

ASSURANCE MATERNITÉ-PATERNITÉ ET ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION

BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS EN NATURE

ASSURÉE ET AYANTS DROIT

Peuvent bénéficier des prestations en nature :

- la femme assurée sociale ;
- la conjointe de l'assuré, en tant qu'ayant droit ;
- les enfants de l'assuré, en tant qu'ayants droit, à charge au sens de la Sécurité sociale ;
- la concubine vivant maritalement avec l'assuré, à condition d'être à sa charge totale, effective et permanente ;
- la personne liée à un assuré social par un pacte civil de solidarité, en qualité d'ayant droit, lorsqu'elle ne peut bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre.

Article L. 161-14 du Code de la Sécurité sociale

- la personne qui vit avec l'assuré et qui se trouve à sa charge effective totale et permanente, à condition d'en apporter la preuve.

La personne doit, pour bénéficier de la qualité d'ayant droit, vivre avec l'assuré depuis 12 mois consécutifs.

Article 1^{er} - Décret n° 93-678 du 27 mars 1993

La preuve de la qualité de personne à charge doit être apportée au moyen d'une déclaration sur l'honneur, cosignée par l'assuré.

Pour bénéficier de la qualité d'ayant droit, la personne ne doit relever d'aucun régime obligatoire d'assurance maladie-maternité.

☞ La qualité de personne à charge ne peut s'appliquer qu'à une seule personne par assuré social.

Article L. 161-14 du Code de la Sécurité sociale

ASSURÉS ET AYANTS DROIT MAJEURS DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE

Les ayants droit majeurs de nationalité étrangère d'un assuré peuvent bénéficier des prestations de l'assurance maternité à condition de posséder l'un des titres suivants :

- carte de résident ;
- carte de séjour temporaire ;
- certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci-dessus ;
- récépissé de première demande de titre de séjour accompagné, soit du certificat de contrôle médical délivré par l'Office des Migrations Internationales au titre du regroupement familial, soit d'un acte d'état civil attestant la qualité de membre de famille d'une personne de nationalité française ;
- récépissé de demande du titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de 6 mois renouvelable portant la mention «reconnu réfugié» ;

- récépissé de demande de titre de séjour portant la mention «étranger admis au titre de l'asile» d'une durée de validité de 6 mois renouvelable ;
- autorisation provisoire de séjour ;
- titre d'identité de la principauté d'Andorre ;
- passeport monégasque revêtu de la mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour.

Article D. 161-15 du Code de la Sécurité sociale

AYANTS DROIT AUTONOMES

Enfants ayants droit d'un assuré social

A compter du 1^{er} janvier 2000, les enfants ayant atteint l'âge de 16 ans peuvent demander à être affiliés de façon autonome au sein du régime de Sécurité sociale dont relève le parent dont ils dépendent, et, à bénéficiaire

à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité.

Article L. 161-14-1 du Code de la Sécurité sociale

Enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance

Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance, à la demande des personnes ou établissements qui en assument l'accueil ou la charge, peuvent être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré. Ces personnes ou établissements perçoivent pour le compte de l'assuré les prestations en nature des assurances maladie maternité.

Article L. 161-14-1 du Code de la Sécurité sociale

Autres ayants droit d'un assuré social

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit conjoints, ascendants, descendants, collatéraux et alliés jusqu'au 3^e degré, sont identifiés de façon autonome au sein du régime général entraînant le bénéfice à titre personnel des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité.

Article L. 161-14-1 du Code de la Sécurité sociale

Identification de l'ayant droit autonome

L'organisme d'assurance maladie remet aux intéressés un document attestant de leur qualité d'ayant droit autonome et leur permettant d'obtenir le versement des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité auxquelles leur ouvre droit l'assuré.

Toutefois, les intéressés peuvent s'opposer à cette procédure, par lettre recommandée avec avis de réception adressée dans le délai d'un mois à compter de la réception de la notification de l'organisme les informant de leur identification à titre autonome.

Ils peuvent ultérieurement, après une période minimale d'un an, renoncer à la qualité d'ayant droit autonome, ou s'ils ont exprimé le choix contraire, se voir reconnaître cette qualité, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'organisme d'affiliation de l'assuré.

