

COUVERTURE SÉCURITÉ SOCIALE

ORGANISATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L'organisation de la Sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.

Elle garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. Elle couvre également les charges de maternité et les charges de famille.

Elle assure, pour toute autre personne et pour les membres de sa famille résidant sur le territoire français, la couverture des charges de maladie et de maternité ainsi que des charges de famille.

Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés et de leurs ayants droit à un régime obligatoire ou, à défaut, par leur rattachement au régime de l'assurance personnelle.

Elle assure le service des prestations d'assurances sociales, d'accidents du travail et maladies professionnelles, des allocations de vieillesse ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre des dispositions du code de la Sécurité sociale.

Article L. 111-1 du Code de la Sécurité sociale

Ainsi, le rôle de la Sécurité sociale est de protéger les individus des conséquences des risques sociaux.

L'organisation de la Sécurité sociale se caractérise par une grande diversité de structures et de multiples acteurs.

En effet, la Sécurité sociale est composée de plusieurs régimes :

- le régime général ;
- les régimes agricoles ;
- les régimes des indépendants ;
- les régimes spéciaux ;

Ces risques sociaux composent les quatre branches de la Sécurité sociale :

- la branche maladie (maladie, maternité, invalidité, décès) ;
- la branche famille (dont handicap et logement...) ;
- la branche accidents du travail et maladies professionnelles ;
- la branche retraite (vieillesse et veuvage).

ORGANIGRAMME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

INSTITUTIONS COMPÉTENTES

Régime général

- une caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des caisses régionales et des caisses primaires d'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- une caisse nationale des allocations familiales et des caisses d'allocations familiales ;
- une caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et, pour les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, une caisse régionale d'assurance vieillesse ;
- une agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS) ;
- des unions de recouvrement (URSSAF) ;
- une union des caisses nationales (UCANSS) ;
- des unions ou fédérations de caisses ;
- dans les départements d'Outre-Mer, des caisses générales de Sécurité sociale (CGSS).

Régime agricole

- des organismes de mutualité sociale agricole ;
- une caisse centrale de secours mutuels agricoles ;
- une caisse centrale d'allocations familiales mutuelles agricoles ;
- une caisse nationale d'assurance vieillesse mutuelle agricole.

Pour les régimes spéciaux à certaines branches d'activité ou certaines entreprises pour tout ou partie des prestations

- des services et organismes.

Pour les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés

- des caisses constituées pour l'application des régimes à chacun des groupes professionnels prévus par le Code de la Sécurité sociale et, notamment, l'article L. 621-3 (c'est-à-dire, l'organisation autonome d'assurance vieillesse pour chacune des professions : artisans, commerçants et industriels, professions libérales, exploitants agricoles).

Pour le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles

- une caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés ;
- des caisses mutuelles régionales d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés.

En effet, la Sécurité sociale est composée de plusieurs régimes :

■ **le régime général**



■ **les régimes agricoles**

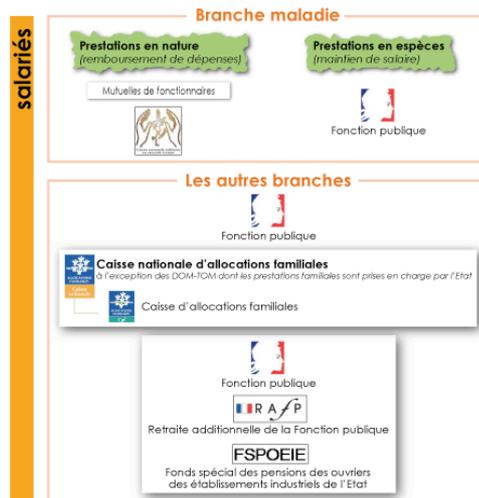


■ **les régimes des indépendants**



■ les régimes spéciaux

- Régime des fonctionnaires et des militaires de l'État



- Régime des collectivités locales



régime des français à l'étranger



régime des étudiants



Mutuelles étudiantes

régime spécifique des assemblées



Ces risques sociaux composent les quatre branches de la Sécurité sociale :

- la branche maladie (maladie, maternité, invalidité, décès) ;
- la branche famille (dont handicap et logement...) ;
- la branche accidents du travail et maladies professionnelles ;
- la branche retraite (vieillesse et veuvage).

COMITÉ DE COORDINATION

Un comité étudie les mesures propres à assurer la coordination de l'ensemble des dispositions relatives à la Sécurité sociale et à leur application. L'organisation et les attributions de ce comité sont fixées par décret en Conseil d'État.

Le comité de coordination est composé du ministre chargé de l'emploi et de la solidarité, du ministre chargé de l'agriculture, du ministre chargé de l'industrie, du ministre chargé des Transports, du ministre chargé du Budget et du ministre chargé de la Santé ou de leurs représentants.

Lorsque d'autres ministres sont intéressés par les questions inscrites à l'ordre du jour du comité, ils sont appelés à participer en tant que de besoin aux réunions de celui-ci.

Le directeur de la Sécurité sociale est chargé du secrétariat du comité.

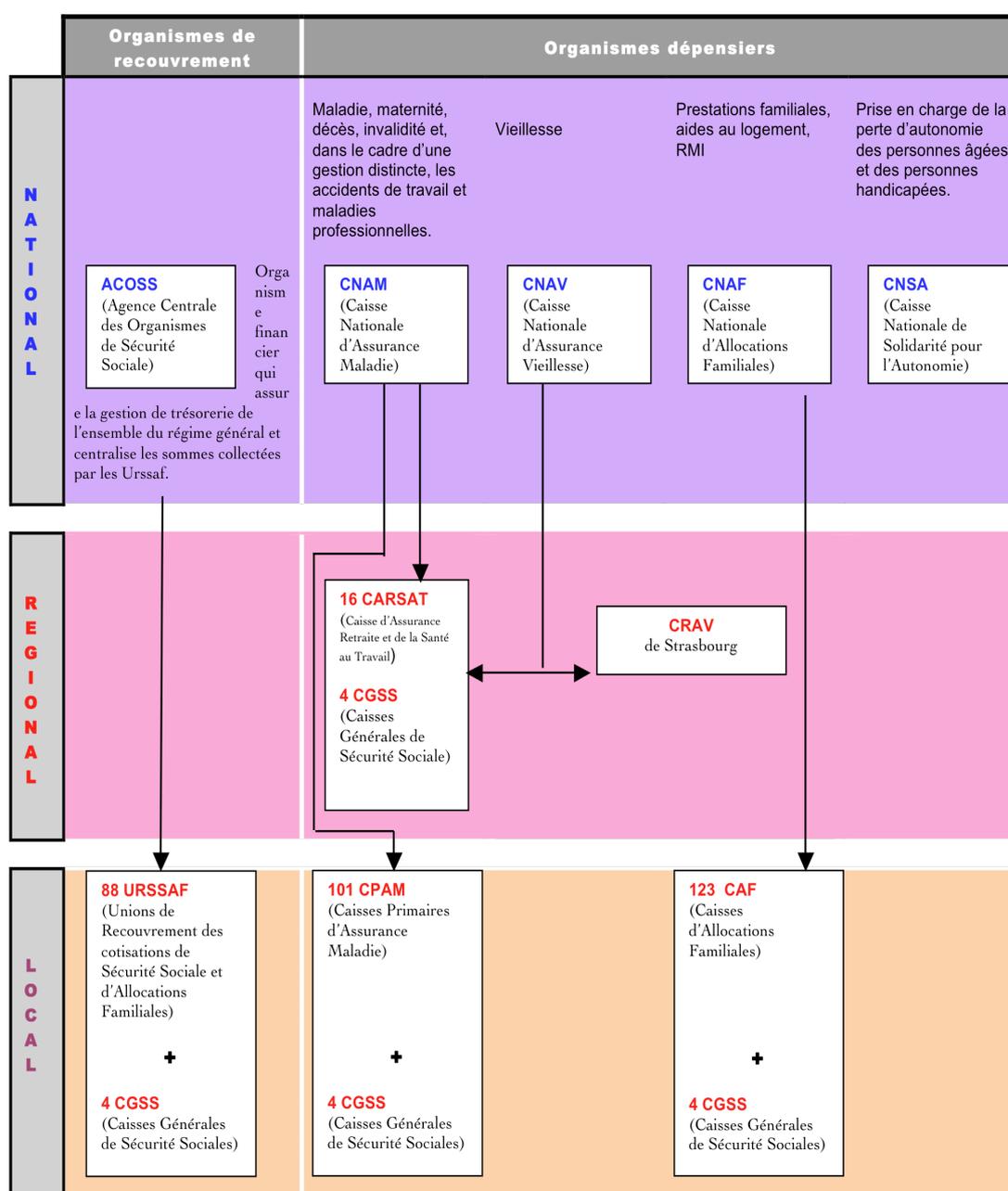
Les dispositions propres à un régime de Sécurité sociale, lorsqu'elles mettent en cause directement ou indirectement un ou plusieurs autres régimes, sont obligatoirement soumises à l'examen du comité.

Article R. 114-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale

ORGANISATION DE GESTION

Le régime général de la Sécurité sociale est organisé en caisses nationales autonomes assumant d'une part le service de prestations (ce sont les organismes dépensiers) et d'autre part, la collecte des ressources (ce sont les organismes de recouvrement). Les caisses assurent un rôle d'assurance mais également de direction sanitaire et sociale.

ORGANISATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

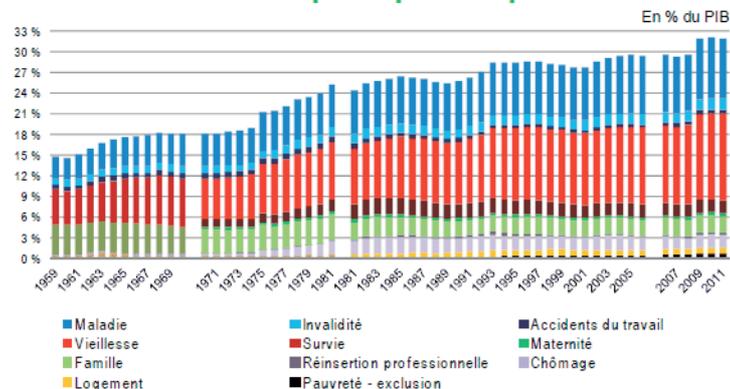


Une ordonnance de 1967 instaure la séparation de la Sécurité Sociale en 3 branches autonomes.

Pour compléter ce schéma, il faut rajouter :

- **UCANSS** (Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale) : organisme qui gère les questions d'intérêt commun relatives notamment aux personnels des différents organismes (convention collective, négociations salariales, formation, etc.).
- **URCAM** (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) : depuis 1996, chaque région comprend une URCAM, qui associe les trois grands régimes obligatoires de Sécurité Sociale : régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes. Leur objectif est de dynamiser et de rationaliser la gestion du risque ambulatoire (médecin de ville) au niveau régional.

Évolution de la structure par risque de la protection sociale



Note • Les ruptures de séries ont été mises en évidence, car elles affectent les délimitations entre les risques.
Sources • DREES - CPS, bases 1970 (1959-1970 et 1970-1981), 2000 (1981-2006) et 2005 (2006-2011).

En France, 2011 constitue une deuxième année de croissance modérée (+ 2,0 %) avant la stagnation du produit intérieur brut en 2012, dans un contexte de récession de l'Union européenne. La protection sociale semble moins bien jouer son rôle d'amortisseur économique en Europe, en raison de la durabilité de la crise et de la réduction des dépenses sociales de certains pays pour équilibrer leur budget. C'est surtout le cas en Grèce, en Italie, en Espagne et aux Pays-Bas. En France, il n'y a pas d'affaiblissement marqué de ce rôle, même si l'on constate, depuis 2010, un infléchissement de la croissance des dépenses de protection sociale.

Les Français, bien que toujours demandeurs d'une protection sociale de haut niveau, sont de plus en plus préoccupés par la question de la dette.

L'affaiblissement, sensible en 2010, de la dynamique des dépenses de protection sociale se confirme en 2011, dernière année disponible des comptes de la protection sociale.

L'année 2011 apparaît comme une année de meilleure maîtrise des comptes sociaux. Les prestations restent, en effet, sur un rythme de croissance modéré (+ 3,0 %). Parallèlement, les recettes retrouvent une croissance plus rapide que les dépenses (+ 4,5 %). Au total, ces évolutions conduisent à une nette amélioration du solde de la protection sociale.

Après deux années de croissance faible la crise s'accroît en 2012

En France, l'année 2012 marque une rechute dans la crise, avec un produit intérieur brut (PIB) en stagnation, après deux années de croissance modérée (+ 2,0 % en 2011 et + 1,7 % en 2010).

Le marché du travail continue à se dégrader ; le nombre de demandeurs d'emploi des catégories A B et C, en France métropolitaine, poursuit sa hausse entamée à la mi-2008 ; il s'accroît de 218 000 en 2011, et plus fortement encore en 2012 (+ 375 000).

Malgré ce contexte difficile, le déficit public diminue fortement en 2011 et plus légèrement en 2012.

Le déficit de l'ensemble des administrations publiques s'établit à 98,8 milliards d'euros en 2012 (après 105,9 milliards d'euros en 2011 et 137,3 milliards en 2010). En particulier, le déficit des administrations de Sécurité sociale se réduit de plus d'un tiers : il passe de 23,3 milliards d'euros en 2010 à 14,0 milliards d'euros en 2011 et s'élève à 13,1 milliards d'euros en 2012.

Les attentes des Français en matière de protection sociale se modifient

Dans un tel contexte, près de trois Français sur quatre ont le sentiment, selon le Baromètre d'opinion de la DREES, que la société est plutôt injuste, même si cette proportion a légèrement baissé par rapport à 2010 et 2011. Les Français continuent ainsi à juger très important le rôle joué par la protection sociale, et un Français sur deux pense qu'il n'y a pas assez d'interventions de l'État en matière économique et sociale.

Ils sont néanmoins préoccupés par le financement de la protection sociale. L'opinion selon laquelle ce financement alourdirait la dette et serait un frein pour sortir de la crise est, en effet, en hausse de six points depuis trois ans. Les Français sont également plus sensibles que par le passé à la charge que représentent les cotisations sociales pour les employeurs. Si, en octobre novembre 2011, 43 % d'entre eux souhaitaient que les entreprises cotisent davantage pour la protection sociale, ils ne sont plus que 33 % à la même période en 2012. Toutefois si une majorité des Français jugent que le financement de la protection sociale alourdit la dette, seuls 30 % d'entre eux accepteraient une baisse de leurs prestations pour limiter leurs cotisations, et ce, quelle que soit la branche concernée (maladie, retraites, famille, chômage). Une proportion légèrement supérieure, autour de 45 %, serait prête à cotiser davantage pour la retraite et l'assurance maladie, dans l'objectif de maintenir le niveau des prestations, et cet avis est en hausse de dix points depuis 2008.

En 2011, les recettes de la protection sociale retrouvent une forte croissance...

En 2011, la croissance des ressources redevient supérieure à celle des emplois, comme ce fut le cas lors des deux années précédant la crise en 2007 et 2008. Le solde de la protection sociale¹ s'est ainsi amélioré de manière significative (- 11,4 milliards d'euros en 2011, soit - 0,6 point de PIB, contre - 20,8 milliards d'euros en 2010).

Les recettes s'établissent à 661,5 milliards d'euros et retrouvent une croissance forte (+ 4,5 %) après deux années moroses en lien avec le contexte économique. En effet, le rebond de leur croissance tient à une nette augmentation des assiettes, mais aussi des prélèvements : modification du calcul des exonérations de cotisations sociales, relèvement du taux de cotisation « accidents du travail », augmentation des prélèvements sur le capital. Les cotisations employeurs augmentent de + 4,7 % et les cotisations sociales effectives de 3,6 %. Les contributions publiques augmentent de 2,6 %, tandis que le rythme de progression des impôts et taxes affectées s'élève à + 8,1 % (tableau 1).

Après une baisse de 0,3 point de PIB en 2010, la part des ressources de la protection sociale dans le PIB augmente ainsi de 0,4 point de PIB pour s'établir à 33,1 % du PIB.

...tandis que les dépenses croissent à un rythme ralenti pour la deuxième année consécutive

La croissance des dépenses de protection sociale est maîtrisée (+ 2,9 %) et reste faible pour la deuxième année consécutive. Ces dépenses s'élèvent en 2011 à 672,9 milliards d'euros.

Les prestations de protection sociale, qui constituent la majeure partie des dépenses de protection sociale (95 %), représentent 638,8 milliards d'euros en 2011. La croissance de ces prestations reste mesurée (+ 3,0 %).

Les prestations d'invalidité, de pauvreté – exclusion sociale, de vieillesse et de logement croissent à un rythme plus soutenu que l'ensemble (tableau 2). Les prestations de survie, de maladie et de famille connaissent des évolutions modérées. Les prestations d'accidents du travail et maladies professionnelles stagnent, tandis que celles relatives aux risques emploi et maternité sont en baisse (respectivement - 1,0 % et - 2,1 %). Le risque emploi connaît des évolutions heurtées en lien avec les retournements conjoncturels (décroissance en 2007 et 2008, croissance de + 12,8 % en 2009 qui reste soutenue en 2010).

En revanche, les prestations afférentes à la maternité connaissent leur première baisse depuis 1981 (hormis une quasi-stagnation en 1997), imputable au léger recul du nombre de naissances et à la diminution des soins de santé.

La croissance des dépenses afférentes à la maladie ralentit depuis 2005, tandis que les dépenses d'invalidité s'accroissent

En 2011, les dépenses afférentes à la maladie, principale composante du risque santé, s'élèvent à 174,0 milliards d'euros, soit 8,7 % du PIB. Un accroissement des rendements de la maîtrise médicalisée, l'évolution modérée des dépenses hospitalières et un contexte épidémique favorable contribuent en 2011 à la faible progression de la dépense du risque maladie (+ 2,1 %).

Sur longue période, les dépenses de santé augmentent plus rapidement que le PIB. Cette augmentation tendancielle des dépenses de santé laisse néanmoins apparaître des périodes de stabilisation, notamment à la suite de la mise en œuvre de différents plans de réforme qui se sont succédé entre 1984 et 1992. Par la suite, la mise en place, en 1996, de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a contribué jusqu'en 2000 à une stabilisation de la part des dépenses de santé dans le PIB, puis un redémarrage important des dépenses est intervenu et s'est prolongé jusqu'en 2004. Depuis 2005, leur progression est modérée compte tenu de la meilleure maîtrise de la dépense engagée, à la suite notamment de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, au renforcement du pilotage de l'ONDAM, et aux mesures d'économies prises chaque année dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS).

