-4 du Code des assurances qui doit être remise par le souscripteur employeur aux adhérents salariés.

Cette disposition s'applique aussi bien aux contrats à adhésion obligatoire qu'aux contrats à adhésion facultative, qu'ils soient coassurés intercodes ou non.

La notice portant sur des contrats coassurés intercodes, doit préciser « le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou des limitations de garantie ainsi que les délais de prescription ».

Cette disposition s'applique seulement aux contrats coassurés intercodes couvrant le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques

d'incapacité de travail ou d'invalidité, c'est-à-dire la prévoyance et la santé.

- **Manquements aux obligations de déclaration du risque**

Les dispositions du Code des assurances qui sanctionnent la fausse déclaration intentionnelle par la nullité du contrat ne sont pas applicables aux contrats coassurés qu'ils soient à adhésion obligatoire ou facultative.

Les dispositions qui sanctionnent l'omission ou la fausse déclaration non intentionnelle ne sont pas applicables non plus aux contrats coassurés qui sont à adhésion obligatoire. Mais les dispositions de droit commun de l'article L. 113-9 du Code des assurances sont maintenues pour les contrats coassurés à adhésion facultative.

Ce cadre juridique, qui déroge aux dispositions de droit commun du Code des assurances, est seulement applicable aux contrats coassurés intercodes couvrant le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, c'est-à-dire la prévoyance et la santé.

- **La sélection des risques**

En présence de contrats coassurés intercodes, qui couvrent le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, c'est-à-dire la prévoyance et la santé, les dispositions de l'article L. 112-3, alinéa 4, du Code des assurances (concernant le questionnaire) et L. 113-2, 2^o, 3^o et 4^o du même code (concernant la déclaration du risque et son aggravation), s'appliquent simultanément à l'employeur et au salarié, ce qui crée entre eux une solidarité dans les déclarations faites aux organismes assureurs.

Ce cadre juridique, qui déroge aux dispositions de droit commun du Code des assurances, est seulement applicable aux contrats

coassurés intercodes.

Ces dispositions s'appliquent aussi bien aux contrats, à adhésion obligatoire qu'aux contrats à adhésion facultative.

Ces dispositions ont néanmoins une portée limitée pour les contrats groupe à adhésion obligatoire du fait de l'application de l'article 2 de la loi Évin (voir no3800) selon lequel l'assureur ne peut refuser un salarié adhérent au motif que celui-ci présente une pathologie antérieure à l'adhésion. L'assureur est libre d'accepter ou de refuser le groupe qui lui est proposé, et s'il accepte, de fixer la tarification et le niveau de garanties qu'il entend accorder. Mais il ne peut opérer aucune sélection à l'intérieur du groupe.

De plus concernant la couverture des frais de santé, l'absence de sélection médicale est nécessaire pour que les primes versées sur le contrat bénéficient du taux réduit de taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) de 7 % au lieu du taux de droit commun fixé. Le contrat est alors qualifié de solidaire.

- **Les limites à la sélection du risque pour les contrats à adhésion facultative (santé)**

La loi relative à l'économie sociale et solidaire intègre dans le Code des assurances la contrainte existant déjà dans le Code de la mutualité, en interdisant, pour les contrats santé à adhésion facultative coassurés avec une mutuelle, de :

- recueillir des informations médicales auprès des assurés ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture et de fixer les cotisations en fonction de leur état de santé ;
- moduler les cotisations en fonction de critères autres que le revenu, le régime de sécurité sociale d'affiliation, le lieu de résidence, le nombre d'ayants droit ou l'âge ;
- instaurer des différences dans le niveau des prestations en fonction de critères autres que les cotisations, la situation de famille ou le recours à un prestataire de santé agréé.

Ce cadre juridique, qui déroge aux dispositions de droit commun du Code des assurances, est seulement applicable aux contrats coassurés intercodes.

Il ne concerne que la couverture des risques relatifs au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, autrement appelés contrats santé ou frais médicaux.

- **Les conséquences en cas de primes impayées sur les adhérents**

La loi de sécurisation de l'emploi (L. no 2013-504, 14 juin 2013, JO 16 juin) a déjà modifié en 2013 l'article L. 113-3 du Code des assurances en créant le cinquième alinéa qui interdit, en cas d'impayés de primes, la suspension des garanties et la résiliation du contrat lorsque l'adhésion au contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel. Cette disposition concerne les contrats d'assurance régis par le Code des assurances. Cette évolution a ainsi permis d'aligner le Code des assurances avec les Codes de la sécurité sociale et de la mutualité, qui contenaient déjà ces interdictions.

Toutefois, ce régime diffère selon que la garantie mise en place est issue ou non d'un accord interprofessionnel ou de branche.

Lorsque les garanties résultent d'un accord professionnel ou interprofessionnel ou d'un accord de branche, l'assureur ne peut ni suspendre les garanties ni résilier le contrat en cas de défaut de paiement des cotisations par l'entreprise. Néanmoins, même dans ce cas, le droit de l'assureur d'agir en justice pour recouvrer les primes impayées est maintenu car ce sont les « dispositions (...) relatives à la suspension de la garantie et à la résiliation du contrat » (C. assur., art. L. 113-3) qui sont neutralisées et non pas celles relatives au droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice.