Article R. 161-8-15 du Code de la Sécurité sociale

CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE

CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT POUR DEUX ANNÉES

■ Pour bénéficier des prestations en nature, l'assuré doit remplir des conditions minimales fixées par le décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013 :

■ avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 60 fois le SMIC horaire pendant 1 mois civil ou 30 jours consécutifs ;

ou

■ 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 120 fois le SMIC horaire 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 ;

■ avoir cotisé sur des rémunérations perçues pendant l'année civile au moins égales à 400 fois le SMIC horaire ;

ou

■ avoir effectué 400 heures de travail, salarié ou assimilé, au cours de l'année civile.

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 161-3 du Code de la sécurité sociale (maintien de droit pendant une année) les assurés qui bénéficient à la date de la publication du présent décret d'un maintien de leurs droits aux prestations en nature des assurances maladie et maternité en application de l'article L. 161-8 du même code bénéficient d'une année supplémentaire de maintien de droits.

Décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013

Salarié entrant dans un régime obligatoire ou reprenant une activité salariée

■ pour le travailleur salarié entrant dans un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité ou reprenant une activité salariée ou assimilée, la condition d'un montant minimum de cotisations ou d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé exigée pour percevoir les prestations en nature des assurances maladie et maternité est présumée remplie pendant un délai de 18 mois à compter de la date de son entrée dans le régime ou de la reprise de l'activité salariée ou assimilée ;

■ si, pendant les périodes d'ouverture du droit aux prestations, l'intéressé s'est ouvert des droits aux prestations en nature des assurances maladie et maternité en tant qu'assuré ou ayant droit auprès d'un autre régime obligatoire, ces périodes s'interrompent.

Article R. 313-2 du Code de la Sécurité sociale modifié par le décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013.

PERSONNES AYANT RELEVÉ DE DIFFÉRENTS RÉGIMES

Les conditions de durée d'affiliation, d'immatriculation, de cotisations ou de travail exigées pour l'ouverture du droit aux prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie, maternité sont appréciées par rapport à l'ensemble des périodes d'affiliation aux différents régimes de Sécurité sociale et non plus par rapport au dernier régime d'affiliation.

Articles R. 172-12-1, R. 172-12-2 et R.172-12-3 du Code de la Sécurité sociale modifiés par le décret n° 2009-523 du 7 mai 2009

CESSATION D'ACTIVITÉ

Si l'assurée a cessé son activité moins de 12 mois avant la date présumée du début de la grossesse, ses droits sont ouverts si elle remplit l'une des conditions d'ouverture du droit ci-dessus.

Si l'assurée perçoit une allocation pour perte d'emploi (indemnisation Pôle Emploi), elle reçoit des prestations en nature pendant toute la durée d'indemnisation ainsi que les 12 mois suivants.

ACTIVITÉ DISCONTINUE OU SAISONNIÈRE

Pour l'assuré qui exerce une activité discontinue ou de caractère saisonnier, il faut justifier, pour avoir droit aux prestations en nature de l'assurance maternité :

- soit de 800 heures de travail au cours des 12 mois précédant la date présumée de la grossesse ;
- soit avoir cotisé sur un salaire égal à 2 080 fois le taux horaire du SMIC en vigueur au 1^{er} janvier qui précède la période des 12 mois précédents.

CONGÉ PARENTAL D'ÉDUCATION

Les personnes bénéficiaires de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du titre III du livre V du code de la sécurité sociale, ou du congé parental d'éducation prévu à l'article L. 122-28-1 du Code du travail, conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de leur régime d'origine aussi longtemps qu'ils bénéficient de cette prestation ou de ce congé.

Article L. 161-9 du Code de la Sécurité sociale modifié par loi n° 2014-873 du 4 août 2014 - article 8

En cas de non reprise du travail à l'issue du congé parental d'éducation, en raison d'une maladie ou d'une nouvelle maternité, les personnes retrouvent leurs droits aux prestations en nature et en espèces du régime antérieur dont elles relevaient. Ces dispositions s'appliquent pendant la durée de l'arrêt de travail pour cause de maladie ou du congé légal de maternité.

Lors de la reprise du travail à l'issue du congé maladie ou de maternité, les personnes retrouvent leurs droits aux prestations pendant 12 mois à compter de la reprise du travail.