En revanche, les dépenses liées à l'invalidité ont augmenté à un rythme soutenu depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et le plan de revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) entamé en 2008. L'ensemble des prestations relatives à ce risque augmente ainsi de 4,4 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2011. En 2011, la forte croissance des prestations de ce risque est pour partie liée à l'importante croissance des dépenses d'allocations (+ 8,9 % au titre de l'AAH, et + 8,8 % pour l'ensemble de la prestation de compensation du handicap [PCH] et de l'allocation compensatrice pour tierce personne [ACTP]).

Enfin, les dépenses afférentes au sous-risque accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) restent sur une croissance faible (+ 0,3 % en 2011). Cette faible évolution est notamment à rapprocher de la baisse continue du nombre d'accidents du travail en lien avec la réduction de la part des secteurs industriels au sein desquels le risque d'accident est plus élevé.

Une croissance des dépenses du risque vieillesse-survie soutenue malgré une moindre hausse du nombre de retraités

En 2011, le montant des prestations du risque vieillesse-survie s'élève à 290,1 milliards d'euros, soit 14,5 % du PIB. Le risque vieillesse-survie est le plus important en masse, ses prestations représentant, en effet, 45 % de l'ensemble des prestations de protection sociale.

Le sous-risque vieillesse (252 milliards d'euros) correspond aux prestations versées au titre des droits propres des bénéficiaires. Les pensions de retraite directes représentent 95 % de ce montant global. Leur évolution est déterminée, d'une part, par celle du nombre de retraités, et, d'autre part, par celle de la pension moyenne.

À long terme, le nombre de retraités augmente tendanciellement avec le vieillissement de la population, lié notamment à l'allongement de l'espérance de vie aux âges élevés.

La pension moyenne contributive, elle aussi, positivement à la croissance des dépenses de retraite de droit direct en raison de l'effet de noria : en effet, les entrants perçoivent en moyenne des pensions plus élevées que les sortants.

À court terme, le recul de l'âge de la retraite contribue au ralentissement de la croissance des effectifs, le nombre de nouveaux pensionnés de droit direct a même régulièrement diminué depuis 2009. Toutefois, l'évolution des dépenses de retraite de droit direct est plus forte en 2011 qu'en 2010 (4,5 % contre 3,7 %).

Cette progression est notamment due à une revalorisation des pensions⁵ nettement plus élevée en 2011 qu'en 2010 (+ 2,1 % au 1^{er} avril 2011 après + 0,9 % au 1^{er} avril 2010).

Le sous-risque survie (38,1 milliards d'euros) englobe principalement les pensions versées au titre de droits dérivés. Il comprend également des compensations de charges principalement gérées par les régimes mutualistes (capitaux décès).

En 2011, le recul du nombre de naissances contribue à la baisse des prestations maternité, tandis que les prestations famille augmentent sensiblement

Les prestations maternité-famille représentent 56,2 milliards d'euros en 2011. Ce montant ne comprend que les prestations, à l'exclusion des aides aux familles sous d'autres formes (quotient familial par exemple), aides qui peuvent recouvrir des montants importants.

Les dépenses du sous-risque maternité représentent 7,7 milliards d'euros, elles se composent essentiellement d'indemnités journalières (congés maternité et paternité), de soins de santé et de la prime de naissance.

La dépense totale relative à la maternité est en baisse de 2,1 %, en 2011, principalement du fait de moindres charges de soins de santé (- 4,3 % par rapport à 2010). Cette baisse s'explique notamment par la diminution du nombre de naissances vivantes (- 1,1 % en 2011 après + 1,0 % en 2010).

Les dépenses du sous-risque famille, qui s'élèvent à 48,5 milliards, comprennent principalement les allocations familiales et les autres prestations familiales, mais également l'action sociale en faveur des familles (notamment l'aide sociale à l'enfance) et les crèches municipales. Ces dépenses du sous-risque famille sont en hausse de 1,7 % (après + 0,2 % en 2010), en raison d'une revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (indexée sur l'inflation) plus importante (+ 1,5 % après une revalorisation nulle en 2010). Les prestations liées à la garde d'enfants, qui représentent 29 % des prestations au titre de la famille, connaissent des dynamiques différentes selon le mode de garde. Le montant des aides à l'emploi d'une assistante maternelle augmente de 6,3 %, le nombre de bénéficiaires progressant de + 3,3 %. Les prestations liées aux crèches municipales augmentent également significativement.

En revanche, les prestations encourageant la garde parentale des jeunes enfants (complément de libre choix d'activité et complément optionnel de libre choix d'activité) sont en baisse de 2,9 %, en lien avec la baisse de 3,0 % du nombre de bénéficiaires.

Une moindre augmentation du nombre de chômeurs indemnisés

Les prestations liées à l'emploi représentent 42,1 milliards d'euros en 2011, soit 2,1 % du PIB. Ces dépenses sont en baisse de 1,0 % en 2011. Les prestations du sous risque chômage diminuent de 1,6 %. La principale allocation chômage, l'aide au retour à l'emploi (ARE) ne progresse que faiblement (+ 0,7 % en 2011). Cela tient notamment à la moindre hausse en 2011 du nombre de chômeurs indemnisés par l'assurance chômage (+ 0,1 % en moyenne annuelle), dans un contexte de moindre dégradation du marché du travail relativement

à 2010 (avec un taux de chômage au sens du BIT de 9,6 % contre 9,7 % en 2010). Les autres allocations du régime d'assurance chômage connaissent des baisses significatives en raison du durcissement de certains dispositifs. Lefonds de solidarité indemnise sous certaines conditions, de ressources notamment, les demandeurs d'emploi n'ayant pas ou plus de droits à l'assurance chômage. Les prestations qu'il verse diminuent en 2011, en lien notamment avec la baisse du nombre des bénéficiaires de l'allocation équivalent retraite (AER) à la suite de la fermeture de ce dispositif qui a été partiellement remplacé par l'allocation transitoire de solidarité (ATS). La fermeture, en juillet 2011, de ce dispositif constitue le pendant du durcissement des conditions d'accès aux dispositifs de préretraites publiques depuis 2003. Les montants versés au titre des préretraites sont donc également en baisse en 2011 (- 2,7 %). En revanche, la dépense au titre de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) continue de croître (+ 3,2 % en 2011). Enfin, la disparition du Fonds d'investissement social (FISO), créé en 2009 pour une durée de deux ans, contribue significativement à la baisse des prestations du sous-risque chômage. Ce fonds avait pour objet de coordonner les efforts en faveur de l'emploi et de la formation professionnelle accomplis par l'État et les partenaires sociaux dans la lutte contre la crise.

Les prestations logement progressent à un rythme élevé

Les prestations du risque logement s'élèvent en 2011 à 16,8 milliards, soit 0,8 % du PIB. Ces aides progressent à un rythme significativement plus élevé qu'au cours de l'année précédente (+ 3,3 % après + 1,1 % en 2010). Cette évolution tient à la combinaison de plusieurs facteurs dont les contributions jouent en sens inverse sur la progression globale :

- la faible augmentation des revenus 2009 servant de base au calcul des prestations versées en 2011 s'est traduite par une augmentation du nombre de bénéficiaires (+ 1,4 % au total après - 0,6 % en 2010) ;
- la revalorisation plus importante en 2011 des loyers plafonds (+ 1,1 % après + 0,3 % en 2010) contribue à la hausse des montants versés ;

■ à l'inverse, la dépense de 2011 est minorée par la suppression, à compter du 1er janvier 2011, de la rétroactivité – de trois mois, au plus – du versement de l'aide. L'allocation prend désormais effet au dépôt de la demande.

La croissance des dépenses de pauvreté–exclusion sociale reste soutenue malgré un léger ralentissement

Les prestations du risque pauvreté – exclusion sociale s'élèvent en 2011 à 15,5 milliards d'euros. Elles augmentent de 4,5 % en 2011 après + 5,6 % en 2010. Ces fortes augmentations traduisant à la fois la dégradation du climat économique et la montée en charge du revenu de solidarité active (RSA).

Le coût du RSA socle est en hausse de 16,7 % en lien avec l'élargissement de ce dispositif aux DOM. La progression du nombre d'allocataires du RSA socle s'élève à + 2,2 % (après + 3,3 % en 2010) en France métropolitaine, contre + 16,4 % en France.

Sur longue période, le rythme de croissance de ce risque est le plus dynamique, traduisant l'augmentation des politiques publiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale au cours des dernières décennies.

Tableau 1 : Évolution des emplois et des ressources hors transferts de la protection sociale

évolutions en moyenne annuelle et en %, montants en millions d'euros

	2000/ 1981	2006/ 2000	2007/ 2006	2008/ 2007	2009/ 2008	2010/ 2009	2010
Emplois (hors transferts *)	6,4	4,8	3,9	3,6	4,8	3,2	654239
Prestations de protection sociale	6,4	4,8	3,9	3,7	4,8	3,2	620777
Prestations sociales (versées aux ménages)	6,4	4,6	4,0	3,7	5,2	3,3	534515
- en espèces		4,4	4,1	3,6	5,5	3,3	392373
- en nature		5,1	4,0	4,1	4,6	3,3	142142
Prestations de services sociaux	6,5	6,1	3,4	3,5	2,4	2,6	86262
Autres emplois (frais de gestion, frais financiers...)	6,0	4,6	2,6	2,1	4,7	2,5	33460
Ressources (hors transferts *)	6,4	4,5	4,4	4,0	0,5	1,8	633126
Cotisations effectives	5,5	4,6	3,4	2,6	0,8	2,0	354278
Cotisations d'employeurs	5,5	4,1	3,6	2,8	0,3	2,0	222359
Cotisations de salariés	5,7	5,3	3,3	1,5	0,8	1,9	104179
Cotisations de travailleurs indépendants	5,2	5,7	2,8	8,5	2,5	2,9	24605
Autres cotisations effectives	1,2	17,1	4,0	-14,3	27,6	4,8	3135
Cotisations imputées	5,3	1,9	5,2	4,2	3,4	3,3	50018
Impôts et taxes affectés	18,9	6,0	6,1	7,5	0,0	1,7	150214
Contributions publiques	4,9	2,0	4,8	3,3	5,7	1,2	65202
Autres recettes (produits financiers, subventions...)	3,1	7,8	5,2	5,7	-23,9	-6,5	13413
Solde							-21113
Transferts, pour information *							137457

*Les transferts sont les flux internes entre les différents régimes de protection sociale

Sources DRESS-CPS, base 2000 pour les deux premières colonnes, base 2005 pour les suivantes

Tableau 2 : Évolution des prestations de protection sociale

évolutions en %, montants en millions d'euros

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010
Maladie	5,5	6,9	6,2	6,5	4,4	3,4	3,3	3,4	3,9	2,9	170 749
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	5,0	6,7	6,5	6,6	3,8	3,0	3,4	3,5	3,8	2,8	145 540
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	6,4	-3,2	4,4	17,0	6,2	14,5	-0,1	-4,7	7,7	0,9	2 095
Invalidité et accidents du travail	4,9	8,4	3,1	4,3	5,3	4,3	4,1	2,5	2,8	3,7	42 312
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	4,6	8,6	5,1	4,3	5,0	3,0	4,9	1,1	-0,2	1,5	17 881
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	3,2	5,3	2,5	3,6	4,8	4,3	2,1	5,5	5,6	6,2	9 909
Veillesse-survie	4,2	4,9	4,2	5,3	4,9	6,2	5,6	5,0	4,2	3,5	278 543
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	4,0	3,6	3,7	4,9	4,8	5,6	6,0	5,2	4,5	3,6	262 275
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	8,0	45,4	16,9	14,6	3,7	6,2	3,2	5,0	3,0	2,6	9 882
Famille-maternité	2,4	3,3	2,7	5,0	4,3	4,8	3,1	2,1	3,1	1,1	55 545
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	3,5	3,3	1,4	3,9	4,7	4,8	2,8	2,0	3,3	1,9	38 324
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	-2,1	2,6	9,8	11,6	2,3	8,3	4,3	2,4	2,6	-6,4	7 901
Emploi	2,9	12,4	10,2	2,8	-1,4	-5,6	-2,1	-0,8	12,8	5,0	42 550
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	6,0	16,6	14,6	2,3	-3,2	-7,7	-5,7	-1,1	26,8	7,4	30 759
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	-7,6	4,5	-1,1	2,1	-5,0	5,3	4,6	-4,6	-22,3	-13,2	4 214
Logement	1,7	4,9	-0,4	3,7	-0,5	0,4	2,1	7,2	2,5	1,1	16 248
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	7,3	6,0	1,2	5,8	2,1	3,3	1,4	6,9	3,6	1,0	4 451
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	-0,1	4,5	-0,9	3,0	-1,4	-0,7	2,4	7,3	2,1	1,2	11 790
Pauvreté -exclusion sociale	1,2	6,6	5,5	8,4	7,3	3,7	3,8	0,8	26,0	5,6	14 830
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	-0,2	6,8	9,6	6,6	7,0	3,1	3,0	-0,4	29,9	5,4	12 141
TOTAL DES PRESTATIONS SOCIALES	4,2	6,1	4,9	5,4	4,1	4,1	3,9	3,7	4,8	3,2	620 777
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	4,4	5,5	5,1	5,1	3,9	3,8	4,2	4,0	5,1	3,4	499 266
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	0,3	9,0	5,6	7,4	2,2	4,8	3,0	2,7	4,8	0,7	57 931

Sources DRESS-CPS

Conformément à cette définition, la protection sociale recouvre non seulement les régimes obligatoires tels que le régime général de la Sécurité sociale, les institutions chargées de l'indemnisation du chômage ou les régimes de retraite complémentaires, mais aussi les assurances collectives telles que les contrats gérés par les institutions de retraite supplémentaire ou de prévoyance, alors que les assurances individuelles en sont exclues. Les prestations versées par les mutuelles régies par le Code de la mutualité, à adhésion individuelle, entrent également dans le champ de la protection sociale car leur tarification est essentiellement indépendante des caractéristiques individuelles des assurés.

Les prestations de protection sociale regroupent les prestations sociales et les prestations de services sociaux bénéficiant aux ménages. Les prestations sociales constituent des transferts effectifs attribués personnellement à des ménages sans contrepartie équivalente ou simultanée. Les prestations de services sociaux retracent l'accès à des services, en relation avec un risque de la protection sociale, fournis à prix réduit ou gratuitement par une administration (le plus souvent un hôpital public).

Le financement de la protection sociale est principalement assuré par deux grandes catégories de ressources: les cotisations sociales et le financement public (constitué des impôts et taxes affectés et des contributions publiques). Les transferts sont des mouvements internes, entre régimes, et n'ont pas d'incidence sur le financement de l'ensemble du champ de la protection sociale.

Le taux de pression sociale est défini comme la part, dans le PIB, de la somme des cotisations sociales, effectives comme imputées, et des impôts et taxes affectés à la protection sociale. Un agrégat plus restreint est constitué du taux de prélèvements obligatoires sociaux, qui rapporte au PIB la somme des cotisations sociales effectives reçues par les administrations publiques et des impôts et taxes affectés à la protection sociale (déduction faite des impôts et cotisations non recouvrables).

Les régimes d'assurances sociales versent les quatre cinquièmes des prestations

Les comptes de la protection sociale permettent une décomposition des prestations selon une nomenclature de régimes qui est cohérente avec les concepts des comptes. Avec 80,7 % du montant total des prestations de protection sociale versées en 2009, les régimes d'assurance sociale ont un rôle prépondérant. Ils interviennent pour tous les risques de la protection sociale, à l'exception de l'exclusion sociale.

En 2009, les régimes d'assurances sociales subissent fortement les effets de la crise.

À lui seul, le régime général de la Sécurité sociale a servi 266,3 milliards d'euros de prestations en 2009, soit 44,6 % de l'ensemble des prestations versées.

L'UNEDIC, chargée de l'indemnisation du chômage, a versé 25,7 milliards de prestations. Son solde, tout en restant excédentaire, se dégrade de 2,7 milliards.

Les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics (État et collectivités locales) assurent 11 % des dépenses de prestations de protection sociale en 2009, contre 10,8 % en 2008 (proportion en légère hausse, notamment suite à la mise en place du Revenu de Solidarité Active). Les prestations de solidarité constituent l'essentiel de leur champ d'intervention : couverture maladie universelle complémentaire, allocation aux adultes handicapés, garantie de ressources et allocation compensatrice pour les personnes handicapées, allocation personnalisée d'autonomie, allocations de chômage au titre du régime de solidarité, revenu minimum d'insertion, allocations de logement (APL et ALS), aide sociale à l'enfance...

Les régimes non obligatoires de la mutualité et de la prévoyance versent quant à eux 4,7 % de l'ensemble des prestations. Ils partagent essentiellement leur intervention entre les risques santé (77,7 %, principalement sous la forme de prises en charge totales ou partielles des tickets modérateurs, dépassements et forfaits journaliers) et vieillesse-survie (23,3 %, sous la forme de retraites sur-complémentaires ou d'autres prestations versées dans le cadre de contrats collectifs entre employeurs et salariés).

Enfin, les prestations de protection sociale des régimes d'employeurs (prestations extralégales) et les régimes d'intervention sociale des ISBLSM (institut sans but lucratif au service des ménages), qui pour les premiers versent les prestations extralégales tels les suppléments familiaux de traitement, les compléments d'indemnités journalières et d'indemnités de licenciement ou, encore, pour les seconds fournissent à titre gratuit ou quasi gratuit des services aux personnes handicapées ou en difficulté sociale représentent seulement 4 % de l'ensemble.

Études DREES n° 755 - Les comptes de la protection sociale en 2009 - février 2011

PLANS DE FINANCEMENT SUCCESSIFS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

■ 1981 : Plan Questiaux

- début du déplafonnement des cotisations maladie.

■ 1982-1983 : Plans Bérégovoy

- Extension du forfait hospitalier.
- Augmentation des taxes sur le tabac et l'alcool.
- Introduction du budget global pour les hôpitaux.