Lorsque les garanties résultent d'un accord d'entreprise, d'une décision unilatérale de l'employeur ou d'un référendum, l'assureur peut mettre en œuvre la procédure de droit commun prévue à l'article L. 113-3 du Code des assurances à savoir information, suspension puis résiliation.

Lorsque les garanties sont dues au titre de contrats à adhésion

facultative, les dispositions de l'article L. 113- 3 du Code des assurances à l'exception du cinquième alinéa sont applicables. Ces dispositions, dorénavant identiques dans les trois codes, s'appliquent aux contrats coassurés intercodes, aux contrats coassurés par des organismes relevant du Code des assurances et aux contrats assurés par une seule entreprise d'assurance lorsqu'ils couvrent le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, c'est-à-dire la prévoyance et la santé.

Parallèlement, les dispositions de droit commun de l'article L. 141-3 du Code des assurances qui permettent au souscripteur d'exclure un adhérent qui ne paie ses primes s'appliquent également.

- **Les conséquences en cas de primes impayées sur l'employeur**

Lorsque le souscripteur employeur assure le précompte des primes auprès des adhérents, la procédure de l'article L. 113-3 du Code des assurances est dirigée vers le souscripteur employeur et non vers les assurés salariés. Cette disposition vise les contrats de groupe à adhésion obligatoire, pour lesquels le précompte de la prime par le souscripteur/employeur est un principe acquis. La part de cotisation afférente à la garantie (santé ou prévoyance) mise en place est prélevée sur le salaire (peu importe l'existence ou non d'une part salariale). Il y a donc toujours un précompte de la prime. Lorsque le souscripteur n'assure pas le précompte de la prime auprès des adhérents, et dans le cadre d'une opération à adhésion facultative, la procédure ci-dessus (C. assur., art. L. 145-6, alinéas 1 à 4) est applicable « au souscripteur qui ne paie pas sa part de la prime ». En outre, dans ce cas, l'assureur doit une information spéciale aux adhérents et doit leur rembourser la fraction de cotisation sur la période qui n'a pas couvert de risque, (C. assur., art. L. 145-6 dernier alinéa). En outre, les dispositions de l'article L. 141-3 du Code des assurances, à savoir l'exclusion de l'adhérent par le souscripteur si l'adhérent ne paie pas ses primes ou si le lien qui l'unit au souscripteur est rompu, s'appliquent.

Ce cadre juridique, qui déroge aux dispositions de droit commun du Code des assurances, est seulement applicable aux contrats coassurés intercodes couvrant le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, c'est-à-dire la prévoyance et la santé.

- **Le redressement, la liquidation judiciaire ou la procédure de sauvegarde du souscripteur et la résiliation du contrat**

L'assurance subsiste lorsque le souscripteur est en difficulté. En cas de résiliation du contrat en application de l'article L. 622-13 du Code de commerce, le souscripteur a droit à la portion de prime afférente à la période pendant laquelle le risque n'est plus couvert.

Ce cadre juridique, qui déroge aux dispositions de droit commun du Code des assurances, est seulement applicable aux contrats coassurés intercodes couvrant le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, c'est-à-dire la prévoyance et la santé.

- **La résiliation du contrat**

La résiliation peut être effectuée annuellement par le souscripteur ou l'assureur avec un préavis de deux mois avant la date d'échéance. Elle est réalisée par lettre recommandée si l'assureur en a pris l'initiative et, si la résiliation est demandée par l'assuré, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique.

L'articulation de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire

- **Comprendre la couverture prévoyance des salariés**

Pour ce qui concerne la couverture prévoyance des salariés, la loi relative à la sécurisation de l'emploi précitée n'a pas créé d'obligation de généralisation mais une obligation de négociation. Les contrats d'assurance qui mettent en œuvre un régime de prévoyance ou un régime de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident peuvent être souscrits auprès de trois types d'organismes. Les entreprises ont en principe le choix de s'adresser aux mutuelles relevant du Code de la mutualité, aux institutions de prévoyance régies par le Code de la sécurité sociale ou aux sociétés d'assurance soumises au Code des assurances.

Lorsque la couverture est mise en œuvre au travers d'un contrat collectif, ce dernier obéit au droit commun de l'assurance collective tel qu'il a été exposé dans le cadre du présent ouvrage. Lorsque la couverture est mise en œuvre par le biais d'un contrat individuel, ce qui est le cas lorsque cette couverture est assurée par le versement santé, le contrat individuel obéit au régime de l'assurance individuelle.

Néanmoins, le législateur ayant souhaité instaurer un certain nombre de règles communes, applicables quel que soit l'organisme assureur, certains de leurs aspects sont régis par la réglementation spécifique issue de la loi du 31 décembre 1989, dite loi Évin (L. no 89-1009, 31 déc. 1989, JO 2 janv. 1990), renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

Ce dispositif commun a été complété par la loi no 94-678 du 8 août 1994 (JO 10 août), adoptée dans le cadre de l'entrée en vigueur des directives nos 92/49 et 92/96 des 18 juin et 10 novembre 1992 du Conseil des Communautés européennes.