Articles L. 161-9 et D. 161-2 du Code de la Sécurité sociale - Décret n° 95-423 du 20 avril 1995

Personnes bénéficiaires de l'allocation de présence parentale

Les personnes bénéficiaires de l'allocation de présence parentale conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance-maladie, maternité, de leur régime d'origine pendant la durée de perception de l'allocation. A l'issue de cette période, elles retrouvent les droits aux prestations en espèces de l'assurance-maladie, maternité, invalidité et décès, acquis antérieurement à l'ouverture du droit à l'allocation.

Article L. 161-9-1 du Code de la Sécurité sociale

Personnes involontairement privées d'emploi

Les personnes qui, pendant un congé parental ou à l'issue de ce congé, sont involontairement privées d'emploi, bénéficient pour elles-mêmes et leurs ayants droit, tant que dure leur indemnisation, de leurs droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance-maladie, maternité, invalidité et décès dont elles relevaient antérieurement au congé parental d'éducation.

Article L. 311-5 du Code de la Sécurité sociale

ASSURÉ EN CHÔMAGE TOTAL

Toute personne percevant une allocation de chômage conserve la qualité d'assuré et bénéficie du maintien de ses droits aux prestations du régime obligatoire dont elle relevait antérieurement ; le droit à bénéficier de ces prestations est examiné à la date de cessation de l'activité de salarié pour fait de chômage.

Les personnes qui ont épuisé leurs droits au revenu de remplacement du Pôle Emploi, tant qu'elles demeurent à la recherche d'un emploi, bénéficient, pour elles-mêmes et leurs ayants droit, d'un maintien aux prestations en nature de l'assurance-maladie et maternité.

Article L. 311-5 du Code de la Sécurité sociale

« Les personnes qui recherchent un emploi et demandent leur inscription sur la liste des demandeurs d'emploi auprès de pôle emploi qui bénéficient, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès continuent, pendant une durée de 3 mois, d'en bénéficier lorsqu'elles reprennent une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à ces prestations. »

Article L. 161-8 du Code de la Sécurité sociale

Article 51 de la Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la Sécurité sociale pour 2013
Décret n° 2013-1119 du 4 décembre 2013 relatif au maintien des droits aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès

MAINTIEN DE DROIT

La durée de maintien de droit est différente selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces. La durée du maintien de droit aux seules prestations en nature et en espèces est fixée à 1 an.

Article R. 161-3 du Code de la Sécurité sociale
Décret n° 2007-199 du 14 février 2007

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 161-3 du Code de la sécurité sociale (maintien de droit pendant une année) les assurés qui bénéficient à la date de la publication du présent décret d'un maintien de leurs droits aux prestations en nature des assurances maladie et maternité en application de l'article L. 161-8 du même code bénéficient d'une année supplémentaire de maintien de droits.

Article R. 313-2 du Code de la Sécurité sociale modifié par le décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013

Assuré de nationalité étrangère

Il n'est fait aucune distinction selon que le bénéficiaire du droit est ou non de nationalité française.

Il n'est donc pas possible d'exclure les étrangers qui cessent de remplir les conditions de régularité du séjour du bénéfice de maintien de droits.

Conseil d'État - 14 janvier 1998 - GISTI et autre

☞ *Suite au décret n° 93-687 du 27 mars 1993, si les conditions d'ouverture du droit sont remplies, le droit aux prestations en nature peut être ouvert pour 2 années.*

EXAMENS PRÉNATAUX ET POSTNATAUX OBLIGATOIRES

Pendant la grossesse, des formalités sont exigées pour la prise en charge des prestations en nature de l'assurance maternité.

Déclaration de grossesse

La déclaration de la grossesse doit être effectuée dans les 14 premières semaines auprès de la Caisse primaire d'assurance-maladie ou de la Caisse d'allocations familiales.

Si la femme n'est pas assurée sociale elle-même, la déclaration se fait à l'aide d'un certificat médical.

Examens prénataux obligatoires

Le nombre d'examens prénataux obligatoires est de 7.

Le premier examen doit avoir lieu avant la fin du 3^e mois de grossesse, par un médecin.

Les 6 autres examens doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du premier jour du 4^e mois de grossesse et ce, jusqu'à la date d'accouchement.

Il n'y a pas lieu :

- de prescrire d'autres examens que les examens rendus obligatoires par la loi chez une femme sans antécédents précis, sans facteur de risques, sans terrain pathologique et sans signes d'appel cliniques ou biologiques ;
- de demander ou de pratiquer plus de 3 échographies dans la surveillance d'une grossesse normale, c'est-à-dire hors grossesse pathologique.