■ 1983 : Plan Delors

- Prélèvement exceptionnel de 1 % sur les revenus mobiliers et immobiliers.

■ 1985 : Plan Dufoix

- Réduction du remboursement de 379 produits pharmaceutiques.

■ 1986-1987 : Plan Seguin

- Suppression du remboursement des médicaments dits «de confort».
- Suppression de la prise en charge à 100 % pour les soins ne se rapportant pas directement à une longue maladie.
- Hausse de 0,4 point de la cotisation d'assurance maladie.
- Prélèvement de 1 % sur les revenus du capital.

■ 1989-1990 : Plan Évin

- Déremboursement des anti-asthéniques.
- Augmentation de la taxe sur la publicité pharmaceutique.
- Accords visant à plafonner les dépenses avec les biologistes et les radiologues.

■ 1991 : Plan Bianco

- Hausse de 0,9 point de la cotisation d'assurance maladie.
- Accords de limitation des dépenses avec les infirmières et les cliniques.

■ 1993 : Plan Veil

- Augmentation du forfait hospitalier à 55 F.
- Baisse de 5 % des taux de remboursement maladie.
- Hausse de 1,3 points de la CSG.

■ 1996 : Plan Juppé

- Loi d'habilitation autorisant le Gouvernement à réformer la protection sociale :
 - Création de la CRDS (Contribution pour le Remboursement de la Dette sociale) de janvier 1996 à janvier 2009 ;
 - instauration d'une taxe de 6 % sur les cotisations patronales pour le financement des prestations complémentaires de prévoyance ;
 - augmentation du forfait hospitalier à 70 F ;
 - élargissement de l'assiette de la CSG et augmentation de son taux ;
 - baisse de la cotisation maladie (1,3 points).

■ 1998 : Plan Aubry

- Transfert de la cotisation maladie (- 4,75 points) vers la CSG (+ 4,1 points).
- Mise sous conditions de ressources des prestations familiales.
- Augmentation de 2 points de la taxe sur les cotisations patronales de prévoyance complémentaire.
- Réduction de l'AGED.

■ 2004 : Réforme Fillon

Réorganisation du système de soins et mesures générales d'économie en trois volets :

- Un volet destiné à rationaliser et améliorer la cohérence de l'offre de soins qui représentera 9,8 milliards d'euros d'économie par :
 - le déploiement de l'ensemble des outils de la maîtrise médicalisée, notamment le dossier médical personnel, la coordination des soins autour du médecin traitant, le respect des référentiels de bonne pratique (3,5 milliards d'euros) ;
 - le développement du médicament générique et le déploiement progressif de tarifs forfaitaires (2,3 milliards d'euros) ;
 - la modernisation de la gestion hospitalière, notamment de la politique d'achat à l'hôpital (1,6 milliard d'euros) ;
 - le renforcement du contrôle des arrêts de travail (800 millions d'euros) ;
 - la reprise de la dette par la CADES (1,1 milliard d'euros sur la charge d'intérêts en 2007) ;
 - l'instauration d'un ensemble de mesures permettant de dégager une économie de 0,5 milliard d'euros (gains de productivité à la CNAMTS, développement du recours contre tiers).
- Un volet reposant sur la participation des usagers (1 milliard d'euros) par :
 - le versement d'une participation d'un euro, par consultation, pour responsabiliser les usagers ;
 - la revalorisation du forfait journalier hospitalier d'un euro par an pendant 3 ans.
- Un volet instaurant des recettes nouvelles (4,2 milliards d'euros) par :
 - des mesures adaptées et équitables sur la CSG (2,3 milliards d'euros) ;
 - la participation des entreprises avec une hausse de la contribution sociale de solidarité des sociétés-C3S- (0,9 milliard d'euros) ;
 - la participation de l'État qui reversera une partie des droits du tabac au titre des "charges indues" à l'Assurance maladie (1 milliard d'euros).

RÉFORME DE 2005 DANS LE PROLONGEMENT DE LA LOLF

L'adoption de la Loi organique relative aux lois de finances en 2001 a conduit à un changement des mentalités dans la conduite des politiques budgétaires de l'État. Ainsi, une nouvelle loi organique a vu le jour : la *loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale (LOLFSS)*, promulguée le 2 août 2005.

Ce texte introduit une démarche « objectifs - résultats », dans le prolongement de celle de la LOLF, pour les comptes de la sécurité sociale. Cette réforme doit donner également plus de visibilité et de transparence aux lois de financement en permettant un vrai débat sur l'équilibre de chacune des branches de la sécurité sociale.

PROJET DE LOI DE FINANCE SS 2014

Réforme des retraites, mesures relatives à la politique familiale et stratégie nationale de santé

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 marque une nouvelle étape du redressement des comptes sociaux. Le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse se réduit : de 16,2 milliards d'euros en 2013, il passerait à 12,8 milliards d'euros en 2014. Il retrouverait ainsi un niveau proche de celui d'avant la crise de 2008. Le déficit du régime général devrait repasser sous la barre des 10 milliards d'euros et s'établir à 9,6 milliards d'euros contre 13,5 milliards en 2013.

Les réformes proposées visent à mieux maîtriser l'évolution des dépenses de sécurité sociale et à améliorer l'efficacité du système de soins. Voici les principales mesures du PLFSS pour 2014 qui viennent en complément de mesures contenues dans le projet de loi de finances (PLF 2014) :

- branche vieillesse ;
- branche famille ;
- branche maladie ;
- branche AT/MP.

Branche vieillesse

Le déficit de la branche vieillesse devrait se réduire à 1,2 milliard d'euros en 2014 notamment sous l'effet :

- du report de l'indexation des pensions ;
- de la hausse de 0,15 point des cotisations patronales et salariales.

La fiscalisation des majorations de pension bénéficiera à la branche vieillesse à compter de 2015.

Branche famille

Les comptes de la branche famille bénéficieront de :

- la modulation de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant ;
- la majoration du complément familial et celle de l'allocation de soutien familial ;
- le plafonnement de l'avantage fiscal découlant de la présence d'enfants au foyer (quotient familial).

Par ailleurs, la baisse de la cotisation patronale pour la branche famille (0,15 point sur 5,4 points) sera intégralement compensée à la branche.

Le déficit en 2014 devrait s'établir à - 2,3 milliards d'euros.

Branche maladie

La hausse est limitée à 2,4 % de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) afin de réduire le déficit de la branche maladie à -6,2 milliards d'euros en 2014.

A titre de comparaison, les dépenses d'assurance maladie ont augmenté en moyenne de 4,2 % par an entre 2002 et 2011.

Branche AT/MP

La branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) enregistrerait un léger excédent de 100 millions d'euros en 2014.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2014

Pour un modèle social soutenable

- le rétablissement des comptes de la Sécurité sociale se poursuit en 2013 et 2014 ;
- des dépenses sociales maîtrisées et plus efficaces grâce à des réformes de structure ;
- l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) : des dépenses d'assurance maladie maîtrisées en 2013 comme en 2014.

Le PLFSS 2014 permet d'engager la stratégie nationale de santé

- renforcer les soins de premier recours ;
- rénover la stratégie de soutien aux investissements des établissements de santé ;
- engager la réforme du financement des établissements de santé ;
- poursuivre l'effort en faveur des personnes âgées et handicapées ;
- améliorer l'accès aux soins notamment par une nouvelle étape dans la généralisation de la complémentaire santé ;
- améliorer l'aide au sevrage tabagique chez les jeunes de 20 à 25 ans ;
- mettre en œuvre le tiers-payant pour les actes en lien avec la prescription d'un contraceptif à une mineure de plus de 15 ans ;
- mettre en œuvre une politique de produits de santé efficiente et favorable à l'innovation.

Le PLFSS 2014 met en œuvre les décisions relatives à la rénovation de la politique familiale

- La majoration du complément familial pour les familles sous le seuil de pauvreté ;
- La modulation de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et alignement progressif de son montant sur celui de complément familial ;
- La suppression du complément de libre choix d'activité (CLCA) majoré et la modification des conditions d'accès au CLCA à taux partiel des non salariés.

Le plafonnement du complément de libre choix du mode de garde (CMG) structure et la suppression de la condition de revenu minimal d'activité pour le CMG.

LES COTISATIONS DU RÉGIME GÉNÉRAL DE SÉCURITÉ SOCIALE

Les rémunérations du travail salarié donnent lieu au versement de cotisations et contributions venant couvrir divers risques :

- assurance maladie, maternité, invalidité, décès ;
- assurance vieillesse (AV) ;
- allocations Familiales (AF) ;
- contribution solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées ; Fonds National d'Aide au Logement (FNAL).

Les cotisations sont réparties entre l'employeur et le salarié (part patronale et part salariale).

Certaines cotisations sont assises sur la totalité du salaire, d'autres sur le salaire plafonné.

La CSG et la CRDS sont des contributions sociales assises en principe sur 98,25 % du salaire réel brut.

Les cotisations sont réparties en une part patronale (P.P.) et en une part salariale (P.S.).

Charges de Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2014

Charges sur salaire depuis le 1^{er} janvier 2014

Barème de calcul des charges sociales

Les charges sociales destinées à l'assurance vieillesse ont augmenté en 2014. C'est l'une des principales mesures prévues par la loi de réforme des retraites du 20 janvier 2014.

Les cotisations patronales et salariales destinées à financer les pensions augmentent de 0,15 point en 2014, puis à nouveau de 0,05 point en 2015, 2016 et 2017.

En parallèle, le taux de cotisations pour les allocations familiales, versées par l'employeur, a baissé, passant de 5,40 % à 5,25 % au 1^{er} janvier 2014.

Nature des contributions	Taux		Base de calcul mensuelle	Recouvrement
	Part employeur	Part salarié		
CSG		7,5 %	98,25 % salaire total dans la limite de 148 128 €	URSSAF
			Totalité du salaire au-delà de 148 128 €	
CRDS		0,5 %	98,25 % salaire total dans la limite de 148 128 €	URSSAF
			Totalité du salaire au-delà de 148 128 €	
Sécurité sociale ⁽¹⁾				
contribution solidarité autonomie	0,30 %	-	Salaire total	URSSAF
assurance maladie	12,80 %	0,75 %	salaire total	URSSAF
assurance vieillesse plafonnée	8,45 %	6,80 %	de 0 à 3 129 €	URSSAF

assurance vieillesse déplafonnée	1,75 %	0,25 %	Salaire total	URSSAF
allocations familiales	5,25 %		salaire total	URSSAF
accidents du travail	Variable ⁽²⁾	-	salaire total	URSSAF
aide au logement	0,10 %	-	de 0 à 3 129 €	URSSAF
supplément entreprise de 20 salariés et plus (FNAL) ⁽³⁾	0,40 % 0,50 %	-	de 0 à 3 129 € au-delà de 3 129 €	URSSAF
Assurance chômage				
Cotisation chômage ⁽⁴⁾	4 %	2,40 %	de 0 à 12 516 €	URSSAF
Fonds de garantie des salaires	0,30 %	-	de 0 à 12 516 €	URSSAF
Retraite complémentaire ⁽⁵⁾				
AGFF Cadres et non cadres tranche 1	1,20 %	0,80 %	de 0 à 3 129 €	AGIRC/ARR
Cadres et non cadres tranche 2	1,30 %	0,90 %	de 3 129 à 9 387 €	ARRCO
APEC (cadres seulement)	0,036 %	0,024 %	de 0 à 12 516 €	AGIRC
Non-cadres tranche 1	4,58 %	3,05 %	de 0 à 3 129 €	ARRCO
Non-cadres tranche 2	12,08 %	8,05 %	de 3 129 à 9 387 €	ARRCO
Cadres				
tranche A	4,58 %	3,05 %	de 0 à 3 129 €	ARRCO
tranche B	12,68 %	7,75 %	de 3 129 € à 12 516 €	AGIRC
tranche C	(20,43 %) répartition libre		de 12 516 € à 25 032 €	AGIRC
CET	0,22 %	0,13 %	de 0 à 25 032 €	AGIRC
assurance décès	1,50 %	-	de 0 à 3 129 €	AGIRC
Formation professionnelle				
Entreprise de moins de 10 salariés ⁽⁶⁾	0,55 %	-	Masse salariale	OPCA ou trésor public
De 10 à moins de 20 salariés	1,05 %	-	Masse salariale	OPCA et sous conditions limitatives : formations des salariés de l'entreprise
Entreprise de 20 salariés ou plus ⁽⁷⁾	1,60 %		Masse salariale	OPCA et sous conditions limitatives : formations des salariés de l'entreprise
Entreprise avec CDD (dit CIF-CDD)	1 %		Salaire CDD	OPCA ou trésor public

Autres taxes et participations				
Taxe d'apprentissage ⁽⁸⁾	0,50 %		Masse salariale	Organisme collecteur
Contribution au développement de l'apprentissage ⁽⁸⁾	0,18%		Masse salariale	Organisme collecteur
Contribution supplémentaire à l'apprentissage (entreprises de 250 salariés et plus, sous conditions) ⁽⁸⁾	0,10 %		Masse salariale	Organisme collecteur
Taxe sur les salaires ⁽⁹⁾	4,25 % 8,50 % 13,60 % 20 %		de 0 à 7664 € de 7664 à 15 306 € de 15 306 € à 151 200 € au delà de 151 200€	Service des impôts des entreprises
Versement transport (entreprises de plus de 9 salariés) ⁽¹⁰⁾	variable	-	saiaire total	URSSAF
Participation à l'effort de construction (entreprises de 20 salariés et plus) ⁽¹¹⁾	0,45 %		Masse salariale	Organisme collecteur ou, sous conditions, investissements directs

⁽¹⁾ Pour connaître les modalités d'application de la réduction de cotisations patronales dite "Fillon", voir la fiche Réduisez vos charges salariales avec la réduction "Fillon".

⁽²⁾ Le taux de la cotisation d'accidents du travail est variable, en fonction des risques entraînés par l'exercice de différentes activités professionnelles. Le taux applicable à votre entreprise est déterminé par la caisse régionale d'assurance maladie.

⁽³⁾ Les entreprises qui atteignent ou dépassent, au titre de l'année 2008, 2009, 2010, 2011 ou 2012, le seuil de 20 salariés pour la 1^{ère} fois sont dispensées pendant 3 ans du versement de cette contribution supplémentaire, puis sont assujetties à un taux progressif (0,10 % la 4^{ème} année, 0,20 % la 5^{ème} année, 0,30 % la 6^{ème} année) pour atteindre le taux de 0,40 % la 7^{ème} année.

⁽⁴⁾ Le recouvrement est assuré par les URSSAF pour le compte de l'Unedic, sauf dans un certain nombre de cas (par exemple les VRP multiscartes, les intermittents du spectacle, les expatriés, les salariés et certains frontaliers et marins, les salariés agricoles, ...).

⁽⁵⁾ Les taux indiqués pour les régimes de retraite complémentaire sont les taux minima. Chaque entreprise peut choisir, par accord avec sa caisse, de cotiser à un taux plus élevé.

⁽⁶⁾ Maintien du taux de 0,55 % pour les entreprises qui franchissent le seuil de 10 salariés l'année du franchissement du seuil et les deux années suivantes, puis relèvement progressif du taux.

⁽⁷⁾ Les entreprises qui atteignent ou dépassent le seuil de 20 salariés au titre de l'année 2008, 2009, 2010, 2011 ou 2012 restent soumises au taux de 1,05 % l'année du franchissement du seuil et les deux années suivantes, puis seront assujetties à un taux progressif les 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année du franchissement.

⁽⁸⁾ Pour plus d'informations sur ces participations et taxes, contacter la délégation formation et compétences de la Chambre de commerce et d'industrie Paris-Ile-de-France au 0820 012 112.

⁽⁹⁾ Non exigible pour les entreprises assujetties à la TVA.

⁽¹⁰⁾ Le taux applicable pour les départements de Paris et des Hauts de Seine est de 2,7 %. Le taux en vigueur dans les départements de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne est de 1,80 %, dans les départements de l'Essonne, des Yvelines, du Val d'Oise et de Seine-et-Marne, le taux est de 1.50 ou 1,60 % selon les communes (voir la liste en annexe).

⁽¹¹⁾ À défaut de dépenses libératoires, le paiement s'effectue au service des impôts.

Introduction

Le plafond de sécurité sociale (PSS) est un référentiel, revalorisé chaque année au 1^{er} janvier, qui permet de déterminer la base de calcul des cotisations sociales (sur le salaire, l'assurance vieillesse, les régimes complémentaires de retraite, par exemple), ou encore de savoir si une personne est éligible à une aide ou à un dispositif social (ex : indemnité journalière, pension d'invalidité, capital décès). Le plafond mensuel permet aussi de déterminer la limite d'exonération de l'indemnité de stage versée par l'employeur.

Plafonds de la sécurité sociale en 2014

En 2014, le PASS est de 37 548 €, et le plafond mensuel de la sécurité sociale de 3 129 €.

En conséquence, pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014 :

Périodicité	Montants
Année	37 548 €
Trimestre	9 387 €
Mois	3 129 €
Quinzaine	1 565 €
Semaine	722 €
Jour	172 €
Heure *	23 €

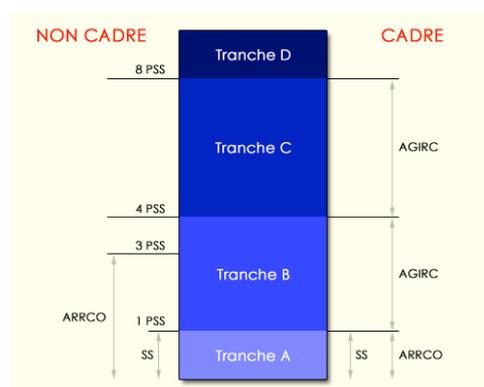
* : si la durée de travail est inférieure à 5 heures.

Le Plafond de la Sécurité sociale sert pour le calcul des cotisations des salariés.

Tranches de rémunération

On distingue quatre tranches :

- Tranche A (ou 1) : part de la rémunération inférieure au PSS ;
- Tranche B (ou 2) : part de la rémunération comprise entre un et quatre PSS ;
- Tranche C (ou 3) : part de la rémunération comprise entre quatre et huit PSS ;
- Tranche D (ou 4) : part de la rémunération supérieure à huit PSS.