- **Le « versement santé »**

Le versement santé est un dispositif alternatif à la couverture collective obligatoire pour les salariés en contrat à durée déterminée. Il est codifié à l'article L. 911-7-1 du Code de la sécurité sociale (issu de L. no 2015-1702, 21 déc. 2015, art. 34). Il prévoit que les salariés en contrat à durée déterminée, peuvent obtenir de la part de leur employeur un financement (dit versement santé) afin de participer à la prise en charge de la couverture santé qu'ils devront souscrire à titre individuel.

Pour bénéficier du versement, le salarié doit souscrire un contrat « responsable » qui ne bénéficie pas déjà d'un financement public (CMU complémentaire ou aide à la couverture santé). Il ne doit pas non plus s'agir d'une couverture collective mise en place par un autre employeur, y compris en tant qu'ayant droit.

- **Le versement santé à l'initiative des partenaires sociaux**

Les partenaires sociaux peuvent prévoir que certains salariés ne relèvent pas du champ d'application du régime complémentaire santé collectif mis en place à titre obligatoire dans une entreprise mais du versement santé. Peuvent être concernés par une telle décision, les salariés en contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 3 mois, les salariés dont la durée de travail est inférieure à 15 heures par semaine et les salariés en contrat de mission d'une durée inférieure à trois mois (CSS, art. D. 911-7). Le versement santé est alors décidé soit dans le cadre d'un accord collectif de branche, soit dans le cadre d'un accord d'entreprise, si l'accord de branche le permet ou s'il n'existe pas d'accord de branche.

- **Le versement santé à l'initiative du salarié**

Les salariés en contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 3 mois ou en contrat de mission inférieur à 3 mois pourront, à leur initiative, demander à être dispensés de la couverture collective

obligatoire proposée par leur employeur et à bénéficier en contrepartie du versement santé. Ces salariés auront donc le choix entre souscrire la couverture complémentaire santé proposée par leur employeur ou bien demander à en être dispensés et bénéficier du versement santé pour souscrire un contrat individuel de santé. Cette possibilité n'est pas ouverte aux salariés si la couverture collective obligatoire dont ils peuvent bénéficier est d'au moins de 3 mois, quelle que soit la durée de leur contrat.

Le montant du versement santé correspond, pour la période concernée, à la contribution que l'employeur aurait versée pour la couverture collective de la catégorie de salariés à laquelle appartient le salarié concerné. Lorsque le montant de la contribution de l'employeur ne peut être déterminé pour la catégorie de salariés à laquelle appartient le salarié, il est fait application d'un « montant de référence » fixé à 15 € à l'origine, qui est revalorisé chaque année par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale (CSS, art. D. 911-8).

Au titre de l'année 2016 et à titre transitoire, les employeurs ont eu la possibilité de décider par décision unilatérale, de mettre en place le versement santé en l'absence de couverture complémentaire santé obligatoire mise en place pour ces salariés.

Cette possibilité de mise en place par décision unilatérale du versement santé a été pérennisé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 en complétant l'article L. 911-7-1 du Code de la sécurité sociale (L. no 2016-1827, 23 déc. 2016, JO 24 déc.), en attendant l'adaptation des accords de branche ou d'entreprise à ces situations.

Les contrats responsables

- **Les contrats responsables et solidaires**

Les contrats responsables (volet social) sont ceux qui respectent les dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application tandis que les contrats solidaires (volet fiscal) sont ceux qui entrent dans le champ d'application de l'article 995, 18^o du Code général des impôts (exonérés de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances – TSCA – mais soumis à la taxe de solidarité additionnelle – TSA – visée à l'article L. 862-4 du Code de la sécurité sociale) et qui respectent les conditions posées par ce dernier pour pouvoir bénéficier du taux réduit de TSA sur les primes et cotisations qui sont versées sur ces contrats. Pour pouvoir bénéficier de ce taux réduit, ces contrats doivent être « responsables » et, en outre, remplir les conditions propres aux contrats « solidaires », à savoir ne pas prendre en compte l'état de santé de l'assuré pour la tarification du contrat et ne pas recourir à un questionnaire médical.

L'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale, créé par l'article 57, I, de la loi no 2004-810 du 13 août 2004 (JO 17 août) relative à l'assurance maladie, a été modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (L. no 2013-1203, 23 déc. 2013, JO 24 déc., art. 56-V), par l'article 83 de la loi no 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, et par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (L. no 2018-1203, 22 déc. 2018, JO 23 déc). Cet article fixe les règles que doivent respecter les contrats d'assurance maladie complémentaire pour bénéficier des aides fiscales et sociales, en particulier, un socle de garanties minimales appelé panier de soins minimal, ou cahier des charges. Ce panier est défini à l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale, pris en application de l'article L. 871-1 du même code. Lorsque les contrats d'assurance maladie respectent l'ensemble des conditions posées par ces textes, ils sont dits « responsables et solidaires ». La loi de financement de la

sécurité sociale pour 2019 ajoute au panier de soins minimal, la prise en charge des dépenses liées à l'acquisition d'aides auditives, et renforce la prise en charge des dépenses d'optique médicale et des soins dentaires prothétiques, ce qu'on appelle le « 100 % santé » ou « reste à charge zéro ». Les dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale modifié s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2020 (L. no 2018-1203, 22 déc. 2018, art. 51, III, B, précitée).