Arrêté ministériel du 22 mars 1994 - Avenant à la convention nationale des médecins

Examens postnataux obligatoires

Pour la femme, un examen gynécologique doit avoir lieu dans les 8 premières semaines qui suivent l'accouchement.

Pour l'enfant :

- un 1^{er} examen doit avoir lieu dans les 8 jours qui suivent la naissance ;
- un 2^e examen doit avoir lieu au cours du 9^e ou du 10^e mois ;
- un 3^e examen doit avoir lieu au cours du 24^e ou 25^e mois.

Non-respect des formalités

L'organisme débiteur des prestations familiales doit signaler le retard ou la carence dont il a connaissance, au médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile. Ce médecin se prononce par un avis motivé au vu duquel l'organisme débiteur des prestations familiales apprécie si les examens médicaux obligatoires n'ont pu être respectés pour des motifs légitimes.

En l'absence de motifs légitimes, la première mensualité d'allocations familiales ou d'allocation pour jeune enfant peut être réduite d'un montant égal à 16 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

REMBOURSEMENT DES SOINS

FRAIS CONCERNÉS

L'assurance maternité couvre l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites. La période de prise en charge au titre de l'assurance maternité débute 4 mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine 12 jours après l'accouchement.

Article D. 331-2 du Code de la Sécurité sociale - Décret n° 2004-1455 du 23 décembre 2004

Lorsque l'accouchement a lieu avant le début de cette période, l'assurance maternité prend en charge l'ensemble des frais mentionnés ci-dessus, à compter de la date d'accouchement et jusqu'à l'expiration de la période.

*Article L. 331-2 du Code de la Sécurité sociale
Ordonnance n° 2004-329 du 15 avril 2004*

Les frais concernés sont :

- les frais médicaux ;
- les frais pharmaceutiques ;
- les frais d'analyse et d'examens de laboratoire ;
- les frais d'appareils ;
- les frais d'hospitalisation.

Les frais d'examens prescrits en application de l'article L. 2122-1 à 3 du Code de la santé publique (examens pré et postnataux de la mère, test de dépistage du VIH) ; les examens du futur père et les examens de surveillance de l'enfant jusqu'à 6 ans sont également pris en charge au titre de l'assurance maternité.

Les autres frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, sont également pris en charge en maternité.

La liste est fixée par arrêté :

- caryotype foetal et amniocentèse ;
- test de dépistage du virus de l'immuno-déficience humaine ;
- dosage de la glycémie ;
- séances de préparation à l'accouchement psycho-prophylactique ;
- interruption non volontaire de grossesse ;
- interruption volontaire de grossesse pour un motif thérapeutique ;
- séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne.

Article L. 331-2 du Code de la Sécurité sociale

PRISE EN CHARGE DANS LE CADRE D'UN ACCOUCHEMENT "NORMAL"

L'ensemble des frais est pris en charge à 100 %. Il y a donc exonération du ticket modérateur.

Dès la constatation de la grossesse, les honoraires médicaux, les examens obligatoires, ainsi que tous les actes et traitements prescrits sont remboursés à 100 %.

Les forfaits comprennent les honoraires du praticien afférents à l'accouchement, mais également la surveillance médicale de la mère et de l'enfant et ce, pendant un délai de 12 jours.

CÉSARIENNE

En cas de naissance par césarienne, il n'y a pas cumul entre le forfait accouchement et les honoraires de la césarienne.

La césarienne étant considérée comme un acte chirurgical relevant de l'assurance maladie, K supérieur à 50, le remboursement s'effectue sur la base de 100 % du tarif de convention.

La surveillance du nourrisson est prise en charge par la fixation d'un forfait honoraire en pourcentage du forfait d'accouchement, pour la durée de l'hospitalisation de la mère.

ANESTHÉSIE PÉRIDURALE (K40) EFFECTUÉ LORS D'UN ACCOUCHEMENT

L'acte d'anesthésie péridurale coté K40 est pris en charge sur le risque assurance maternité lorsqu'il est effectué à l'occasion d'un accouchement.