Du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2014 (sur une base annuelle)

Tranche 1 : jusqu'à 3 129 €	Tranche A : jusqu'à 3 129 €
Tranche 2 : de 3 129 à 9 387 €	Tranche B : de 3 129 à 12 516 €
	Tranche C : de 12 516 à 25 032 €

Décret n° 2003-1159 du 4 décembre 2003

Certains assurés exclus du régime obligatoire peuvent cotiser à l'assurance volontaire vieillesse. Il s'agit :

- des anciens assurés obligatoires du régime général ;
- des personnes qui assurent les fonctions de tierce personne auprès d'un membre de leur famille ;
- des Français qui exercent une activité salariée ou assimilée hors du territoire français ;
- des parents chargés de famille non assurés obligatoire vieillesse à titre personnel ;
- de certains bénéficiaires de l'assurance volontaire avant 1968 ;
- de certains bénéficiaires de l'indemnité de soins aux tuberculeux.

Code de la Sécurité sociale article L. 742-1

Ordonnance 67/709 du 21 août 1967 article 7-2

Décret 80/1143 du 30 décembre 1980 Titre 1^{er}

Certaines personnes peuvent s'assurer volontairement lorsqu'elles cessent de remplir les conditions de l'assurance obligatoire.

Les personnes affiliées obligatoirement pendant une durée déterminée, qui cessent de remplir les conditions de l'assurance obligatoire, ont la faculté de s'assurer volontairement pour les risques invalidité et vieillesse. La même faculté est accordée aux personnes qui, sans recevoir de rémunération, remplissent les fonctions et obligations de la tierce personne (ex : auprès de leur conjoint), sans pouvoir prétendre au bénéfice des dispositions du 2° de l'article L. 381-1 du Code de la Sécurité sociale.

Selon l'article L. 742-1 du Code de la Sécurité sociale, il en est de même pour le risque vieillesse en ce qui concerne :

- les personnes salariées ou assimilées travaillant hors du territoire français et ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une certaine durée ;
- le parent résidant en France ou le parent résidant hors du territoire français ayant été à la charge d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une certaine durée, et qui ne relève pas, à titre personnel, d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse tout en satisfaisant à certaines conditions.

Il en est de même pour le risque invalidité en ce qui concerne le parent chargé de famille et résidant en France, qui n'exerce pas d'activité professionnelle et qui satisfait à certaines conditions relatives à l'ouverture des droits et à la situation de famille.

Le taux des cotisations est égal, pour le risque vieillesse, à la somme des taux de cotisations à la charge des employeurs et du salarié soit 16,85 %, auquel il convient d'ajouter 0,90 % pour le risque invalidité.

Une circulaire URSSAF (n° 2013-09) du 5 février 2013 fixe les barèmes des cotisations dues au titre de l'année 2013 par les assurés volontaires.

Cotisations trimestrielles d'assurance volontaire à compter du 1^{er} janvier 2012

Article L. 742-1 du Code de la Sécurité sociale

Risques	Taux au	1 ^{ère} catégories	2 ^e catégorie	3 ^e catégorie	4 ^e catégorie
	1 ^{er} janvier 2012				
Ensemble des risques	30,65 %	2 787	2 090	1 394	-
Maladie, maternité, décès ⁽¹⁾	13,10 %	1 191	893	596	-
Invalidité, vieillesse	17,55 %	1 596	1 197	798	399
Invalidité	0,90 %	82	61	41	20
Vieillesse, veuvage ⁽³⁾	16,65 %	1 514	1 135	757	378
Maladie, maternité, décès, invalidité	14,00 %	1 273	955	637	-
Maladie, maternité, décès, vieillesse	29,75 %	2 705	2 209	1 353	-
Maladie, maternité, décès ⁽²⁾	16,40 %	1 491	1 118	746	-

⁽¹⁾ Pour les personnes qui ont opté pour le maintien à l'ancien régime de l'article L. 742.1 du Code de la Sécurité sociale.

⁽²⁾ Assuré résidant hors du territoire métropolitain pour les membres de sa famille restant en France et qui aura opté pour le maintien à l'ancien régime de l'article L. 742.1 du Code de la Sécurité sociale.

⁽³⁾ Les bénéficiaires de l'indemnité de soins aux tuberculeux prévue à l'article L. 41 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, adhérant à l'assurance volontaire avant le 1^{er} décembre 1982, cotisent pour les risques « Vieillesse-Veuve » sur la base de la 3^e catégorie d'assurés volontaires en application de l'article 5 du décret n° 80.1143 du 30 décembre 1980 (Instruction Ministérielle du 11 mars 1985).

Circulaire ACOSS n° 2007-015 du 12 janvier 2007, mise à jour décembre 2011

CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS AUX PRÉSTATIONS ET BÉNÉFICIAIRES

CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS AUX PRÉSTATIONS D'ASSURANCE MALADIE, MATERNITÉ, INVALIDITÉ, DÉCÈS

Nature de la prestation	Conditions minimales d'ouverture du droit	Conditions d'immatriculation
<p>Prestations en nature de l'assurance maladie-maternité*</p> <p>Maternité : conditions appréciées au début du 9^e mois avant la date présumée de l'accouchement ou à la date de début du repos prénatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ justifier de 60 heures de travail, salarié ou assimilé au cours d'un mois civil ou de 30 jours consécutifs ou ■ avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 60 fois le SMIC pendant 1 mois civil ou 30 jours consécutifs ou ■ avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 120 fois le SMIC pendant 3 mois civils ou de date à date ou ■ justifier d'au moins 120 heures de travail, salarié ou assimilé, pendant 3 mois civils ou de date à date <p>Droit ouvert pendant 1 an</p> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ avoir cotisé sur des rémunérations perçues pendant l'année civile au moins égales à 2030 fois le SMIC ou ■ justifier de 1 200 heures de travail, salarié ou assimilé au cours de l'année civile <p>Droit ouvert pendant 2 années civiles</p> <p>Maintenu pour les bénéficiaires de l'allocation de présence parentale pendant la durée de versement</p> <p>Maintenu pour les assurés en congé sans solde (circulaire CNAMTS n° 58-2001 du 11 avril 2001)</p>	Aucune
Prestations en espèces pour un arrêt de travail inférieur à 6 mois en assurance maladie-maternité	<ul style="list-style-type: none"> ■ justifier de 200 heures de travail au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt de travail ou ■ avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 1015 fois le SMIC au cours des 6 mois civils précédant la date d'arrêt 	10 mois d'immatriculation en maternité, à la date présumée de l'accouchement ou de l'arrivée de l'enfant au foyer
Prestations en espèces pour un arrêt de travail supérieur à 6 mois en maladie-maternité	<ul style="list-style-type: none"> ■ justifier de 800 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'arrêt de travail dont 200 heures au cours des 3 premiers mois ou ■ avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 2 030 fois le SMIC au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt dont 1015 fois le SMIC au cours des 6 premiers mois 	12 mois d'immatriculation au moins à la date de l'arrêt de travail

Nature de la prestation	Conditions minimales d'ouverture du droit	Conditions d'immatriculation
Invalidité	<ul style="list-style-type: none"> ■ justifier de 800 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédents dont 200 heures au cours des 3 premiers mois ou ■ avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 2030 fois le SMIC au cours des 12 mois civils précédents dont 1015 fois le SMIC au cours des 6 premiers mois 	12 mois d'immatriculation au premier jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité
Décès	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conditions identiques aux conditions d'ouverture du droit aux prestations en nature pendant un an appréciées à la date du décès 	

☞ Ces conditions d'ouverture des droits sont également valables pour les salariés à temps partiel

Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés, bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès pendant des périodes qui peuvent être différentes selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces.

Article L. 161-8 modifié par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 - JO du 22 décembre 2006

Le délai prévu à l'article L. 161-8 pendant lequel le droit aux prestations en nature est maintenu est fixé à douze mois.

Est fixée à quatre ans la durée de la période pendant laquelle la personne libérée du service national, qui ne remplit pas à un autre titre les conditions d'ouverture du droit aux prestations des assurances maladie et maternité a droit, pour elle-même et ses ayants droit, au bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime obligatoire dont elle relevait au moment de son départ ou, à défaut, du régime général.

Article R. 161-3 modifié par le décret n° 2007-199 du 14 février 2007

Les bénéficiaires de l'allocation de présence parentale conservent leurs droits aux prestations en nature de leur régime d'origine pendant la durée de perception de l'allocation.

Article L. 311-5 modifié par Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 – Article 34 (V) JORF 20 décembre 2005

ASSURANCE MALADIE – PRESTATION EN NATURE

REMBOURSEMENTS DE SOINS

En cas de maladie ou de maternité, le régime général assure les remboursements des soins effectués (dans certaines limites). Il s'agit des prestations en nature.

Ces prestations en nature ne sont pas taxables à l'impôt sur le revenu pour les bénéficiaires et ne sont pas soumises à la CSG ni à la CRDS.

Le droit aux prestations n'est ouvert que si l'assuré ou l'ayant droit, qui en demande le bénéfice, réside sur le territoire français.

Les soins dispensés hors de France n'ouvrent droit à aucune prestation, sauf dispositions contraires prévues par une convention ou un règlement international (notamment dans le cadre de la CEE). C'est ainsi que l'assuré soigné dans un État membre de l'Union Européenne a droit à des prestations en vertu de l'article 19 du règlement CE n° 883/04, sur présentation d'un formulaire spécial de la carte européenne d'assurance maladie qui doit être demandée auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Les bénéficiaires peuvent être l'assuré ou ses ayants droit.

Qui peut-être ayant droit ?

La qualité d'ayant droit peut être reconnue au(x) :

■ conjoint :

Il s'agit de l'épouse ou de l'époux légitime de l'assuré(e) social, même séparé de corps mais non divorcé, s'il n'exerce pas d'activité ou s'il ne bénéficie pas lui-même d'un régime obligatoire de sécurité sociale à un autre titre (pension d'invalidité, etc.).

Dans la notion d'ayant droit, en cas de polygamie, il convient de préciser que la sécurité sociale ne prend en compte qu'une seule épouse. La seconde sera inscrite comme personne à charge et la 3^e devra cotiser directement à la Couverture Maladie Universelle (CMU).

En cas de veuvage, rappelons que les droits sont maintenus gratuitement pendant 12 mois à compter du décès. Toutefois, à compter de l'âge de 55 ans et sous conditions de ne pas dépasser un certain plafond de ressources, le conjoint survivant touche la pension de retraite de réversion et devient donc assuré social de droit.

■ concubin :

Il s'agit de la personne vivant maritalement avec l'assuré social, et qui est à sa charge totale, effective et permanente.

Depuis 1993, les concubins de même sexe peuvent être couverts comme personne à charge.

L'assurance maladie est un des seuls régimes où le concubin est pris en compte (il ne l'est pas pour la réversion de la retraite du régime général).

■ partenaire lié par un PACS :

Il s'agit de la personne liée à un assuré social par un Pacte civil de solidarité (PACS).

Le partenaire lié par un PACS (Pacte Civil de Solidarité) est traité de la même façon que le conjoint.

■ enfants :

Les enfants, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptés ou recueillis et qui sont à la charge de l'assuré social (ou de son conjoint, concubin ou partenaire PACS) sont considérés comme ayants droit jusqu'à 16 ans ou jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent des études, ou s'ils sont dans l'impossibilité de travailler par suite d'infirmité ou de maladie chronique, ou jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils ont 21 ans s'ils ont interrompu leurs études pour cause de maladie.

■ ascendants, descendants, alliés et collatéraux :

Il s'agit des ascendants, descendants, collatéraux et alliés jusqu'au 3^e degré, à condition qu'ils vivent sous le toit de l'assuré social et qu'ils se consacrent aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré social.

■ cohabitant à charge :

C'est-à-dire toute personne vivant chez l'assuré social depuis au moins 12 mois, et qui est à sa charge totale, effective et permanente. Une seule personne peut être ayant droit d'un assuré social à ce titre.

■ les ayants droits autonomes :

À partir de l'âge de 16 ans, les ayants droit peuvent être, sur demande de leur part auprès de leur caisse d'Assurance Maladie, des ayants droit autonomes : ils peuvent ainsi bénéficier du remboursement de leurs soins à titre personnel, par virement de leur caisse d'Assurance Maladie sur leur propre compte bancaire ou postal.

Les étudiants, âgés de 16 à 20 ans, sont automatiquement ayants droit autonomes. Ils bénéficient du remboursement de leurs soins à titre personnel, par virement de la mutuelle étudiante qu'ils ont choisie lors de leur inscription universitaire, sur leur propre compte bancaire ou postal.

Source : www.ameli.fr

Perte de la qualité d'ayant droit

Certains évènements peuvent faire perdre à la personne rattachée sa qualité d'ayant droit. Toutefois, elle peut conserver ses droits aux prestations en nature des assurances maladie et maternité, sous certaines conditions.

Situations entraînant la perte de la qualité d'ayant droit	Maintien des droits aux prestations en nature des assurances maladie et maternité
Séparation	Le conjoint séparé conserve la qualité d'ayant droit tant que le mariage n'est pas dissout (divorce, décès).
Divorce	Le conjoint divorcé conserve ses droits : <ul style="list-style-type: none"> ■ pendant 1 an à partir du jour où la mention du divorce est indiquée en marge de l'acte de mariage ou de la transcription du jugement de divorce, ■ de manière illimitée s'il a eu au moins 3 enfants à charge.
Rupture de vie maritale	Le concubin séparé conserve ses droits pendant 1 an à partir de la date de rupture de la vie maritale.
Rupture de Pacs	Le partenaire de Pacs séparé conserve ses droits pendant 1 an à partir de la date de rupture du Pacs.
Décès de l'assuré social	L'ayant droit de l'assuré social décédé conserve ses droits : <ul style="list-style-type: none"> ■ pendant 1 an à partir de la date du décès, ■ de manière illimitée s'il a eu au moins 3 enfants à charge.
Autres situations	L'ayant droit conserve ses droits pendant 1 an à partir de la date à laquelle il ne remplit plus les conditions pour être ayant droit. Après cette période d'1 an, s'il ne bénéficie d'aucune protection sociale, il peut demander à bénéficier de la couverture médicale universelle (CMU).

Bénéficiaires	Conditions à remplir	Durée	Justificatifs
Conjoint	<ul style="list-style-type: none"> ■ conjoint même séparé de corps ■ ne pas être assuré obligatoire 	Sans limitation de durée si les conditions de droit sont remplies	Attestation sur l'honneur de non-activité
Ex-conjoint Ex-concubin Ex-PACS	<ul style="list-style-type: none"> ■ ne pas être assuré obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 12 mois à compter de la date de notification du divorce ou du décès ■ jusqu'au 3^e anniversaire du dernier enfant à charge ■ depuis 1993, l'ex-conjoint peut être garanti à vie s'il a ou a eu 3 enfants à charge 	
Personne vivant maritalement	<ul style="list-style-type: none"> ■ être à la charge totale, effective et permanente de l'assuré ■ être du sexe opposé 	Sans limitation de durée si les conditions de droits sont remplies	Déclaration sur l'honneur renouvelable tous les ans
PACS	<ul style="list-style-type: none"> ■ ne pas être assuré social 	Sans limitation de durée si les conditions de droit sont remplies	PACS
Enfants	<ul style="list-style-type: none"> ■ enfants à charge, légitimes ou naturels, reconnus ou non ■ enfants adoptifs ■ enfants recueillis 	<ul style="list-style-type: none"> ■ jusqu'à 16 ans ■ jusqu'à 20 ans en cas d'études secondaires ■ Jusqu'à 21 ans (infirmités, poursuite d'études secondaires) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ aucun ■ certificat de scolarité ■ certificat médical
Ascendants Descendants Collatéraux Alliés	<ul style="list-style-type: none"> ■ être à la charge totale effective et permanente de l'assuré et se consacrer uniquement aux travaux de ménage et à l'éducation d'au moins 2 enfants de moins de 14 ans 	Sans limitation de durée si les conditions de droit sont remplies	Déclaration sur l'honneur
Personne à charge (depuis 1993, peuvent être ayants droit des personnes n'ayant absolument aucun lien de parenté avec l'assuré)	<ul style="list-style-type: none"> ■ être à la charge totale, effective et permanente de l'assuré ■ vivre depuis 12 mois avec l'assuré 	Sans limitation de durée si les conditions de droit sont remplies	Déclaration sur l'honneur cosignée entre la personne à charge et l'assuré

REMBOURSEMENT D'UNE CONSULTATION MÉDICALE

Lorsque vous consultez un médecin, le montant du remboursement varie en fonction de plusieurs critères : respect du parcours de soins coordonnés, discipline (généraliste ou spécialiste), conventionnement du médecin (conventionné secteur 1 ou 2 ou non conventionné), etc.

- personnes concernées ;
- conditions du remboursement ;
- taux du remboursement ;
- principaux tarifs des consultations dans le cadre du parcours de soins ;
- principaux tarifs des consultations hors parcours de soins ;
- services en ligne et formulaires ;
- où s'adresser ? ;
- références ;

Personnes concernées

Tous les bénéficiaires de l'Assurance maladie bénéficient d'un remboursement partiel des frais de consultation d'un médecin.

Des règles particulières s'appliquent pour les personnes suivantes :

- enfants âgés de moins de 16 ans ;
- personnes bénéficiant d'une prise en charge à 100 % du tarif conventionnel (personnes suivies pour une affection de longue durée, femmes enceintes, etc.) ;
- personnes relevant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

Conditions du remboursement

Respect du parcours de soins coordonnés

Si vous consultez un médecin sans respecter le parcours de soins coordonnés, vous êtes moins bien remboursé par l'Assurance maladie.

Médecin généraliste ou spécialiste

Les tarifs de remboursement des consultations médicales diffèrent selon que le médecin est généraliste ou spécialiste.

De plus, parmi les spécialistes, certains bénéficient de tarifs particuliers : psychiatres, neuropsychiatres, neurologues, pédiatres et cardiologues.

Médecin conventionné ou pas

Le remboursement de votre consultation est différent selon le type de conventionnement de votre médecin.

Médecin traitant ou correspondant

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, vous pouvez être amené à consulter un médecin correspondant.

Les tarifs d'un médecin consulté en qualité de médecin correspondant sont spécifiques.

Taux du remboursement

Le taux de remboursement varie selon que vous consultez un médecin dans le cadre ou hors parcours de soins coordonnés.