Deux décrets complètent la loi et modifient les articles R. 871-2 (D. no 2019-21, 11 janv. 2019, JO 12 janv., visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives, et soins prothétiques dentaires) et D. 911-1 (D. no 2019-65, 31 janv. 2019, JO 2 févr., adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé) du Code de la sécurité sociale.

L'article R. 871-2 précité modifie le cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » pour y intégrer la prise en charge des dispositifs d'optique médicale, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires, de façon à garantir un accès sans reste à charge à des équipements de qualité dans ces trois secteurs. Les dispositions du nouveau panier de soins s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2020 pour les dispositions relatives à l'optique et au dentaire, et aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives (D. no 2019-21, 21 janv. 2019, art. 5). Les modifications apportées à l'article D. 911-1 précité concerne les contrats santé des salariés (voir no 4322).

Pour plus de détails sur le contenu des contrats responsables, v. la circulaire DSS/SD2A/SD3C/SD5D no 2015-30 du 30 janvier 2015.

Le législateur a en outre ajouté une nouvelle condition au cahier

des charges des contrats responsables et solidaires (L. fin. no 2011-1906, 21 déc. 2011, JO 22 déc., art. 10, de financement de la Sécurité sociale pour 2012 qui modifie l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale), à savoir l'obligation pour les organismes assureurs de communiquer annuellement à leurs assurés « le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition (...) affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque ». Cette condition concerne aussi bien les contrats souscrits individuellement que ceux souscrits par un employeur au profit de ses salariés dans le cadre d'une garantie collective.

Les modalités d'application de cette disposition ont été précisées par l'arrêté du 17 avril 2012 (Arr. min. 17 avr. 2012, NOR : ETSS1209771A, JO 4 mai) du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Les informations à communiquer portent sur :

- le montant des frais de gestion ;
- le montant des frais d'acquisition ;
- la somme de ces deux montants.

Ces montants sont exprimés en pourcentage des cotisations ou primes afférents à la garantie et ces informations sont à communiquer, pour les contrats et opérations individuelles, simultanément à l'envoi de l'avis d'échéance annuelle de prime ou de cotisation afférent à la garantie (Arr. 8 juill. 2013, NOR : AFSS1317137A, JO 17 juill.), et, pour les contrats institués selon l'une des procédures mentionnée à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, par un document écrit adressé chaque année. Elles doivent être libellées de manière lisible, claire et intelligible et complétées par une mention ainsi rédigée :

« Ces frais recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont les

remboursements, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles ».

Puis, la loi de modernisation de notre système de santé précitée a ajouté une condition au bénéfice du régime fiscal et social de faveur. Il s'agit de la mention, dans les contrats frais de santé, du recours possible au tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties frais médicaux, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Les conditions de souscription et de tarification

- **Cadre de la souscription : assurance à adhésion obligatoire**

Pour être réputé obligatoire à l'égard des salariés, le régime collectif de prévoyance doit être mis en place selon l'une des modalités suivantes :

- convention ou accord collectif,
- référendum,
- décision unilatérale de l'employeur remise à chaque intéressé (CSS, art. L. 911-1).

En effet, les dispositions convenues entre employeur et salariés par voie d'accords collectifs ou de référendum s'imposent aux salariés. Il en est de même des modifications du régime lorsqu'elles sont décidées par voie de négociation collective (Cass. 1^{re} civ., 29 juin 1999, no 97-15.183, Bull. civ. I, no 216, RGDA 1999, p. 1048, note Mayaux L. ; Cass. soc., 1^{er} oct. 2003, no 02-30.337).

Une simple décision unilatérale de l'employeur ne peut rendre obligatoire, pour les salariés présents dans l'entreprise avant sa mise en place, l'adhésion au régime, que si la totalité des cotisations correspondantes est prise en charge par l'entreprise, les salariés présents ne pouvant être contraints de cotiser contre leur gré (L. no 89-1009, 31 déc. 1989, JO 2 janv. 1990, art. 11). En revanche, les salariés engagés postérieurement à la mise en place du régime de prévoyance, par décision unilatérale de l'employeur, sont contraints de cotiser au régime, malgré l'inobservation par l'employeur des règles relatives à l'information des salariés au titre de l'article 12 de la loi Évin, précité, qui doit prendre la forme de la remise d'une notice lors de l'embauche (Cass. soc., 19 oct. 2005, no 03-47.219, Bull. civ. V, no 291). L'article 11 de la loi Évin concerne les garanties de prévoyance et de santé.