Arrêté ministériel du 17 mai 1994

ACCOUCHEMENT DANS UN HÔPITAL PUBLIC

Les honoraires et frais de séjour du praticien, médecin ou sage-femme, sont pris en charge avec l'application du tiers payant (non avance des frais) et ce, pour la durée d'hospitalisation de 12 jours.

ACCOUCHEMENT DANS UNE CLINIQUE PRIVÉE AGRÉÉE

Les honoraires du praticien, médecin ou sage-femme, sont pris en charge sur la base du forfait d'accouchement, la surveillance de la mère et de l'enfant étant prévue pour la durée forfaitaire de 12 jours.

Les frais de séjour font l'objet d'un forfait journalier déterminé entre la caisse primaire et la clinique qui prévoit, en principe, le système du tiers payant.

ACCOUCHEMENT DANS UNE CLINIQUE PRIVÉE NON AGRÉÉE

Les honoraires du praticien et les frais de séjour ne peuvent, dans ce cas, faire l'objet d'un éventuel remboursement sur la base du tarif d'autorité sauf lorsque le malade a été admis en cas d'urgence dans un établissement non agréé. La caisse peut accorder les prestations si, après avis du médecin-conseil, le caractère d'urgence de l'intervention et l'impossibilité où se trouvait la malade d'être hospitalisée dans un établissement autorisé ont été reconnus.

Lorsque le cas d'urgence est médicalement reconnu, il est possible que la caisse prenne en charge les honoraires médicaux et les frais de séjour.

FRAIS DE TRANSPORT

Seuls sont éventuellement pris en charge, les frais de transport de la femme enceinte de son domicile à la maternité, et ce, sans accord préalable.

Pour le retour de la maternité au domicile, les frais de transport ne peuvent faire l'objet d'un remboursement que s'ils ont été prescrits médicalement.

CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS EN ESPÈCES

BÉNÉFICIAIRES

La femme assurée sociale, est bénéficiaire des prestations en espèces de l'assurance maternité. Si la mère décède au cours de l'accouchement des suites directes de l'accouchement, c'est le père qui est bénéficiaire des indemnités journalières postnatales de l'assurance maternité.

CONDITION D'IMMATRICULATION

L'assurée doit justifier d'au moins 10 mois d'immatriculation dans le régime général à la date présumée de l'accouchement.

Article R. 313-3 du Code de la Sécurité sociale

CONDITIONS DE DURÉE DE SALARIAT

L'assurée doit justifier :

- d'au moins 150 heures de travail au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant, soit le début de la grossesse, soit le début du congé de maternité ou d'adoption ;

ou

- d'un salaire égal à 1 015 fois le taux horaire du SMIC sur les 6 mois civils précédant soit le début de la grossesse, soit le début du congé de maternité ou d'adoption.

Le droit est donc apprécié :

- soit au début du 9^e mois avant la date présumée de l'accouchement ;
- soit à la date du début du repos prénatal peu importe que cette période ait expiré à la date du début du repos prénatal.

Cass. soc. 11 avril 1996 - CPAM de Nantes c/ Gaudin

Ces dispositions entrent en vigueur à compter du 1^{er} février 2015

Décret n° 2015-86 du 30 janvier 2015 portant modification des conditions d'ouverture du droit aux prestations en espèces des assurances maladie, maternité et invalidité et au congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

Personnes ayant relevé de différents régimes

Les conditions de durée d'affiliation, d'immatriculation, de cotisations ou de travail exigées pour l'ouverture du droit aux prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie, maternité sont appréciées par rapport à l'ensemble des périodes d'affiliation aux différents régimes de Sécurité sociale et non plus par rapport au dernier régime d'affiliation.

Articles R. 172-12-1, R. 172-12-2 et R. 172-12-3 du Code de la Sécurité sociale modifiés par le décret n° 2009-523 du 7 mai 2009

SUSPENSION DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Pour bénéficier des prestations en espèces de l'assurance maternité, l'assurée doit interrompre totalement toute activité professionnelle.

En effet, dans ce cas d'espèce, l'assurée agit en sa qualité de mandataire social sans rémunération et n'exerce donc pas d'activité salariée.

Cass. soc. 29 janvier 1998 - CPAM des Hauts de Seine c/ Guitelle-Durbin

MAINTIEN DE DROIT

Pendant une période de 12 mois, l'examen des conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces s'effectue au point de départ de la période de maintien de droit. Cependant, les indemnités journalières ne sont versées que si le congé se situe en totalité dans la période de maintien de droit ou débute au cours de cette même période.