Parcours de soins coordonnés (PSC)	Taux de remboursement	Ticket modérateur
Consultation hors PSC	30 % du tarif conventionnel	70 %
Consultation dans le PSC	70 % du tarif conventionnel	30 %

PRINCIPAUX TARIFS DES CONSULTATIONS DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS

Consultation de votre médecin traitant

Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Montant remboursé (déduction faite de la participation forfaitaire de 1 €)
Généraliste secteur 1	23 €	23 €	15,1 €
Généraliste secteur 2	Honoraires libres	23 €	15,1 €
Spécialiste secteur 1	25 €	25 €	16,5 €
Spécialiste secteur 2	Honoraires libres	23 €	15,1 €
Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue secteur 1	39,7 €	39,7 €	26,79 €
Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue secteur 2	Honoraires libres	37 €	24,9 €

Consultation du médecin correspondant (pour un suivi régulier)

Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Montant remboursé (déduction faite de la participation forfaitaire de 1 €)
Généraliste secteur 1 ou secteur 2 avec option de coordination	26 €	26 €	17,2 €
Généraliste secteur 2	Honoraires libres	23 €	15,1 €
Spécialiste secteur 1 ou secteur 2 avec option de coordination	28 €	28 €	18,6 €
Spécialiste secteur 2	Honoraires libres	23 €	15,1 €
Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue secteur 1 ou secteur 2 avec option de coordination	43,7 €	43,7 €	29,59 €
Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue secteur 2	Honoraires libres	37 €	24,9 €
Cardiologue secteur 1 ou secteur 2 avec option de coordination	49 €	49 €	33,3 €

Consultation du médecin correspondant (pour un avis ponctuel)

Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Montant remboursé (déduction faite de la participation forfaitaire de 1 €)
Spécialiste secteur 1 ou secteur 2 avec option de coordination (y compris cardiologue)	46 €	46 €	31,2 €
Spécialiste secteur 2 (y compris cardiologue)	Honoraires libres	46 €	31,2 €
Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue secteur 1 ou secteur 2 avec option de coordination	57,5 €	57,5 €	39,25 €
Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue secteur 2	Honoraires libres	57,5 €	39,25 €

Consultation de certains spécialistes sans passer par le médecin traitant

Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Montant remboursé (déduction faite de la participation forfaitaire de 1 €)
Gynécologue et ophtalmologue, secteur 1 ou secteur 2 avec option de coordination	28 €	28 €	18,6 €
Gynécologue et ophtalmologue, secteur 2	Honoraires libres	23 €	15,1 €
Psychiatre et neuropsychiatre (pour les patients de 16 à 25 ans), secteur 1 ou secteur 2 avec option de coordination	43,7 €	43,7 €	29,59 €
Psychiatre et neuropsychiatre (pour les patients de 16 à 25 ans), secteur 2	Honoraires libres	37 €	24,9 €

Attention : ces tarifs s'appliquent si vous avez déclaré un médecin traitant. Dans le cas contraire, vous êtes moins bien remboursé car vous êtes hors du parcours de soins coordonnés.

Principaux tarifs des consultations hors parcours de soins

Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Montant remboursé (déduction faite de la participation forfaitaire de 1 €)
Généraliste secteur 1	23 €	23 €	5,9 €
Généraliste secteur 2	Honoraires libres	23 €	5,9 €
Spécialiste secteur 1	33 € maximum	25 €	6,5 €
Spécialiste secteur 2	Honoraires libres	23 €	5,9 €

Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Montant remboursé (déduction faite de la participation forfaitaire de 1 €)
Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue secteur 1 ou secteur 2 avec option de coordination	52 € maximum	39,7 €	15,71 €
Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue secteur 2	Honoraires libres	37 €	14,9 €
Cardiologue secteur 1	58 € maximum	45,73 €	21,01 €
Cardiologue secteur 2	Honoraires libres	45,73 €	21,01 €

SOINS REMBOURSÉS

L'assurance maladie comporte :

- la couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyse et d'examen de laboratoire, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'intervention chirurgicale ;
- la couverture des frais de transport afférents aux soins ;
- la couverture des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans des établissements spécialisés ;
- la couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;
- la couverture des frais afférents aux examens pré-nuptiaux obligatoires ;
- la couverture des frais afférents à certaines vaccinations ;
- la couverture des frais relatifs à la prévention bucco-dentaire.

Article L. 321-1 du Code de la sécurité sociale

PRINCIPE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Pour qu'une prestation puisse être remboursée, elle doit être référencée. La liste des actes médicaux pris en charge par l'assurance maladie est établie par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) : c'est la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Elle remplace la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), sauf pour les actes de certaines spécialités, notamment : les actes dentaires communs aux médecins et chirurgiens dentistes, les actes de chimiothérapie anti-cancéreuse, les prélèvements effectués par des médecins biologistes, les actes d'anatomo-cytopathologistes.

La CCAM détermine :

- les actes pris en charges et remboursables (affectés d'un tarif) ;
- les actes pris en charge mais non affectés d'un honoraire (pris en charge sous forme de forfait ou uniquement en secteur public) ;
- les actes pris en charges et remboursables sous conditions (ex : chirurgie prise en charge dans le cadre d'une réparation d'un traumatisme mais pas pour des raisons esthétiques) ;
- les actes non pris en charge (non affectés d'un tarif).

Elle indique par ailleurs les actes soumis à accord préalable du médecin conseil de la caisse d'assurance maladie.

Les dépenses de santé ne sont pas remboursées en totalité par l'assurance maladie.

La plupart des remboursements s'effectuent sur la base de tarifs de responsabilité qui constituent les limites de remboursements.

Sur ce tarif, la sécurité sociale applique un taux de remboursement qui varie selon l'acte.

La somme, dans la limite du tarif de convention ou du tarif d'autorité, restant à la charge de l'assuré s'appelle le ticket modérateur.

LE TARIF DE RESPONSABILITÉ

Le tarif de responsabilité est fixé, soit par convention entre la sécurité sociale et les professions de santé et établissements privés de soins, soit par arrêté ministériel.

Pour les actes pratiqués par les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses médicales, entreprises de transports sanitaires, les tarifs de responsabilité sont en principe définis par convention nationale conclue par les caisses nationales d'assurance maladie et une seule ou plusieurs organisations syndicales représentatives de la profession.

Pour les consultations médicales

Le remboursement de la sécurité sociale est fait en fonction du tarif de responsabilité, c'est-à-dire :

- du tarif de convention pour les médecins conventionnés Secteur 1 ou 2 ;
- du tarif d'autorité pour les médecins non conventionnés.

Secteur 1

médecins conventionnés devant respecter le tarif maximum de consultation fixé par la sécurité sociale, en fonction du fait qu'ils sont généralistes ou spécialistes (la spécialité doit figurer sur une liste reconnue par la sécurité sociale) ;

Secteur 2

honoraires libres, le dépassement par rapport au tarif de base devant être géré par le médecin «avec tact et mesure».

Le montant du remboursement effectué est égal au tarif de responsabilité (d'autorité ou de convention), multiplié par le taux de remboursement déterminé par les règlements de la sécurité sociale.

Lorsqu'on consulte un médecin non conventionné on peut faire une demande d'entente préalable à la sécurité sociale, afin de se faire rembourser sur la base du tarif d'autorité, si la demande est acceptée.

Liste des disciplines reconnues comme spécialités au regard de la législation de la sécurité sociale (liste fixée par arrêté ministériel) :

- anesthésiologie ;
- cardiologie et médecine des affections vasculaires ;
- chirurgie générale ;
- chirurgie orthopédique ;
- dermato-vénérologie ;
- électroradiologie ;
- endocrinologie et maladies métaboliques ;
- gynécologie - obstétrique ;
- médecine interne ;
- médecine des maladies de l'appareil digestif ;
- néphrologie ;
- neurochirurgie ;
- neurologie ;
- neuropsychiatrie ;
- ophtalmologie ;
- oto-rhino-laryngologie ;
- pédiatrie ;
- pneumo-phtisiologie ;
- psychiatrie ;
- rééducation et réadaptation fonctionnelles ;
- rhumatologie ;
- stomatologie.

TAUX DE REMBOURSEMENT

Le taux remboursement sécurité sociale désigne le pourcentage affecté au tarif de convention pour le calcul du remboursement auquel l'assuré a droit. Il s'agit en définitive du taux sur lequel la Sécurité sociale se base pour effectuer ses remboursements. Le taux remboursement sécurité sociale varie en fonction de l'acte médical et du régime obligatoire de l'assuré social.

Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie (à compter du 2 mai 2011)			
	Cas général	Régime d'Alsace- Moselle ⁽¹⁾	Bénéficiaires du FSV ou de l'ASPA ⁽²⁾
Honoraires			
Honoraires des praticiens : médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes ⁽³⁾	70 %	90 %	80 %
Honoraires des auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues ⁽³⁾	60 %	90 %	80 %
Analyses et examens de laboratoire			
Actes en B (actes de biologie)	60 %	90 %	80 %
Actes en P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques)	70 %	90 %	80 %
Prélèvements effectués par les médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes	70 %	90 %	80 %
Prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire non médecins, les auxiliaires médicaux, les auxiliaires de laboratoire non infirmiers	60 %	90 %	80 %
Frais d'analyse et d'examen de laboratoire relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C	100 %	100 %	100 %
Médicaments			
Médicaments à vignette blanche	65 %	90 %	65 %
Médicaments à vignette bleue	30 %	80 %	30 %
Médicaments à vignette orange	15 %	15 %	15 %
Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux	100 %	100 %	100 %

Préparations magistrales (PMR)	65	90 %	65 %
Préparations magistrales à base de spécialités déconditionnées ayant un taux de prise en charge à 30 % (PM4)	30 %	80 %	30 %
Médicaments homéopathiques et préparations magistrales homéopathiques (PMH)	30 %	80 %	30 %
Autres frais médicaux			
Optique	60 %	90 %	80 %
Prothèses auditives	60 %	90 %	80 %
Pansements, accessoires, petit appareillage	60 %	90 %	80 %
Orthopédie	60 %	90 %	80 %
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, orthoprothèses, véhicules pour handicapé physique)	100 %	100 %	100 %
Produits d'origine humaine (sang, lait, sperme)	100 %	100 %	100 %
Frais de transport	65 %	100 %	100 %
Cure thermale libre			
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires)	70 %	90 %	80 %
Frais d'hydrothérapie	65 %	90 %	80 %
Frais d'hébergement, frais de transport	65 %	65 %	80 %
Cure thermale avec hospitalisation	80 %	100 %	100 %
Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée)			
Frais d'hospitalisation ⁽⁴⁾	80 %	100 %	80 %
Transfert d'un établissement hospitalier vers un autre établissement hospitalier, sauf maison de retraite ou de convalescence	100 %	100 %	100 %

⁽¹⁾ Ces taux de remboursement sont applicables aux personnes qui sont affiliées au régime local d'Alsace-Moselle.

⁽²⁾ Ces taux de remboursement sont applicables aux personnes qui bénéficient de l'allocation supplémentaire du Fonds spécial vieillesse (FSV) ou de l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA).

⁽³⁾ Ces taux de remboursement sont applicables aux soins dispensés :

- au cabinet du praticien ou de l'auxiliaire médical,
- au domicile du malade,
- dans un dispensaire, un centre de soins ou en consultation externe à l'hôpital.

⁽⁴⁾ Les frais d'hospitalisation comprennent les frais de séjour, les frais de salle d'opération, les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, les frais d'analyses et d'examens de laboratoire relatifs aux soins dispensés pendant le séjour dans l'établissement hospitalier.

Source : Ameli

LE RESTE À CHARGE DES ASSURÉS

Le ticket modérateur :

Il reste une participation à la charge de l'assuré appelé ticket modérateur.

La participation de l'assuré peut être proportionnelle aux tarifs appliqués ou être fixée à une somme forfaitairement.

Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont dispensés.

La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

La participation forfaitaire 1 €

Pour responsabiliser l'assuré dans son comportement de soins, il est créé une participation forfaitaire à la charge de l'assuré pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin.

La participation forfaitaire s'applique à :

- l'assuré et ses ayants droits majeurs ;
- aux bénéficiaires de l'assurance accident de travail, maladies professionnelles.

Elle ne s'applique pas :

- aux ayants droits mineurs ;
- aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ;
- aux femmes enceintes.

L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin de ville, dans un établissement ou centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation.

Le montant de la participation est fixé à 1 €. Cette participation se cumule avec le ticket modérateur.

Lorsque, pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieure à 4.

Le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire des soins au cours d'une année civile est fixé à 50.

Les franchises médicales

L'article 52 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2008 a mis en place une nouvelle participation forfaitaire à la charge des assurés sous forme de franchise.

Certains assurés ne sont pas concernés par ces franchises :

- les ayants droits mineurs ;
- les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ;
- les femmes enceintes à partir du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement.

Le montant de la franchise est de 0,50 € par acte paramédical.

- les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi à l'exception des transports d'urgence ;

Le montant de la franchise est de 2 € par transport sanitaire.

Un plafond journalier a été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires. On ne peut pas déduire :

- plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux ;
- plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Un plafond annuel a également été mis en place. La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernées.

La participation forfaitaire de 18 € pour les actes médicaux lourds

Il est laissé à la charge de l'assuré une participation forfaitaire de 18 € pour les actes médicaux lourds.

La participation forfaitaire de 18 euros s'applique :

- aux actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 €, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville, dans un centre de santé, ou dans un établissement de santé (hôpital, clinique) dans le cadre de consultations externes ;
- aux frais d'une hospitalisation en établissement de santé (hôpital, clinique), y compris en hospitalisation à domicile (HAD), au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ;
- aux frais d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées ci-dessus et en lien direct avec elle.

La participation est plafonnée à 18 € :

- lorsqu'au cours d'une même consultation, plusieurs actes lourds sont réalisés par un même praticien et pour un même patient ;
- lorsqu'au cours d'une d'hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique), plusieurs actes lourds sont réalisés pendant le séjour.

Le forfait hospitalier

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation.

Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé, y compris le jour de sortie.

Il est égal à 18 € par jour, à partir du 1^{er} janvier 2010.

En cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie, il est fixé à 13,50 € à partir du 1^{er} janvier 2010.

LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Source : l'assurance maladie - 12 décembre 2005

La mise en place du parcours de soins coordonnés par un médecin traitant a pour objectif d'améliorer la qualité des soins grâce à une meilleure coordination entre les différents professionnels de santé. C'est un axe majeur de la réforme de l'Assurance Maladie.

Dans le parcours de soins coordonnés, le médecin traitant assure le suivi médical régulier de son patient et l'oriente, en cas de besoin de soins spécialisés, vers le médecin adapté à son problème de santé. Celui-ci lui communique en retour toutes les informations nécessaires pour garantir la qualité du suivi médical.

Le parcours de soins permet ainsi d'améliorer la qualité des soins pour chacun et de remédier de façon très pragmatique à certains dysfonctionnements du système de soins.

Le médecin traitant au centre du parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant permet aux patients d'être mieux suivis, d'être bien orientés et de recevoir les soins adaptés à leur état de santé. L'assuré qui choisit d'avoir un médecin traitant, s'adresse à lui en priorité en cas de problème de santé.

Le médecin traitant :

- assure le premier niveau de recours aux soins ;
- assure les soins de **prévention** (dépistage, éducation sanitaire, etc.) ;
- organise **la coordination des soins** entre les différents médecins spécialistes qui interviennent auprès de son patient, centralise toutes les informations (résultats d'examens, diagnostics, traitements) et tient le dossier médical.

Pour ses patients atteints d'une affection de longue durée le médecin traitant élabore, en concertation avec les médecins spécialistes impliqués dans le traitement, leur protocole de soins. Le nouveau formulaire de prise en charge des affections de longue durée (mis en place depuis novembre 2005) sert de support au protocole de soins et comprend un volet signé par le patient. Ce document plus détaillé que l'ancien PIRES améliore l'information du patient et facilite la circulation des informations entre le médecin traitant et les médecins spécialistes qui le suivent.

Le médecin traitant oriente son patient en cas de besoin vers un autre praticien : le médecin correspondant.

Le médecin correspondant

- répond aux sollicitations du médecin traitant et reçoit les patients qui lui sont adressés dans les délais compatibles avec leur état de santé, sans discrimination dans la prise de rendez-vous ;
- **tient informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant** de ses constatations. Il lui transmet les résultats d'examens complémentaires, comptes rendus opératoires, comptes rendus d'hospitalisation, etc. ;
- contribue, dans son champ de compétence, à la définition du **protocole des soins pour les malades atteints d'une affection de longue durée**.

Le médecin traitant oriente son patient vers un médecin correspondant :

- **pour un avis ponctuel** : le médecin correspondant donne son avis d'expertise mais les soins sont dispensés par le médecin traitant ;

Par exemple, dans le cas de douleurs thoraciques mal définies, le médecin traitant peut être amené à demander l'avis ponctuel d'un cardiologue.

■ **pour des soins itératifs** ou dans le cas d'une affection de longue durée : un plan de soins réguliers est défini en concertation entre le médecin correspondant et le médecin traitant. Le médecin correspondant assure des soins réguliers au patient qui ne repasse pas par son médecin traitant. Le protocole de soins des patients souffrant d'une affection de longue durée précise les consultations et traitements incombant aux médecins spécialistes.

Par exemple, une personne atteinte de la maladie de Parkinson est suivie généralement par un neurologue tous les trimestres.

■ pour une séquence de soins avec plusieurs intervenants : cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient est alors orienté vers les médecins correspondants sans passage obligé par le médecin traitant.

Un médecin en accès direct spécifique peut orienter son patient vers un médecin correspondant, par exemple un ophtalmologue peut adresser son patient à un chirurgien pour une chirurgie oculaire.

Par exemple un malade est adressé à un chirurgien pour la pose d'une prothèse de hanche. Le chirurgien a besoin de l'avis d'un cardiologue et de l'anesthésiste. Pour consulter ces deux spécialistes le patient ne retourne pas voir son médecin traitant.