- **Cadre de la souscription : assurance à adhésion facultative**

On doit considérer que lorsque l'adhésion des salariés est facultative, il ne s'agit plus d'un véritable régime de prévoyance, lequel suppose une solidarité collective, mais seulement d'une activité sociale dont le comité d'entreprise (ayant vocation à devenir le comité économique et social, au plus tard le 31 décembre 2019, v. ord. no 2017-1386, 28 sept. 2017, JO 23 sept.) est d'ailleurs en droit de revendiquer la gestion.

- **Choix de l'organisme assureur et clauses de recommandation**

L'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (L. no 2013-1203, 23 déc. 2013, JO 24 déc.) autorise les accords professionnels ou interprofessionnels (mentionnés à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale), dans des conditions fixées par les articles R. 912-1 et R. 912-2 du Code de la sécurité sociale (créés par D. no 2014-1498, 11 déc. 2014, JO 13 déc., relatif aux garanties collectives présentant le degré élevé de solidarité mentionné à l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale) et selon des modalités prévues par le décret no 2015-13 du 8 janvier 2015 (JO 10 janv.) relatif à la procédure de mise en concurrence des organismes, qui a créé les articles D. 912-1 à D. 912-13 du Code de la sécurité sociale, à prévoir l'institution de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif, pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés ou anciens salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale et dans ce cas, à organiser la couverture des risques concernés en recommandant un ou plusieurs organismes d'assurance habilités.

Ces dispositions s'appliquent aux accords conclus à compter du 1er janvier 2014.

L'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale est ainsi rédigé dans sa version en vigueur au 25 décembre 2013 :

« I. Les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés à l'article L. 911-1 peuvent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, prévoir l'institution de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif, pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés ou anciens salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale. Dans ce cas, les accords peuvent organiser la couverture des risques concernés en recommandant un ou plusieurs organismes mentionnés à l'article 1er de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques ou une ou plusieurs institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances, sous réserve du respect des conditions définies au II du présent article.

Le ou les organismes ou institutions adressent annuellement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre, dont le contenu est précisé par décret.

II. La recommandation mentionnée au I doit être précédée d'une procédure de mise en concurrence des organismes ou institutions concernés, dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats et selon des modalités prévues par décret.

Le ou les organismes ou institutions ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de l'accord. Ils sont tenus d'appliquer un tarif unique et d'offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés concernés.

III. Les accords mentionnés au I comportent une clause fixant dans quelles conditions et selon quelle périodicité, qui ne peut excéder cinq ans, les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées. La procédure prévue au premier alinéa du II est

applicable à ce réexamen.

IV. Les accords mentionnés au I peuvent prévoir que certaines des prestations nécessitant la prise en compte d'éléments relatifs à la situation des salariés ou sans lien direct avec le contrat de travail les liant à leur employeur sont financées et gérées de façon mutualisée, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État, pour l'ensemble des entreprises entrant dans leur champ d'application ».

Les modalités de mise en œuvre du principe de prestations à caractère non directement contributif visé au IV de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale sont fixées à l'article R. 912-3 du Code de la sécurité sociale (D. no 2017-162, 9 févr. 2017, JO 11 févr.). Il s'applique « aux accords conclus ou renouvelés » à compter du 12 février 2017, date d'entrée en vigueur du décret. Le Conseil constitutionnel saisi sur la valeur constitutionnelle de ce dispositif ne l'a pas censuré, constatant que les dispositions contestées « n'imposent pas aux entreprises, lorsqu'elles sont couvertes par un accord professionnel ou interprofessionnel comportant une clause de recommandation, d'être assurées par l'organisme ou l'un des organismes assureurs recommandés ». Il juge donc « qu'en l'espèce, les dispositions de l'article 14 ne portent pas, en elles-mêmes, atteinte à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle » (Cons. const., no 2013-682 DC, 19 déc. 2013, considérant 44).

Parallèlement à l'adoption du dispositif juridique sur les clauses de recommandation et sans doute pour qu'il se rapproche du caractère contraignant des clauses de désignation, bien que censurées par le Conseil constitutionnel, le législateur avait adopté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 une mesure d'« incitation fiscale », voire de sanction, cela sous la forme d'une modulation du forfait social. Si l'entreprise couverte par un accord professionnel ou interprofessionnel ne choisissait pas l'organisme d'assurance recommandé par lesdits accords, alors le taux du forfait

social (voir no4350) qu'elle devait acquitter sur les contributions patronales passait de 8 à 20 % pour les entreprises d'au moins 10 salariés et de 0 à 8 % pour les entreprises de moins de 10 salariés. Cette disposition devait entrer en vigueur à compter du 1er janvier 2015, pour les sommes et les contributions versées à compter de cette même date, mais elle a été censurée par le Conseil constitutionnel parce que « l'incitation des entreprises à adhérer à ce mode de mutualisation par des mesures fiscales ne saurait, au regard de l'égalité devant les charges publiques, justifier une différence de traitement que dans une mesure réduite compte tenu de la limitation du champ de la solidarité ainsi défini » (Cons. const., no 2013-682 DC, 19 déc. 2013, considérant 50).