Le droit aux prestations est apprécié, soit au début du 9^e mois avant la date présumée de l'accouchement, soit à la date du début du repos prénatal.

Article R. 313-1 du Code de la Sécurité sociale

Dès lors que la date de début de grossesse se situe pendant les 12 mois de maintien de droit, la CPAM doit verser les indemnités journalières même si le début du congé postnatal se situe au-delà des 12 mois de maintien de droit.

Cass. soc. 11 avril 1996 - CPAM de Nantes c/ Gaudin

Cass. soc. 17 mai 2001 - CPAM de Calais c/ Bogaert

☞ *L'article 15 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle complète l'article L. 161-8 du Code de la Sécurité sociale.*

La durée de maintien de droit est différente selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces. La durée de maintien de droit aux prestations en nature est fixée à 4 ans. Pour les prestations en espèces, la durée de maintien est fixée à un an.

Article R. 161-3 du Code de la Sécurité sociale

Début du repos	Examen des conditions d'ouverture de droit	Salaires servant au calcul du montant des IJ
Pendant la période d'activité	Date de début du repos prénatal ou date présumée de grossesse	Salaires précédant la date de début du repos prénatal
Pendant la période de maintien de droit ou de chômage indemnisé	<ul style="list-style-type: none"> ■ date de rupture du contrat de travail ; ■ ou date de versement de la dernière IJ si la rupture est intervenus pendant un période d'indemnisation <p>Si à ces dates, les COD ne sont pas remplies, elles peuvent être examinées à la date de début de grossesse</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ salaires précédant la date de rupture du contrat de travail ; ■ ou salaires précédant la date d'arrêt effectif du travail si la rupture est intervenue pendant une période d'indemnisation
Pendant la reprise d'activité	date de début du repos prénatal ou date présumée de grossesse. Ainsi, si les COD ne sont pas remplies au titre de l'activité reprise et que la date présumée de grossesse a eu lieu pendant le maintien de droit, on se replace à la date présumée de grossesse pour l'examen des conditions d'ouverture de droit	Salaires précédant la date de début du repos prénatal soit les salaires de la dernière activité reprise ou salaires précédant la date de rupture du contrat de travail si ces derniers sont plus avantageux

Quelle que soit la situation de l'assuré pendant la période de maintien de droit (congé sans solde, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, chômeur ayant cessé d'être indemnisé, congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie recevant des soins palliatifs), il peut bénéficier des indemnités journalières maladie - maternité, dès lors que les conditions d'ouverture du droit étaient remplies en période de droits.

Circulaire CNAMTS n° 58-2001 du 11 avril 2001

Assuré de nationalité étrangère

Il n'est fait aucune distinction selon que le bénéficiaire du droit est ou non de nationalité française.

On ne peut donc exclure les étrangers qui cessent de remplir les conditions de régularité du séjour du bénéficiaire de maintien de droit pendant un an.

Conseil d'État - 14 janvier 1998 - GISTI et autre

CONGÉ PARENTAL D'ÉDUCATION

Les personnes en congé parental d'éducation ne peuvent prétendre aux prestations en espèces de l'assurance maternité et ce, même si le droit à indemnités journalières existait à la date du début de grossesse.

Lettre CNAMTS DGR n° 2406-88 du 16 septembre 1988

En cas de non reprise du travail à l'issue du congé parental d'éducation, en raison d'une maladie ou d'une nouvelle maternité, les personnes retrouvent leurs droits aux prestations en espèces du régime antérieur dont elles relevaient. Ces dispositions s'appliquent pendant la durée de l'arrêt de travail pour cause de maladie ou du congé légal de maternité postérieure au congé parental.

Lors de la reprise du travail à l'issue du congé maladie ou de maternité, les personnes retrouvent leurs droits aux prestations pendant 12 mois à compter de la reprise du travail.

*Articles L. 161-9 et D. 161-2 du Code de la Sécurité sociale
Décret n° 95-423 du 20 avril 1995*

Les personnes qui, en raison d'un licenciement, se trouvent en période de préavis à l'issue du congé parental, se trouvent dans la même situation que s'ils avaient repris respectivement le travail (le préavis est assimilé à un travail salarié).