Exceptions et accès directs

Tout en restant dans le parcours de soins coordonnés avec une prise en charge optimale, les patients peuvent consulter un autre médecin :

- en cas d'urgence médicale, absence du médecin traitant, déplacements loin du domicile de l'assuré (par exemple pour les vacances) ; et certains spécialistes dans certaines conditions :
 - un gynécologue, pour les dépistages périodiques, la contraception, le suivi de la grossesse, l'IVG,
 - un ophtalmologue pour la prescription et le renouvellement de lunettes, le dépistage et le suivi du glaucome,
 - psychiatre ou neuropsychiatre, pour les moins de 26 ans,
 - stomatologue, sauf pour des actes chirurgicaux lourds.

Majoration du ticket modérateur

Le patient est financièrement incité à adopter la coordination des soins

Pour inciter les assurés à suivre le parcours de soins coordonnés, les pouvoirs publics et l'Assurance Maladie ont prévu des conditions financières attractives.

Depuis le 31 janvier 2009, les patients de plus de 16 ans qui n'ont pas choisi de médecin traitant (sauf urgence ou accès direct spécifique) voient leur taux de remboursement par l'assurance maladie diminuer de 40 % et donc leur ticket modérateur majoré de 40 %. Cette majoration du ticket modérateur est applicable aux consultations et actes externes ainsi qu'aux séjours hospitaliers

Avis relatif à la décision de l'UNCAM du 22 janvier 2009 - JO du 30 janvier 2009

En suivant le parcours de soins coordonnés, les assurés bénéficient de conditions optimales de tarifs et de remboursement : le tarif des consultations des médecins spécialistes conventionnés en secteur 1 et de ceux ayant choisi le secteur optionnel est fixé à 28 € et remboursé à 70 % sur la base de ce montant.

Pour les assurés qui ne souhaitent pas suivre le parcours de soins coordonnés et qui consultent un spécialiste sans recommandation de leur médecin traitant, le tarif de la consultation d'un spécialiste secteur 1 pourra s'élever jusqu'à 33 € et sera remboursé à 30 % de la base de remboursement fixé à 25 €.

Montant du dépassement en dehors du parcours de soins coordonnés

Lorsqu'ils sont consultés en dehors du parcours de soins coordonnés, et en dehors des cas d'urgence et/ou d'éloignement occasionnel du patient, les praticiens spécialistes conventionnés à tarifs opposables sont autorisés à pratiquer des dépassements.

Ces dépassements sont plafonnés, pour les actes cliniques, de manière à ce que, arrondi à l'euro supérieur, le montant facturé n'excède pas de plus de 17,5 % la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés. Ils sont plafonnés à hauteur de 17,5 % pour chaque acte technique effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

Lorsqu'un praticien spécialiste autorisé à pratiquer des honoraires différents facture un dépassement d'honoraire à un patient le consultant en dehors du parcours de soins coordonnés et en dehors des cas d'urgence et d'éloignement, le dépassement est réputé correspondre aux dépassements définis ci-dessus.

Le montant facturé en secteur I ne doit pas excéder plus de 17,5 % la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés, arrondi à l'euro supérieur.

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU)

OBJECTIFS DE LA CMU

Garantir une couverture de base

La CMU de base garantit, depuis janvier 2000, l'accès à l'Assurance Maladie pour toutes les personnes résidant en France, en situation stable et régulière depuis plus de 3 mois, et n'étant pas bénéficiaire d'une couverture maladie, gérée par un autre régime obligatoire d'Assurance Maladie.

L'attribution de cette couverture maladie n'est pas liée à l'exercice d'une activité professionnelle, comme le sont celles des autres régimes obligatoires. Elle concerne aussi bien les personnes sans ressource (par exemple les demandeurs d'asile) que celles à forts revenus.

La continuité des droits est également assurée ; une caisse ne peut suspendre les prestations maladie d'une personne, sans vérifier que celle-ci est assurée par ailleurs.

Bénéficiaires de la CMU de base

L'affiliation au régime général est ouverte à toute personne résidant en France, depuis plus de 3 mois, en situation stable et régulière et ne disposant pas, par ailleurs, de droits ouverts à l'assurance maladie (à titre principal ou en qualité de personne à charge).

Avant d'être bénéficiaires de la CMU, les personnes qui perdent leur qualité d'assuré social voient leurs droits maintenus pendant une certaine période.

La durée de la période pendant laquelle le droit aux prestations en nature est maintenu est fixée à douze mois, sauf pour une personne libérée du service national qui ne remplit pas à un autre titre les conditions d'ouverture du droit aux prestations des assurances maladie et maternité (quatre ans).

Article R. 161-3 à R. 161-5 du Code de la Sécurité sociale Modifié par le décret n° 2007-199 du 14 février 2007 - article 9

La condition du délai de résidence n'est pas exigée pour :

- les personnes inscrites dans un établissement d'enseignement ;
- les personnes venues en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique ;
- les bénéficiaires de prestations familiales ;
- les bénéficiaires de l'aide à l'emploi pour la garde de jeunes enfants ;
- les bénéficiaires d'allocations aux personnes âgées ;
- les bénéficiaires de l'allocation logement ou de l'aide personnalisée au logement ;
- les bénéficiaires des prestations d'aide sociale ou du RMI ou RSA ;
- les réfugiés ayant demandé le statut de réfugié ;
- les personnes admises au titre de l'asile.

Les étrangers doivent, à la date de leur affiliation, justifier de leur situation régulière en France.

*Article R. 380-1 du Code de la Sécurité sociale
Décret n° 99-1005 du 1^{er} décembre 1999 - JO du 2 décembre*

Personnes exclues du dispositif de la CMU

Même si elles résident en France de manière stable et régulière, certaines personnes ne peuvent pas bénéficier de la CMU.

Il s'agit notamment des personnes suivantes :

- membre du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, fonctionnaire d'un État étranger et personne assimilée, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent ;
- personne venue en France pour suivre un traitement médical ou une cure ;
- personne étrangère titulaire d'une carte de séjour "retraité".

Affiliation et cotisations

L'affiliation à la CMU de base est gratuite ou payante selon les revenus.

Les revenus pris en compte correspondent au revenu fiscal de référence figurant sur l'avis d'imposition.

Lorsque la demande de CMU de base est présentée avant le 1^{er} octobre de l'année « N », le montant des revenus pris en compte correspond au revenu fiscal de l'année « N-2 ».

Lorsque la demande de CMU de base est présentée après le 1^{er} octobre de l'année « N », le montant des revenus pris en compte correspond au revenu fiscal de l'année « N-1 ».

Exemple

- si vous faites une demande de CMU de base le 15 septembre 2013, c'est le revenu fiscal indiqué sur votre avis d'imposition des revenus de l'année 2011 qui est à prendre en compte ;
- si vous faites une demande de CMU de base le 15 octobre 2013, c'est le revenu fiscal indiqué sur votre avis d'imposition des revenus de l'année 2012 qui est à prendre en compte.

Le plafond annuel de ressources qui détermine la gratuité ou non de l'affiliation à la CMU de base est fixé à **9 534 €** par foyer pour la période du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2014.

Les droits au titre de la CMU de base

Combien serez-vous remboursé ?

L'affiliation à la CMU de base ouvre droit à la prise en charge de vos soins en cas de maladie et maternité selon les mêmes conditions et taux de remboursement que les autres assurés sociaux.

Ainsi, l'Assurance Maladie rembourse entre 60 % et 100 % les actes et prestations, et entre 15 % et 100 % les médicaments. Comme les autres assurés sociaux, vous avez éventuellement à faire l'avance des frais.

Les frais non remboursés

Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement par l'Assurance Maladie, ainsi que la participation forfaitaire de 1 euro sur les actes médicaux, la franchise médicale de 0,50 € sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports, le forfait journalier lors d'une hospitalisation.

Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 18 €.

À noter que les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

Gestion de la CMU de base

La gestion de la CMU est assurée par les caisses primaires d'assurance maladie.

CMU COMPLÉMENTAIRE

Objectif de la CMU Complémentaire

Offrir une couverture complémentaire

Les personnes les plus défavorisées se voient offrir une couverture complémentaire gratuite. La "CMU complémentaire" est possible pour les personnes ayant de faibles revenus.

Cette couverture complémentaire prend en charge le ticket modérateur, c'est-à-dire la partie des frais restant habituellement à la charge de l'assuré. Ainsi, les consultations et les soins médicaux réalisés aux cabinets, dans les centres de soins ou dans les hôpitaux sont pris en charge à 100 %. De plus, l'assuré bénéficie du tiers payant : il n'a plus besoin d'avancer les frais, dès lors qu'il s'agit de soins ou de médicaments prescrits et remboursables par l'Assurance Maladie.

Elle permet à plus de 4,3 millions de personnes, qui n'en n'auraient pas la possibilité autrement, d'avoir accès à une assurance complémentaire.

Condition de résidence

Peuvent en bénéficier les personnes résidant en France depuis plus de 3 mois, en situation stable et régulière, et dont les ressources sont inférieures à un seuil fixé par décret. Les personnes sans domicile fixe, en habitat mobile ou très précaire, peuvent se faire domicilier auprès d'un centre communal d'action sociale ou d'une association agréée. Ce délai de 3 mois n'est toutefois pas opposable :

- aux personnes affiliées à un régime obligatoire de Sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle en France, dont elles peuvent attester par tout moyen qu'elle excède une durée de 3 mois ;
- aux personnes inscrites à un stage de formation professionnelle (livre IX du Code du travail) pour une durée supérieure à 3 mois ;
- aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés et des allocations chômage.

Article R. 861-1 du Code de la Sécurité sociale

Condition de ressources

Pour bénéficier de la CMU complémentaire, les ressources ne doivent pas dépasser un plafond.

Le plafond de ressources varie selon la composition du foyer du demandeur.

Pour la CMU complémentaire, le foyer comporte le demandeur, son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un PACS, les enfants et autres personnes de moins de 25 ans vivant sous le même toit, ou figurant sur sa déclaration fiscale ou recevant une pension alimentaire faisant l'objet d'une déduction fiscale.

L'ensemble des ressources du foyer perçues au cours des 12 mois précédant la demande, y compris les prestations familiales, les pensions diverses, les revenus du capital, est pris en compte (les allocations du RSA ne sont pas prises en compte). Tous les revenus réellement perçus sont pris en compte : revenus imposables et revenus non imposables.

Article R. 861-8 nouveau du Code de la Sécurité sociale

Article R. 861-4 nouveau du Code de la Sécurité sociale

Les personnes percevant le montant forfaitaire du revenu de solidarité active (RSA socle), déterminé en fonction de la composition du foyer, ont droit, sans nouvelle étude de leur dossier, à la CMU complémentaire.

Plafond des ressources du foyer au 1^{er} juillet 2013

Les ressources prises en compte pour l'attribution de la CMU complémentaire sont celles des douze mois civils précédant votre demande. Ainsi, pour une demande effectuée en juillet 2013, vous devez mentionner vos ressources perçues du 1^{er} juillet 2012 au 30 juin 2013.

Plafond annuel de ressources pour l'attribution de la CMU complémentaire, applicable au 1 ^{er} juillet 2013		
Nombre de personnes composant le foyer	Montant du plafond annuel en France métropolitaine	Montant du plafond annuel dans les départements d'Outre-Mer*
1 personne	8 593 €	9 564 €
2 personnes	12 889 €	14 346 €
3 personnes	15 467 €	17 215 €
4 personnes	18 045 €	20 084 €
au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 437,182 €	+ 3 825,585 €

* hors Mayotte où la CMU complémentaire ne s'applique pas.

☞ Ces montants sont applicables à compter du 1^{er} juillet 2013 (source : décret n° 2013-507 du 17 juin 2013 publié au Journal officiel du 18 juin 2013).

Cas particulier : vous êtes allocataire du revenu de solidarité active (RSA) socle

Si vous êtes allocataire du RSA socle, vous et chaque membre de votre foyer avez droit à la CMU complémentaire.

Vous devez cependant en faire la demande au moyen du formulaire S 3711 « CMU complémentaire et aide pour une complémentaire santé » (disponible ci-dessous en téléchargement), l'ouverture de vos droits n'étant pas automatique. Vous n'avez pas à compléter la déclaration de ressources. Il vous suffira de dater et de signer l'encadré réservé à cet effet.

Vous devez également remplir le formulaire S 3712 « Couverture maladie universelle - protection complémentaire : choix, par le demandeur, de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé ».

Si l'un des membres de votre foyer souhaite un autre organisme que celui que vous avez choisi, remplissez également le formulaire S 3713 « CMU complémentaire - choix, par un des membres du foyer, de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé ».

Droits ouverts par la CMU complémentaire

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont pris en charge à 100 %.

La CMU complémentaire couvre intégralement le ticket modérateur et le forfait hospitalier, ce qui implique que les patients n'ont rien à régler lors d'une consultation médicale, de soins ou d'une prescription de médicaments.

Les franchises (1 €, ainsi que les nouvelles franchises mises en place au 1^{er} janvier 2008) ne sont pas demandées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Des forfaits de dépassements pour les prothèses dentaires et les appareillages (lunettes par exemple) sont pris en charge par la CMU complémentaire.

Pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire, un barème de tarifications des prothèses dentaires et des lunettes a été fixé, variable selon les équipements médicalement nécessaires. Ces équipements sont intégralement pris en charge. Les professionnels et les fournisseurs ont obligation de les proposer aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Pour les médecins à honoraires libres (secteur 2), le dépassement d'honoraires dans ce cadre, au-delà du tarif de la Sécurité sociale, n'est pas possible.

Le droit au tiers payant est conservé pendant un an après la sortie du dispositif (depuis le 1^{er} janvier 2002).

Tous les assurés de 16 ans et plus sont invités à déclarer un médecin traitant.

Lunettes

Pour les lunettes et les prothèses dentaires dont les prix sont libres, un arrêté fixe le niveau de prise en charge par la CMU. Des négociations ont été menées par le Ministère avec les professions concernées de façon à limiter les prix et assurer une prise en charge à 100 %.

Une paire de lunettes par an est prise en charge. Selon la nature des lunettes et verres, les tarifs s'élèvent de **54,57 à 163,73 €** avant 18 ans, et de **54,57 à 137,21 €** à partir de 18 ans.

Arrêté du 31 décembre 1999 - JO du 1^{er} janvier 2000, p. 34

Le bénéficiaire ne paie rien pour la monture si elle coûte moins de **22,87 €**.

Chez l'opticien

L'opticien

Vous avez droit à un équipement de lunettes (deux verres et une monture de lunettes) gratuit par an, c'est-à-dire dans la période de 12 mois à compter de l'attribution de la CMU complémentaire.

*☞ Vous ne payez pas les verres dans la limite des tarifs de la CMU complémentaire fixés à **31,70 €** pour une correction simple et **114,34 €** pour une correction complexe. Cependant, ce tarif ne prend pas en charge vos éventuelles demandes particulières de confort (verres antireflets, verres incassables...). De même, vous ne payez pas la monture de lunettes, dans la limite du tarif de la CMU complémentaire fixé à **22,87 €**.*

Votre opticien est tenu de vous proposer des verres et une monture de lunettes dans cette gamme de prix. Préalablement à votre achat, il doit établir un devis d'après votre prescription médicale, que vous adressez à votre caisse d'Assurance Maladie. Celle-ci, ou l'organisme complémentaire qui gère votre CMU, vous notifiera sa décision de prise en charge.

À noter : la CMU complémentaire ne prévoit pas de prise en charge particulière pour les lentilles de correction.

Prothèses dentaires

Le bénéficiaire de la CMU ne paie rien pour le traitement des caries, des détartrages, les examens de contrôle.

Pour les prothèses dentaires, les dépassements par rapport au tarif de la Sécurité sociale sont pris en charge en cas de problème médical avéré et dans la limite des tarifs de la CMU complémentaire.

Arrêté du 10 avril 2002 - JO du 13 avril 2002 p 7192.

Chez le dentiste

Vous n'avez rien à payer pour les soins dits conservateurs (caries, détartrage, examens de contrôle), ni pour les soins de prothèse dentaire et d'orthopédie dento-faciale, dans la limite des tarifs de la CMU complémentaire.

Les dentistes - notamment ceux qui bénéficient du droit au dépassement permanent (DP) - sont tenus d'appliquer les tarifs conventionnels en vigueur et de ne pas vous facturer de dépassements d'honoraires. Cependant, en cas d'exigence particulière de votre part, comme un rendez-vous en dehors des heures habituelles de consultation, le dépassement d'honoraires est à votre charge.

Avant de commencer les soins d'orthopédie dento-faciale (ODF), votre dentiste doit établir une demande d'entente préalable accompagnée d'un devis avec la mention CMU, que vous adressez au dentiste-conseil de votre caisse d'Assurance Maladie. Dans les plus brefs délais, celle-ci (ou l'organisme complémentaire qui gère votre CMU) vous notifiera un accord de prise en charge sur le montant couvert.

Chez l'audioprothésiste

Un forfait alloué sur deux ans, en supplément du tarif de l'Assurance Maladie (**199,71 €**), permet de bénéficier d'un appareil auditif au prix maximum de **443,63 €**.

En cas de prescription d'un deuxième appareil pour une personne de plus de 20 ans, la prise en charge de celui-ci s'effectue à 100 % du tarif remboursable (soit **199,71 €**). Des fonds de secours peuvent être accordés pour vous aider à financer ce deuxième appareil.

Autres frais

Pour les autres dispositifs médicaux à usage individuel, un 4^e arrêté fixe la liste de ces dispositifs, leur prix de vente maximum ainsi que la limite de leur prise en charge.

Arrêté du 31 décembre 1999 - JO du 1^{er} janvier 2000, p. 30

Pour bénéficier de la dispense d'avance de frais, l'assuré doit présenter sa carte d'assurance maladie électronique (carte «Vitale»).

Une circulaire ministérielle du 27 avril 2000 et une circulaire CNAMTS du 12 mai 2000 précisent les conditions de prise en charge de l'optique, des soins dentaires et de l'orthopédie dento-faciale.

Gestion de la CMU complémentaire

La demande d'adhésion à la CMU complémentaire doit être faite auprès de la CPAM dont relève le demandeur, pour l'ensemble de son foyer.

La décision d'attribution est prise par le préfet du département du siège de la caisse d'affiliation du demandeur (ou par le directeur de la CPAM sur délégation) et notifiée à l'intéressé dans un délai de 2 mois.

Dans sa demande, l'intéressé devra indiquer l'organisme retenu pour la gestion de sa couverture complémentaire (CPAM, mutuelle ou assurance).