Le Conseil constitutionnel constate par ailleurs que les règles retenues auraient eu des conséquences très importantes pour les entreprises qui ne choisiraient pas l'organisme recommandé, et indique que le législateur pouvait assujettir les entreprises à des taux de forfait social différents, « mais uniquement dans une mesure très limitée » et que le niveau des différences de taux adoptées par le législateur constitue une rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques (Cons. const., no 2013-682 DC, 19 déc. 2013, considérant 55). Ce dispositif fiscal est donc devenu caduc et les clauses de recommandation sont dorénavant encadrées par les seuls articles L. 912-1, R. 912-1 et R. 912-2 du Code de la sécurité sociale.

Signalons que l'Autorité de la concurrence a rendu un avis sur la compatibilité des clauses de désignation avec les règles du droit de la concurrence (Aut. conc. avis, 29 mars 2013). Cet avis rappelle que les règles de droit national ou européen ne considèrent pas les clauses de désignation comme contraires aux règles de concurrence.

- **Choix de l'organisme assureur et négociation dans l'entreprise**

Le Conseil constitutionnel n'a pas censuré les dispositions de la loi relative à la sécurisation de l'emploi qui disposent que la négociation entre les partenaires sociaux porte obligatoirement sur

un certain nombre de thèmes dont celui du choix de l'assureur : « La négociation porte notamment sur : (...) Les modalités de choix de l'assureur. La négociation examine en particulier les conditions, notamment tarifaires, dans lesquelles les entreprises peuvent retenir le ou les organismes assureurs de leur choix, sans méconnaître les objectifs de couverture effective de l'ensemble des salariés des entreprises de la branche et d'accès universel à la santé » (L. no2013-504, 14 juin 2013, JO 16 juin, art. 1er-A 2o).

- **Rôle du comité social et économique**

Non seulement le comité d'entreprise devait, avant l'adoption des ordonnances Macron sur le dialogue social (Ord. no2017-1386, 22 sept. 2017, JO 23 sept.), être obligatoirement consulté et informé lors de la mise en place ou de la modification d'un régime de prévoyance complémentaire, mais en outre, dans certains cas, il pouvait même intervenir directement dans la gestion du régime, voire se substituer à l'employeur en qualité de contractant. Le comité d'entreprise ne peut cependant pas imposer l'adhésion des salariés au régime qu'il a institué (en ce sens, Cass. soc., 27 mars 1996, no 92-44.933, Bull. civ. V, no 123, Assur. fr. 1996, no 723, Cah. jurispr., no 57, p. V). Il a droit, en outre, à une information sur les comptes du contrat.

Depuis le 1er janvier 2018, date d'entrée en vigueur de l'ordonnance no 2017-1386 du 22 septembre 2017 (JO 23 sept.) relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise, le comité social et économique a remplacé et regroupé en son sein les trois instances d'information et de consultation qui existaient auparavant. Il devient l'instance unique de représentation du personnel.

Il « formule, à son initiative, et examine, à la demande de l'employeur, toute proposition de nature à améliorer (...) les conditions dans lesquelles ils (les salariés) bénéficient de garanties collectives complémentaires mentionnées à l'article L. 911-2 du Code de la sécurité sociale » (C. trav., art. L. 2312-12).

- **Information spécifique sur les exemples du régime de prévoyance complémentaire**

L'entreprise d'assurance doit communiquer à l'employeur un rapport sur les résultats du régime de prévoyance complémentaire, qu'il s'agisse de régime de frais de santé ou de prévoyance classique, conformément à l'article 15 de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989 (JO 2 janv. 1990). Selon l'article 4 du décret no 90-769 du 30 août 1990 (JO 1ersept.). Ce rapport doit être transmis à l'employeur dans les deux mois qui suivent l'approbation des comptes d'un exercice, et au plus tard le 31 août suivant la clôture de cet exercice.

Il doit mentionner :

- « le montant des cotisations ou primes, brutes de réassurance ;
- le montant des prestations payées, brutes de réassurance ;
- le montant des provisions techniques brutes de réassurance le 1er janvier et le 31 décembre de l'exercice considéré ;
- la quote-part :
 - * des produits financiers nets,
 - * des commissions,
 - * des autres charges,
 - * des participations aux résultats,
 - * du résultat de la réassurance ;
- le nombre de salariés garantis ».

À la suite de l'entrée en vigueur des troisièmes directives relatives à l'assurance, le législateur est venu compléter ce dispositif afin de prévoir la communication de quelques informations sur les provisions constituées par l'organisme assureur pour couvrir les engagements qu'il a pris vis-à-vis de l'entreprise et des assurés. L'article 18 de la directive no 92/96/CEE du Conseil du 10 novembre 1992 (JOCE 9 décembre, no L 360), prévoit en effet que l'organisme assureur doit fournir les bases et les méthodes utilisées pour l'évaluation des provisions constituées. Dans le cadre de l'adoption de la loi portant diverses dispositions d'ordre économique et financier (dite loi portant DDOEF : L. no 98-546, 2 juill. 1998, JO 3 juill.), l'article 15 de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989 (JO 2

janv. 1990), a donc été complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce rapport présente en termes clairs et précis la méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions constituées par l'organisme assureur et comporte la justification de leur caractère prudent » (L. no 98-546, précitée, art. 68). Concernant les régimes de frais de santé, plus particulièrement, l'Accord du 7 octobre 2015 relatif à la généralisation de la couverture frais de santé (art. 16), étendu par arrêté du 21 décembre 2015, a créé un dispositif particulier de suivi de ces régimes (création d'un comité paritaire de suivi de l'accord qui étudie, notamment, l'évolution du régime et est chargé d'instruire et d'arbitrer tout litige ou difficulté d'interprétation intervenant dans l'application du régime).

- **Gestion du régime**

Les pouvoirs du comité d'entreprise, avant l'adoption des ordonnances Macron sur le dialogue social, sur la gestion du régime de prévoyance variaient selon que l'on était en présence d'un régime à adhésion obligatoire ou à adhésion facultative.

Dans ce dernier cas, on devait en effet considérer qu'il s'agissait d'une activité sociale et culturelle dont le comité d'entreprise était en droit de demander la gestion par application de l'article L. 2323-83 (ancien) du Code du travail. L'article R. 2323-20 (ancien) dudit Code citait d'ailleurs, parmi les activités sociales et culturelles, les « institutions sociales de prévoyance et d'entraide telles que les institutions de retraites et les sociétés de secours mutuels ». Dès lors, si le comité d'entreprise existait au moment de la création du régime, il avait la faculté d'en revendiquer la gestion et pouvait même se substituer à l'employeur en qualité de contractant. Dans cette dernière hypothèse, rien n'empêchait toutefois que la gestion du régime continue à être assumée par l'entreprise.

Lorsque le régime était à adhésion obligatoire, il devait être considéré comme faisant partie intégrante du contrat de travail des salariés, y compris dans l'hypothèse où sa mise en place résultait d'une décision unilatérale de l'employeur. Ainsi le régime revêtait-il un caractère obligatoire pour l'employeur, exclusif de toute œuvre

sociale. En conséquence, le comité d'entreprise n'avait pas vocation à en revendiquer la gestion, mais l'employeur avait la faculté, s'il le souhaitait, de la lui déléguer.

Les prestations

- **Comprendre le mécanisme de santé complémentaire**

Les contrats de prévoyance complémentaire souscrits par les entreprises au profit de leurs salariés visent à garantir à ces derniers des prestations en cas de décès, d'incapacité de travail, d'invalidité, de maladie, d'accident du travail et de maternité. Ces prestations prennent la forme, soit de versements en numéraire (rentes ou capital), soit de remboursements de frais médicaux. Les prestations en numéraire sont qualifiées de prévoyance par le législateur et sont définies dans le « régime de prévoyance » applicable au sein d'une entreprise. Les remboursements de frais médicaux sont qualifiés de frais occasionnés par une maladie et sont définis dans le « régime de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ». L'un et l'autre sont mis en place dans une entreprise selon l'une des modalités mentionnées à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale. On parle aussi à propos de ces derniers de « couverture santé ». Ils peuvent également profiter aux salariés détachés dans un État membre de l'Union européenne ou dans un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui souhaitent continuer à cotiser aux régimes décès et invalidité applicables dans leur entreprise d'origine.

Jusqu'à l'intervention de la loi relative à la sécurisation de l'emploi (L. no 2013-504, 14 juin 2013, JO 16 juin), les branches professionnelles n'avaient pas d'obligation de négocier sur la couverture complémentaire santé ou prévoyance au niveau de la branche. Les articles L. 2241-1 et suivants du Code du travail, dans leur rédaction en vigueur avant la date d'entrée en vigueur de la loi précitée imposaient aux partenaires sociaux de négocier sur un certain nombre de thèmes mais pas celui-là. Dans la pratique cependant, un certain nombre d'accords de branches ont été signés pour imposer la mise en place de couverture santé dans les entreprises relevant des branches concernées. Dans les entreprises dont les salariés n'étaient pas couverts par un accord de branche

ou par un accord d'entreprise définissant les modalités d'un régime de prévoyance maladie concernant les remboursements de frais médicaux, l'employeur était seulement tenu d'engager chaque année une négociation sur ce thème, laquelle pouvait aboutir ou non.

Depuis le 1er janvier 2016, tous les salariés doivent pouvoir bénéficier d'une couverture complémentaire santé au sein de leur entreprise, soit par le biais d'une adhésion à un contrat collectif à adhésion obligatoire mis en place dans l'entreprise à laquelle appartient le salarié (CSS. art. L. 911-7, I), soit pour les salariés en contrats à durée déterminée (contrat de mission ou à temps partiel) par le biais d'un versement dit versement santé. Ce versement, fait par l'employeur, est égal à une somme représentative du financement résultant de l'application des articles L. 911-7 et L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, et que le salarié doit utiliser pour souscrire à titre individuel une couverture santé. Ce versement se substitue alors à l'obligation d'adhésion au contrat collectif souscrit par l'employeur (CSS, art. L. 911-7-1).