La demande annuelle de renouvellement de la CMUC doit être faite au moins 2 mois avant l'expiration de la période d'attribution.

Articles R. 861-16 et D. 861-2 du Code de la Sécurité sociale

La gestion de la couverture complémentaire peut être assurée :

- soit par les caisses d'assurance maladie ;
- soit par un organisme complémentaire agréé dans ce cadre.

Il appartient à l'assuré de choisir l'organisme gestionnaire de sa couverture complémentaire.

Le choix est effectué lors de chaque demande et à chaque renouvellement des droits. Les prestations sont identiques, quel que soit l'organisme retenu.

Les organismes complémentaires de toute nature qui souhaitent participer à la CMU doivent s'inscrire auprès du Préfet de région.

Article R. 861-19 du Code de la Sécurité sociale

L'inscription se renouvelle chaque année par tacite reconduction, la renonciation étant toujours possible.

En cas de manquement à ses obligations, l'organisme complémentaire peut être radié.

Article R 861-20 du Code de la Sécurité sociale

Dans ce cas, le service des prestations complémentaires est assuré par l'organisme maladie qui sert les prestations en nature.

Décret n° 99-1049 du 15 décembre 1999 - JO du 16 décembre, p. 18718

En échange de cette gestion, l'organisme complémentaire percevra de la part de l'État une indemnité de 225 € par an et par bénéficiaire de la CMU géré.

AIDE À L'ACQUISITION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est créée sous forme de chèque au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels.

Article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 a prévu le lancement d'un appel d'offres afin de sélectionner les opérateurs auxquels les bénéficiaires de l'ACS pourront s'adresser.

La commission des Affaires sociales du Sénat, qui a examiné le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2014, a adopté un amendement fixant un taux réduit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) à 3,5 % pour les contrats d'assurance santé complémentaire réservés aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Bénéficiaires

Ouvrent droit à un crédit d'impôt les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une compagnie d'assurance ou d'une institution de prévoyance pour les personnes résidant en France en situation régulière dont les ressources sont comprises entre le plafond CMUC et ce même plafond majoré de 35% à compter du 1^{er} janvier 2012.

Article 55 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011

Montant de l'aide

Le montant de l'aide varie selon le nombre et l'âge des personnes composant leur foyer.

Ce montant est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due.

Âge des personnes composant le foyer	Montant par personne de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
Moins de 16 ans	100 €
De 16 à 49 ans	200 €
De 50 à 59 ans	350 €
60 ans et plus	500 €

Article L. 863-2 du Code de la Sécurité sociale

Seuls les contrats qui ne prennent pas en charge la majoration de la participation de l'assuré et ses ayants droits ne passant pas par un médecin traitant et le ticket modérateur d'ordre public (1 € forfaitaire) peuvent ouvrir droit au chèque.

Elle ouvre droit également :

- **au bénéfice des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires** dans le cadre du parcours de soins coordonnés, quel que soit le médecin, même s'il pratique des honoraires libres (« secteur 2 »), sauf en cas d'exigences particulières de votre part (visite en dehors des heures habituelles de consultation, visite à domicile non justifiée...);
- **à la dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie** lors de vos consultations médicales dans le cadre du parcours de soins coordonnés ;
- **à une dispense de cotisation** si vous bénéficiez de la CMU de base.

Formalités

Le bénéfice de la déduction est obtenu par une demande auprès de la caisse d'assurance maladie.

La caisse décline une attestation de droit à déduction, pour chaque bénéficiaire âgé de plus de 16 ans.

L'assuré peut faire valoir son droit à déduction dans un délai de 6 mois, sur présentation de cette attestation auprès de l'organisme complémentaire.

Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

Le droit à déduction est ouvert pour un an sans pouvoir excéder la durée du contrat.

Lettre circulaire ACOSS n° 2005-071 du 20 avril 2005

Le gouvernement a déposé un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2014 qui prévoit «d'agir directement sur les prix pratiqués par les professionnels concernés» à l'égard des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS), afin de limiter leurs dépenses sur ce poste et garantir un meilleur accès aux soins en luttant contre le renoncement. L'optique est, rappelle-t-on, régulièrement pointée comme l'un des principaux postes de renoncement aux soins en raison de ses coûts.

EXTENSION DE L'ENCADREMENT DES TARIFS AUX BÉNÉFICIAIRES DE L'ACS

Le principe d'encadrement des tarifs optique qui existe actuellement pour les ressortissants de la couverture maladie universelle (CMU) serait ainsi étendu aux bénéficiaires de l'ACS, c'est-à-dire les personnes dont les revenus ne dépassent pas 967 € mensuels pour une personne seule. L'exposé des motifs de l'amendement stipule qu'il confie aux partenaires conventionnels le soin de fixer les tarifs maxima, ce qui devrait logiquement englober l'assurance maladie, les représentants de l'optique et ceux des complémentaires santé, même si l'Unocam n'est pas expressément mentionnée.

ASSURANCE MALADIE – PRESTATIONS EN ESPÈCE

INCAPACITÉ DE TRAVAIL - (ARRÊT DE TRAVAIL POUR MALADIE)

Conditions d'ouverture du droit

Pour un arrêt de travail inférieur à 6 mois

L'assuré doit justifier :

- avoir travaillé au moins 200 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt de travail ;

ou

- avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois civils précédant l'arrêt de travail.

Pour un arrêt de travail supérieur à 6 mois

L'assuré doit justifier :

- avoir travaillé au moins 800 heures au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant l'arrêt de travail, dont 200 heures au moins au cours des 3 premiers mois ;

ou

- avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail, dont 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours de 6 premiers mois.

L'assuré doit également être immatriculé depuis au moins 12 mois au 1^{er} jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail

Montant de vos indemnités journalières

L'indemnité journalière que vous recevrez pendant votre arrêt de travail est égale à 50 % de votre salaire journalier de base. Celui-ci est calculé sur la moyenne des salaires bruts (= salaires soumis à cotisations) des 3 derniers mois travaillés précédant votre arrêt de travail, ou des 12 mois en cas d'activité saisonnière ou discontinue, pris en compte dans la limite de 1,8 fois le SMIC mensuel en vigueur (soit **2 601,68 €** au **1^{er} janvier 2014**).

Par exemple : sur la base d'un salaire journalier de **75 €**, votre indemnité journalière sera de **37,50 €** par jour.

Si vous avez au moins trois enfants à charge, votre indemnité journalière est majorée à partir du 31^e jour d'arrêt de travail continu. Elle est alors égale à 66,66 % du salaire journalier de base.

Par exemple : sur la base d'un salaire journalier de **75 €**, votre indemnité journalière sera de **50 €**.

Montant maximum de l'indemnité journalière maladie au 1 ^{er} janvier 2014	
Indemnité journalière maladie normale	42,77 €
Indemnité journalière maladie majorée	57,02 €

En cas d'augmentation générale des salaires durant votre arrêt de travail, et si celui-ci se prolonge au-delà de trois mois, votre indemnité journalière pourra être revalorisée. Pour plus de détails, contactez votre caisse d'Assurance Maladie.

☞ *Votre entreprise a peut-être signé une convention collective qui assure le maintien de votre salaire intégral ou partiel pendant votre arrêt de travail pour maladie. Renseignez-vous auprès d'elle.*

Un délai de carence de trois jours

Pendant les trois premiers jours de votre arrêt de travail, les indemnités journalières ne sont pas versées, c'est ce que l'on appelle le délai de carence. En principe, le délai de carence s'applique au début de chaque arrêt de travail.

Durée d'attribution

La durée maximale est de 360 indemnités journalières au cours de 3 années consécutives.

Sauf en cas de maladie de longue durée, les indemnités journalières peuvent être versées pendant une période de 3 ans calculée de date à date. Un nouveau délai de 3 ans ne peut courir que si l'assuré a repris son travail pendant au moins un an sans interruption.

Exceptions

Le délai de carence ne s'applique pas lors d'un arrêt de travail dans les cas suivants :

- la reprise d'activité entre deux prescriptions d'arrêt de travail ne dépasse pas 48 heures, à condition que le deuxième arrêt soit prescrit dans le cadre d'une prolongation ;
- si vous êtes en affection de longue durée et que vos arrêts de travail sont en rapport avec cette maladie, le délai de carence n'est retenu que pour le premier arrêt de travail pour une même période de trois ans.

☞ Si votre entreprise prévoit le maintien de salaire en cas d'arrêt de travail, votre employeur peut demander la subrogation. Dans ce cas, c'est lui qui percevra les indemnités journalières versées par votre caisse d'Assurance Maladie.

Des indemnités journalières soumises aux prélèvements sociaux et à l'impôt sur le revenu

Votre caisse d'Assurance Maladie vous verse vos indemnités journalières tous les quatorze jours. Elle vous adresse en même temps un relevé.

Les indemnités journalières sont soumises 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).

Les indemnités journalières sont soumises à l'impôt sur le revenu, sauf si elles sont en lien avec une affection de longue durée (ALD). Si vous avez perçu des indemnités journalières au cours de l'année, votre caisse d'Assurance Maladie vous envoie une attestation fiscale pour vous aider à remplir votre déclaration de revenus.

ASSURANCE MATERNITÉ – INVALIDITÉ - DÉCÈS

ASSURANCE MATERNITÉ

Conditions d'ouverture du droit

L'assurée doit justifier :

- avoir travaillé au moins 200 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant le début de sa grossesse ou de son congé prénatal ;

ou

- avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois civils précédant la date de début de grossesse ou de congé prénatal.

L'assurée doit également être immatriculée depuis au moins 10 mois à la date présumée de son accouchement.

Durée d'indemnisation

L'indemnisation de la maternité se fait sans délai de carence, dès le début du congé légal de maternité. La durée d'indemnisation est celle du congé légal, dont la durée est la suivante (depuis la Loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille) :

Nombre d'enfants à charge ou nés viables avant la naissance	Naissance	Congé prénatal	Congé postnatal	Durée totale
0 ou 1 enfant	■ 1 enfant	■ 6 semaines	■ 10 semaines	■ 16 semaines
	■ jumeaux ^(*)	■ 12 semaines	■ 22 semaines	■ 34 semaines
	■ naissance multiple de plus de 2 enfants	■ 24 semaines	■ 22 semaines	■ 46 semaines
2 enfants et plus	■ 1 enfant ^(*)	■ 8 semaines	■ 18 semaines	■ 26 semaines
	■ jumeaux ^(**)	■ 12 semaines	■ 22 semaines	■ 34 semaines
	■ naissance multiple de plus de 2 enfants	■ 24 semaines	■ 22 semaines	■ 46 semaines

^(*) La période d'indemnisation antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de 2 semaines à la demande de la femme enceinte ; la période d'indemnisation postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant (article L. 331-4 du Code de la Sécurité sociale).

^(**) En cas de naissance de jumeaux, la période prénatale peut être augmentée de 4 semaines ; la période postnatale peut alors être réduite d'autant.

Article L. 331-3 du Code de la Sécurité sociale

Ce délai «avancé» ne se confond pas avec le congé de grossesse pathologique.

Aménagements possibles depuis le 7 mars 2007

La salariée peut demander, sous réserve de l'avis favorable du professionnel de santé qui suit sa grossesse, à reporter une partie de son congé prénatal après l'accouchement. Ce report ne peut pas dépasser trois semaines. Si un arrêt de travail est prescrit avant l'accouchement et pendant la période de report initialement prévue, la période de report est réduite d'autant.

Montant de l'indemnité journalière de maternité

L'indemnité journalière de maternité est égale au salaire journalier de base calculé sur la moyenne des salaires des 3 mois précédant le congé prénatal (1/91,25^e).

Les salaires pris en compte correspondent aux salaires soumis à cotisations, dans la limite du plafond annuel Sécurité sociale, diminués des cotisations salariales obligatoires à caractère légal et conventionnel et de la CSG. Ceci permet d'obtenir un salaire net.

Le montant maximum au **1^{er} janvier 2014** de l'indemnité journalière maternité est de **81,27 €** par jour.

Prélèvements sociaux

Les indemnités journalières sont soumises aux prélèvements sociaux :

- 0,50 % au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- 6,20 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG).

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

CONGÉ PATERNITÉ

Applicable à compter du 1^{er} janvier 2002, ce congé est de 11 jours ouvrés pour une naissance simple et de 18 jours en cas de naissances multiples.

Le congé paternité doit débuter dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant.

Il s'ajoute aux 3 jours d'absence autorisée par l'employeur pour une naissance. Le congé paternité peut être pris immédiatement après ces 3 jours ou séparément.

Conditions d'ouverture du droit

L'assuré doit justifier :

- avoir travaillé au moins 200 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant le début du congé paternité ;

ou

- avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois civils précédant la date du début du congé paternité.

L'assuré doit également être immatriculé depuis au moins 10 mois à la date du début de son congé paternité.

Montant de l'indemnité journalière de paternité

L'indemnité journalière de paternité est calculée de la même manière que l'indemnité journalière de maternité.

Prélèvements sociaux :

Les indemnités journalières sont soumises aux prélèvements sociaux :

- 0,50 % au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- 6,20 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG).

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

ASSURANCE INVALIDITÉ

Conditions d'ouverture du droit

L'assuré doit justifier :

- avoir travaillé au moins 800 heures au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant l'arrêt de travail ou la constatation de l'état d'invalidité, dont 200 heures au moins au cours des 3 premiers mois ;

ou

- avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail ou la constatation, dont 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours de 6 premiers mois.

L'assuré doit également être immatriculé depuis au moins 12 mois au 1^{er} jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail.

Appréciation de l'état d'invalidité

L'état d'invalidité est apprécié soit :

- après la consolidation de la blessure en cas d'accident non régi par la législation sur les accidents de travail ;
- à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces (après 360 jours ;
- d'indemnités journalières ou 3 ans en cas d'affection de longue durée) ;
- au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

Détermination de l'état d'invalidité

Selon l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale, les invalides sont répartis en trois groupes :

- **l'invalidé 1^{ère} catégorie :**

il s'agit de l'invalidé capable d'exercer une activité rémunérée.

- **l'invalidé 2^e catégorie :**

il s'agit de l'invalidé incapable d'exercer une activité. Le montant de la pension d'invalidité est de 50 % du salaire de base avec un maximum de 50 % du plafond annuel de la Sécurité sociale.

■ **l'invalidé 3^e catégorie :**

il s'agit de l'invalidé incapable d'exercer une activité et incapable d'assumer seul les actes de la vie courante, doit avoir recours à l'aide d'une tierce personne.

Il perçoit le montant de la pension de la 2^e catégorie. La rente invalidité peut être cumulée avec un salaire ou une retraite.

En principe, à l'âge légal de la retraite (entre 60 et 62 ans), la pension vieillesse pour inaptitude se substitue à la pension d'invalidité et l'assuré est alors basculé sur le risque vieillesse.

Toutefois, depuis mars 2010, l'assuré qui poursuit une activité professionnelle continue à percevoir sa pension d'invalidité jusqu'à cessation définitive de l'activité et ce, au plus tard jusqu'à l'âge taux plein (entre 65/67 ans).

Article L. 341-16 du Code de la Sécurité sociale

Montants des pensions d'invalidité au 1^{er} avril 2014			
	Calcul de la pension en % sur la base du salaire annuel moyen perçu pendant les dix meilleures années d'activité	Montant mensuel minimum	Montant mensuel maximum
Pension d'invalidité de 1 ^{re} catégorie	30 %	279,98 €	938,70 €
Pension d'invalidité de 2 ^e catégorie	50 %	279,98 €	1 564,50 €
Pension d'invalidité de 3 ^e catégorie	50 % + majoration pour tierce personne	279,98 € + 1 103,08 €	1 564,50 € + 1 103,08 €

Prélèvements sociaux

Les pensions d'invalidité sont soumises aux prélèvements sociaux :

- 0,50 % au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- 6,60 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG) ;
- 0,3 % au titre de la contribution annuelle de solidarité à l'autonomie (CASA) à compter du 1^{er} avril 2013.

Les pensions d'invalidité sont soumises à l'impôt sur le revenu.

ASSURANCE DÉCÈS

Conditions d'ouverture de droit

La condition d'ouverture de droits s'apprécie à la date du décès.

Ainsi, à la date du décès, l'assuré doit justifier depuis moins d'un an précédant la date du décès, des conditions ci-après :

- justifié de 60 heures de travail, salarié ou assimilé, au cours d'un mois civil ou de 30 jours consécutifs ;

ou

- à cotisé sur des rémunérations au moins égales à 60 fois le SMIC horaire pendant un mois civil ou 30 jours consécutifs ;

ou

- à cotisé sur des rémunérations au moins égales à 120 fois le SMIC horaire pendant 3 mois civils ou de date à date ;

ou

- justifie d'au moins 120 heures de travail, salarié ou assimilé, pendant 3 mois civils ou de date à date.

La loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 prévoit dans son article 36 que, sous réserve que soient remplies les conditions de durée d'assurance prévues à l'article L. 313-1 du Code de la Sécurité sociale, les ayants droit d'un assuré décédé peuvent également bénéficier du capital décès lorsque l'intéressé, moins de 3 mois avant son décès :

- exerçait une activité salariée ;

ou

- percevait une allocation au titre d'un congé ou d'une convention de conversion ou des allocations chômage ;

ou

- était titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Cette loi qui étend donc les possibilités de bénéficier du capital décès, prévoit également que ce capital peut être versé aux ayants droit lorsque l'assuré bénéficiait, au moment du décès, du maintien de ses droits au titre de l'article L. 161-8 du Code de la Sécurité sociale.

Capital décès

Le montant du capital décès est égal à 91,25 fois le gain journalier de base calculé de la même façon que pour les indemnités journalières maladie.

Le salaire servant de base au calcul du gain journalier de base correspond au 1/91,25^e des paies échues des 3 derniers mois précédant l'arrêt.

Les salaires de référence sont, le cas échéant, actualisés des coefficients de revalorisation intervenus entre la date de cessation d'activité et celle du décès.

Le versement du capital décès n'est pas soumis à des conditions de ressources.

Article L. 361-2 et R. 382.36 du Code de la Sécurité sociale modifié par le décret n° 2011-1957 du 26 décembre 2011.

Exemple

Soit un salarié décédé dont le salaire brut mensuel s'élevait à 1 500 €.