Quelle que soit la forme de la couverture santé, souscrite à titre individuel ou par l'adhésion à un contrat collectif, la couverture santé comprend un niveau minimal de garanties décrites à l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale, qui lui-même renvoie aux exigences de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale, applicable aux contrats responsables. *v. à cet égard no 3901*

En outre, l'employeur assure au minimum la moitié du financement de la couverture collective à adhésion obligatoire. La loi précitée a levé l'ambiguïté sur le dénominateur qui est dorénavant clairement indiqué comme étant l'ensemble de la couverture santé financée par l'employeur et pas seulement le minimum légal de cette couverture.

Cette généralisation de la couverture complémentaire santé pour les salariés a été rendue obligatoire par l'article 1er, I, de la loi précitée. « Avant le 1er juin 2013, les organisations liées par une convention de branche ou, à défaut, par des accords professionnels, engagent une négociation afin de permettre aux salariés qui ne bénéficient pas d'une couverture collective à

adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident dont chacune des catégories de garanties et la part de financement assurée par l'employeur sont au moins aussi favorables que pour la couverture minimale mentionnée au II de l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale, au niveau de leur branche ou de leur entreprise, d'accéder à une telle couverture avant le 1er janvier 2016 ».

La loi relative à la sécurisation de l'emploi (L. no 2013-504, 14 juin 2013, JO 16 juin) organise dans le temps les modalités de négociation au sein des branches et des entreprises pour parvenir à l'objectif de généralisation de la couverture santé au profit des salariés.

Pour les salariés qui bénéficient déjà d'une assurance maladie complémentaire de santé obligatoire au titre de leur affiliation au régime local d'Alsace Moselle, l'obligation pour leurs employeurs de souscrire une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de frais de santé a été reportée au 1er juillet 2016 (L. no 2016-41, 26 janv. 2016, JO 27 janv., art. 197), de modernisation de notre système de santé).

Les modes de règlement

- **Comment régler les cotisations employeur en prévoyance et santé ?**

Les différents modes de règlement à votre disposition sont :

- le prélèvement SEPA uniquement dans le cas de la déclaration des cotisations par DSN
- le paiement par virement (quel que soit le mode de déclaration des cotisations)
- le paiement par chèque (quel que soit le mode de déclaration des cotisations)

- **Prélèvement automatique**

La plupart du temps, l'assureur propose de mettre en place un prélèvement automatique. Cela évite à l'assuré d'oublier de payer sa cotisation, car le prélèvement intervient sans que votre client n'ait à faire quoi que ce soit.

Dans le cas du prélèvement automatique, l'assureur propose de choisir la date à laquelle votre client souhaite être prélevé, généralement entre le 05, le 10 et le 15 du mois. En fonction de la date où votre client percevra ses revenus, il pourra choisir la date du prélèvement afin d'être certain que celui-ci sera provisionné.

- **Virement ou chèque bancaire**

Certains assureurs ne proposent que le prélèvement automatique ou le paiement par chèque. La fréquence du paiement des cotisations choisie pourra également intervenir sur le mode de règlement.

L'assureur peut proposer de payer la 1^{ère} cotisation soit par chèque, puis les prélèvements automatiques débiteront le mois suivant, soit par prélèvement automatique. Dans ce dernier cas, la première cotisation est en général prélevée le mois suivant, avec la

seconde cotisation. Par exemple, si votre client règle sa cotisation par chèque, l'assureur ne proposera pas un paiement mensuel, car cela est trop contraignant pour lui et pour vous.

Si votre client choisit d'adhérer à un assureur en ligne, le premier règlement s'effectue généralement par virement (carte bancaire), dans un souci de rapidité pour le paiement de la première cotisation.

- **Changer de mode de règlement**

Votre client peut demander de changer le mode de règlement de la cotisation. Votre client enverra une lettre recommandée avec accusé de réception. Sous réserve de son acceptation, la modification interviendra à la prochaine échéance annuelle de son contrat.

Votre client recevra alors un nouvel échéancier, précisant les nouvelles modalités de règlement de la cotisation.

- **La fréquence des paiements de la mutuelle santé**

L'assureur peut proposer plusieurs fréquences de paiement :

- **annuel** : paiement une fois pour régler la cotisation de toute l'année ;
- **semestriel** : paiement tous les 6 mois ;
- **trimestriel** : paiement tous les 3 mois ;
- **mensuel** : paiement tous les mois

La fréquence des paiements aura une incidence sur la cotisation. Le fractionnement du paiement de la cotisation a un coût. Lorsque l'assureur fractionne la cotisation, il applique des frais de fractionnement. Plus la prime est fractionnée, plus les frais sont importants. Un paiement semestriel (2 paiements dans l'année) sera moins facturé qu'un paiement mensuel (12 paiements dans l'année).

La cotisation annuelle est donc la plus intéressante économiquement, car l'assureur n'impacte pas de frais de fractionnement de la prime.