Pour connaître le montant du capital décès qui sera versé par la Sécurité sociale, il convient de calculer le gain journalier de base :

Le gain journalier de base = (1 500 x 3) / 91,25 = 49,31 €

Le montant du capital versé = 49,31 x 91,25 = 4 500 €

Capital décès au **1^{er} janvier 2014**

Montant minimum : **375,48 €**

Montant maximum : **9 387 €**

Modalités de paiement du capital

Le capital décès n'est pas attribué de façon automatique. Les bénéficiaires éventuels doivent en faire la demande.

Le versement est effectué par la caisse primaire d'assurance-maladie dont dépend l'assuré décédé.

Le capital décès n'est pas soumis à la contribution sociale généralisée (CSG), ni à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), ni aux cotisations de Sécurité sociale, ni à l'impôt sur les successions.

Bénéficiaires prioritaires

Les bénéficiaires prioritaires sont les personnes à charge, totale et effective de l'assuré au moment du décès, soit :

- le conjoint ou le partenaire du PACS (Pacte Civil de Solidarité) ;
- les enfants ;
- les ascendants ;
- le concubin ;
- toute autre personne à charge.

Ces personnes ont un mois à compter du décès pour faire valoir leur qualité de prioritaire. Contrairement à la prévoyance, il n'est donc pas possible à l'assuré de choisir le bénéficiaire du capital décès versé par la Sécurité sociale. Le capital décès est versé à la suite du décès d'un assuré en activité, mais également d'un assuré indemnisé.

Exemple

Le décès d'un invalide y donne droit.

Cette prestation est également versée dans le cas d'un décès dans les 3 mois qui suivent la liquidation de la retraite de l'assuré.

Bénéficiaires non prioritaires

Si dans un mois qui suit le décès, aucune priorité n'a été invoquée, le capital est attribué dans l'ordre de préférence suivant :

- au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait ou au partenaire du PACS ;
- ou à défaut, aux descendants ;
- ou à défaut aux ascendants ;

Les bénéficiaires non prioritaires disposent d'un délai maximum de 2 ans, à compter de la date du décès, pour demander le capital décès.

ASSURANCE VEUVAGE

L'assurance veuvage garantit une allocation temporaire au conjoint survivant d'un assuré décédé. Le demandeur doit être veuf ou veuve d'un conjoint assuré au régime général ou au régime des salariés agricoles.

Cette condition est remplie si le conjoint décédé était en activité mais aussi s'il était en arrêt de travail indemnisé, au chômage, ou bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés.

Alors qu'elle devait s'éteindre le 31 décembre 2010, l'assurance veuvage a finalement été pérennisée par la loi du 9 novembre sur les retraites.

Deux décrets (n° 2010-1758 du 30 décembre 2010 et n° 2010-1758 du 31 décembre 2010) parus au Journal officiel du 1^{er} janvier ont rétabli notamment les conditions de perception de cette allocation, fixée à **602,13 €** par mois au **1^{er} avril 2013**.

Le conjoint doit résider en France, être âgé de moins de 55 ans, vivre seul et percevoir des ressources au cours des 3 mois précédant la demande inférieure à un certain seuil (fixé à **2 258,01 €**, soit **752,66 €** par trimestre au **1^{er} avril 2013**). L'allocation est versée pendant 2 ans au maximum ou jusqu'à 55 ans lorsque le bénéficiaire est âgé d'au moins 50 ans au décès de son conjoint.

Conditions d'attribution relatives à l'assuré décédé

L'assuré doit avoir, avant son décès, relevé à titre obligatoire ou volontaire de l'assurance vieillesse du régime général et cotisé à ce régime au cours d'une période de référence (3 mois au cours des 12 mois précédant le décès).

Il convient de préciser que cette mesure était prévue antérieurement mais avait été prise par voie réglementaire et non législative, ce que le Conseil d'État avait annulé pour illégalité en 1996. Les autres conditions (âge du conjoint survivant, charges de famille et ressources) demeurent inchangées.

Montant de l'allocation

Le caractère dégressif est supprimé. L'allocation veuvage est donc désormais d'un montant unique, versé pendant deux ans. Pour les personnes âgées de plus de 50 ans à la date du décès, le service de l'allocation reste prolongé jusqu'à leur 55^e anniversaire. L'allocation veuvage doit être demandée dans les deux ans suivant le décès.

Conditions d'ouverture du droit

L'allocation veuvage est versée :

- au bénéfice du conjoint survivant non remarié âgé de moins de 55 ans (car, à partir de 55 ans, le conjoint peut percevoir la réversion de la pension de retraite Sécurité sociale) ;
- qui ne dispose pas de ressources trimestrielles supérieures à **2 258,01 €** par trimestre au **1^{er} avril 2013**. Dans le cas contraire, la demande d'allocation est rejetée ;

- qui n'est pas remarié, ne vit pas maritalement ou n'a pas conclu un PACS ;

La condition d'avoir élevé un enfant pendant 9 ans a été supprimée par la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000.

Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2001 - Article L. 356-1 du Code de la Sécurité sociale

Le montant de cette allocation est unique et versé pendant deux ans.

Le montant à servir est déterminé, en fonction des situations, par différence entre le plafond de ressources autorisé et le montant des ressources personnelles.

La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 (JO du 31 juillet 1998), relative à la lutte contre les exclusions, a établi un mécanisme d'intéressement qui permet dorénavant au conjoint survivant de cumuler, pendant 12 mois, les revenus d'une activité salariée ou dans le cadre d'une création ou d'une reprise d'entreprise.

Dans le cadre d'une activité salariée, la rémunération ainsi perçue n'est pas prise en compte dans le plafond de ressources pendant les 3 premiers mois, puis prise en compte à hauteur de 50 % au cours des 9 mois suivants.

Dans le cadre d'une création ou d'une reprise d'entreprise, les revenus ainsi perçus ne sont pas pris en compte dans le plafond de ressources pendant les 6 premiers mois, puis pris en compte à hauteur de 50 % au cours des 6 mois suivants.

Le montant maximum de cette allocation sur 2 ans est de : **602,13 €** par mois **au 1^{er} avril 2013**.

ACCIDENT DE TRAVAIL / MALADIE PROFESSIONNELLE

ARRÊT SUITE À UN ACCIDENT DU TRAVAIL

Les conditions d'ouverture du droit existent dès l'embauche du salarié, sans délai de carence.

La Sécurité sociale distingue deux risques en matière d'accident du travail :

- l'accident de travail ;
- la maladie professionnelle.

Les accidents de trajet donnent lieu à une indemnisation «classique» d'arrêt de travail suite à une maladie. La durée d'indemnisation n'est pas limitée : les indemnités journalières sont versées jusqu'à la fin de la maladie.

Une rente peut également être versée :

- si le taux d'incapacité est inférieur à 10 %, il sera versé un capital unique ;
- si le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 10 %, il sera versé une rente viagère, non taxable et non soumise à CSG.

Montant des indemnités journalières

Les indemnités journalières d'accident du travail sont versées à partir du premier jour d'arrêt.

Pendant les 28 premiers jours, l'indemnité journalière est égale à 60 % du gain journalier de base.

À partir du 29^e jour, l'indemnité journalière est portée à 80 % du gain journalier de base.

Le gain journalier de base correspond au salaire net du mois civil précédant l'arrêt de travail divisé par 30,42.

MONTANT MAXIMUM

Le montant maximum des indemnités journalières est calculé sur un gain journalier de base au plus égal à 0,834 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du paiement.

Décret n° 93-938 du 16 juillet 1993

- **pendant les 28 premiers jours suivant l'arrêt de votre travail** : l'indemnité journalière est égale à 60 % de votre salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné à **187,89 €** au **1^{er} janvier 2014**.
- **à partir du 29^e jour d'arrêt de travail** : l'indemnité journalière est majorée et portée à 80 % de votre salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné à **250,52 €** au **1^{er} janvier 2014**.
- **au-delà de trois mois d'arrêt de travail** : votre indemnité journalière peut être revalorisée en cas d'augmentation générale des salaires après l'accident.

Prélèvements sociaux

Les indemnités journalières sont soumises aux prélèvements sociaux :

- 0,50 % au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- 6,20 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG).

Les indemnités journalières servies aux victimes d'accident du travail sont exonérées d'impôt à hauteur d'un taux forfaitaire de 50 % de l'indemnité. Cette mesure s'applique pour les indemnités versées en 2010.

L'INCAPACITÉ PERMANENTE

Le taux d'incapacité permanente

Dès votre consolidation, vous serez convoqué par le service médical de votre caisse d'Assurance Maladie pour y être examiné par un médecin conseil. Ce dernier rédigera un rapport détaillé proposant, si les séquelles le justifient, un taux d'incapacité permanente.

Ce taux d'incapacité permanente tient compte de la nature de votre infirmité, de votre état général, de votre âge, de vos aptitudes et qualifications professionnelles. Il est établi en fonction du barème indicatif d'invalidité en accidents du travail qui figure en annexe du code de la sécurité sociale. Pour en savoir plus, consultez le barème indicatif d'invalidité (accidents du travail) sur le site Legifrance.

Votre caisse d'Assurance Maladie vous communiquera votre taux d'incapacité permanente ainsi que le montant qui vous sera versé, sous forme d'indemnité en capital ou de rente d'incapacité permanente. La décision sera également adressée à votre employeur et un double sera transmis à la caisse régionale (Carsat ou Cramif en France métropolitaine, CGSS dans les départements d'Outre-Mer).

Vous avez deux mois à compter de la réception de cette lettre pour contester cette décision auprès du Tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI).

L'indemnité en capital forfaitaire

Si votre taux d'incapacité permanente est inférieur à 10 %, vous avez droit à une indemnité en capital. Son montant, fixé par décret, est forfaitaire et variable selon votre taux d'incapacité.

Montant de l'indemnité en capital versée selon le taux d'incapacité permanente (au 1 ^{er} avril 2013)	
Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnité en capital
1 %	410,30 €
2 %	666,88 €
3 %	974,50 €
4 %	1 538,07 €
5 %	1 948,44 €
6 %	2 409,90 €
7 %	2 922,41 €
8 %	3 486,62 €
9 %	4 101,86 €

L'indemnité en capital vous sera versée en une seule fois, après expiration du délai de recours de deux mois.

Elle est exonérée de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), et n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu.

La rente d'incapacité permanente

Si votre taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 10 %, vous percevrez une rente d'incapacité permanente.

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

Elles sont exonérées de CSG et de CRDS, et ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu. Elles sont versées jusqu'au décès de la victime.

Des dispositions spécifiques sont prévues en fonction de votre taux d'incapacité permanente :

■ **Votre taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 66,66 %** : vous, et vos ayants droit éventuels, bénéficiez d'une exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire d'une prise en charge à 100 % pour tous vos soins et traitements, sauf les médicaments à vignette bleue remboursés à 30 % et les médicaments à vignette orange remboursés à 15 %.

■ **Votre taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 80 %** : Si vous ne pouvez pas effectuer seul les actes de la vie courante, vous pouvez bénéficier de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne. Cette prestation est modulée sur la base de forfaits fixés en fonction de vos besoins d'assistance.

Comment se fait le calcul ?

Si votre taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 10 %, vous avez droit à une rente viagère.

La rente est calculée sur la base du salaire des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail. Elle est égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de taux ne dépassant pas 50 % et augmenté de moitié pour la partie supérieure à 50 %.

Exemples pour un salaire annuel de 18 000 €

En cas d'incapacité de 30 %

Taux de la rente = 30 : 2 = 15

Montant annuel de la rente = 18 000 € x 15 %

En cas d'incapacité de 75 %

Taux de la rente = (50 : 2) + (25 x 1,5) = 25 + 37,5 = 62,5 %

Montant de la rente = 18 000 € x 62,5 %

☞ *Le salaire annuel n'est pas toujours pris dans son intégralité. Il peut être transformé en salaire appelé « salaire utile ». Ainsi, si le salaire annuel est supérieur au salaire minimum des rentes (soit **18 154,62 € au 1^{er} avril 2013**), il sera retenu dans les proportions suivantes :*

- jusqu'à deux fois le salaire minimum des rentes : il est compté intégralement ;
- de deux à huit fois le salaire minimum des rentes : la fraction excédant deux fois le salaire minimum est comptée pour un tiers ;
- au-delà de huit fois le salaire minimum des rentes : cette fraction est abandonnée.

Revalorisations

Les rentes d'accident du travail seront revalorisées une fois par an, au 1^{er} avril de chaque année.

Un taux de revalorisation de **2,1 %** a été fixé au **1^{er} avril 2013**.

Cette revalorisation s'effectue par application des coefficients de revalorisation sur le salaire minimal servant de base au calcul des rentes ainsi que sur les rentes servies.

Arrêté Ministériel du 19 décembre 2006 - JO du 30 décembre 2006

Fiscalité

Les rentes viagères servies aux victimes d'accident du travail ou à leurs ayants droit ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu.

Article 81-8^e du Code général des impôts

Les rentes et capitaux versés aux victimes d'accidents de travail ou à leurs ayants droit ne sont pas soumis à la CSG.

Les rentes viagères ne sont pas assujetties à la CRDS.

Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 et Circulaire CNAMTS - ACCG 9/96 - 07/96 du 31 janvier 1996

MONTANT DES PRESTATIONS SÉCURITÉ SOCIALE AU 1^{ER} JANVIER 2014

Les montants maximum des indemnités journalières (IJ) maternité et des prestations invalidité du régime général, ainsi que le montant minimum du capital décès sont revalorisés au 1er janvier sur la base de la revalorisation du plafond annuel de la Sécurité sociale. Ainsi, les salaires servant de base au calcul des IJ maternité sont pris en compte dans la limite de la valeur mensuelle de ce plafond.

Le montant maximum des IJ maladie est depuis 2012 lié au Smic (les salaires servant de base de calcul aux IJ maladie sont pris en compte dans la limite de 1,8 Smic).

Les pensions d'invalidité du régime général seront revalorisées quant à elles au 1^{er} avril en fonction de l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac.

Nature des prestations	Montant en euros
Assurance maladie (montants applicables au 1 ^{er} janvier 2014)	
Indemnités journalières	42,77
Indemnités journalières maladie pour charge de famille	57,02
Assurance maternité, paternité, adoption (montants applicables au 1 ^{er} janvier 2014)	
Indemnité journalière maternité Indemnité journalière versée pendant le congé de paternité Indemnité journalière versée pendant le congé d'adoption	81,27
Pensions d'invalidité (montants applicables au 1 ^{er} janvier 2014)	
	Montant par mois
■ 1 ^{ère} catégorie	938,70
■ 2 ^e catégorie	1 564,50
■ 3 ^e catégorie	2 661
Assurance décès (montants applicables au 1 ^{er} janvier 2014)	
■ capital décès maximum	9 387
■ capital décès minimum	375,48

RÉGIME FISCAL des prestations en espèces de Sécurité sociale du régime général

Prestations	Impôt sur le revenu CSG CRDS
Assurance maladie	Imposable <i>sauf en cas d'affection de longue durée comportant un traitement prolongé et une thérapie particulièrement coûteuse</i> CSG CRDS
Assurance maternité	Imposable CSG CRDS
Pension d'invalidité	Imposable CSG <i>sauf si l'invalidité est non imposable, avant prise en</i> compte des réductions d'impôts CRDS <i>sauf si l'invalidité bénéficie d'un avantage non contributif</i>
Accidents du travail	<ul style="list-style-type: none"> ■ Indemnités journalières : imposable à 50 % de leur montant CSG CRDS ■ Capital : non imposable pas de CSG pas de CRDS ■ Rentes accidents du travail victimes et ayants droit : non imposable pas de CSG pas de CRDS
Allocation veuvage	Imposable Pas de CSG Pas de CRDS
Majoration tierce personne	Non imposable Pas de CSG Pas de CRDS
Capital décès	Non imposable Pas de CSG Pas de CRDS

AIDE PERSONNALISÉE A L'AUTONOMIE

Principales dispositions de la loi du 20 juillet 2001 ayant créé l'APA :

Bénéficiaires

Toutes les personnes âgées de plus de 60 ans ayant une résidence stable et régulière en France et ayant perdu leur autonomie peuvent bénéficier de l'APA, quel que soit le niveau de leurs revenus et qu'elles résident à domicile ou en établissement.

Son attribution n'est pas liée à une condition de ressources. Toutefois, ces dernières sont prises en compte lors de l'établissement du montant de l'APA qui est attribué.

Ces personnes doivent avoir besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou être dans un état nécessitant une surveillance régulière.

La perte d'autonomie médicalement constatée permet de classer les bénéficiaires dans une des 6 catégories de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources), selon le degré de dépendance : GIR 1 à GIR 6.

Seules les catégories 1 à 4 ouvrent droit à l'APA.

Montant de l'allocation

Il s'agit d'une allocation personnalisée, répondant aux besoins particuliers de chaque bénéficiaire.

Contrairement à la Prestation Spécifique Dépendance, le montant de l'APA est le même sur tout le territoire. Il est modulé en fonction :

- du degré de dépendance ;

et

- du montant des revenus du bénéficiaire.

Le montant effectivement attribué est variable, puisque sont pris en compte la situation et les ressources.

Niveau de dépendance	Montant mensuel maximum
GIR 1	1 312,67 €
GIR 2	1 125,14 €
GIR 3	843,86 €
GIR 4	562,57 €

- Le montant minimum est de **28,29 €**. En-deçà de ce montant, l'allocation n'est pas versée ;
- Participation financière du bénéficiaire.

Une somme reste à la charge du bénéficiaire (le ticket modérateur), sauf si ses revenus sont inférieurs à **734,66 €** par mois.

Utilisation de l'allocation

L'allocation peut être utilisée pour l'emploi d'une personne à domicile, mais également pour l'achat d'appareillages.

L'objectif est de fixer un «plan d'aide» maximum que les bénéficiaires peuvent utiliser, en tout ou partie, selon leurs besoins, en relation avec une équipe médico-sociale.

Condition de récupération sur la succession

L'APA ne peut pas être récupérée sur la succession.

Gestion de l'APA

L'aide à l'autonomie serait gérée par les départements, en liaison avec les caisses de retraite.

Financement de l'APA

Il est réalisé par :

- les départements ;
- la CSG ;
- la Sécurité sociale ;

et

- un fonds de financement spécifique (notamment financé par la CSG et la Sécurité sociale).