Les périodes correspondant à des indemnités compensatrices de congés payés ou indemnités de congés payés ne sont pas assimilables à une reprise de travail.

Circulaire CNAMTS n° 96-53 du 20 juin 1996

Personnes involontairement privées d'emploi

Les personnes qui, pendant un congé parental ou à l'issue de ce congé, sont involontairement privées d'emploi, bénéficient pour elles-mêmes et leurs ayants droit, tant que dure leur indemnisation, de leurs droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance-maladie, maternité, invalidité et décès dont elles relevaient antérieurement au congé parental d'éducation.

Article L. 311-5 du Code de la Sécurité sociale - Loi DDOS du 5 février 1995

Personnes bénéficiaires de l'allocation de présence parentale

Les personnes bénéficiaires de l'allocation de présence parentale conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance-maladie, maternité, de leur régime d'origine pendant la durée de perception de l'allocation. A l'issue de cette période, elles retrouvent les droits aux prestations en espèces de l'assurance-maladie, maternité, invalidité et décès, acquis antérieurement à l'ouverture du droit à l'allocation.

Article L. 161-9-1 du Code de la Sécurité sociale

Congé de soutien familial

Les droits aux prestations en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité sont rétablis dans les conditions antérieures au congé, à condition que le salarié reprenne son activité professionnelle, et qu'il n'ait perçu aucune rémunération au titre de l'aide familiale apportée pendant le congé.

Article L. 378-1 du Code de la Sécurité sociale

Article 126 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006

ASSURÉ EN CHÔMAGE TOTAL

Toute personne percevant une allocation de chômage conserve la qualité d'assuré et bénéficie du maintien de ses droits aux prestations du régime obligatoire dont elle relevait antérieurement ; le droit à bénéficier de ces prestations est examiné à la date de cessation de l'activité de salarié pour fait de chômage.

Les personnes qui ont épuisé leurs droits au revenu de remplacement du Pôle Emploi, tant qu'elles demeurent à la recherche d'un emploi, bénéficient, pour elles-mêmes et leurs ayants droit, d'un maintien aux prestations en nature de l'assurance-maladie et maternité.

Article L. 311-5 du Code de la Sécurité sociale

« Les personnes qui recherchent un emploi et demandent leur inscription sur la liste des demandeurs d'emploi auprès de pôle emploi qui bénéficient, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès continuent, pendant une durée de 3 mois, d'en bénéficier lorsqu'elles reprennent une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à ces prestations. »

Article L. 161-8 du Code de la Sécurité sociale

Article 51 de la Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la Sécurité sociale pour 2013

Décret n° 2013-1119 du 4 décembre 2013 relatif au maintien des droits aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès

CONGÉ DE MATERNITÉ

DURÉES LÉGALES DU CONGÉ DE MATERNITÉ

La durée légale du congé de maternité est fixée à 16 semaines, dont 6 semaines avant l'accouchement et 10 semaines après.

L'assurée n'est pas tenue de prendre la totalité de son congé de maternité. Elle reçoit une indemnité journalière maternité à condition de cesser tout travail salarié durant au moins 8 semaines.

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

Les 2 semaines supplémentaires pour raison pathologique ne sont pas comptabilisées dans le cadre de ces 8 semaines.

Par ailleurs, l'employeur a interdiction de faire travailler l'assurée pendant 8 semaines, dont 6 semaines après l'accouchement.

Situation avant la naissance : nombre d'enfants à charge ou nés viables	Naissance	Congé prénatal	Congé postnatal	Durée totale
0 ou 1 enfant	■ 1 enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines
	<i>Jumeaux</i> (**)	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

(¹) La période d'indemnisation antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de 2 semaines ; la période d'indemnisation postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant.

Article L. 331-4 du Code de la Sécurité sociale

(²) En cas de naissance de jumeaux, la période prénatale peut être augmentée de 4 semaines ; la période postnatale est alors réduite d'autant.

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

Notion d'enfant né vivant et non viable et enfant mort-né

Pour les enfants dont la preuve n'est pas rapportée qu'ils sont nés vivants et viables, la loi prévoit qu'il soit dressé un acte d'enfant sans vie.

En l'absence d'acte de naissance ou de décès, qu'un acte d'enfant sans vie ait été délivré ou non, seul un certificat médical indiquant que l'enfant était viable permet de tenir compte de cet enfant pour déterminer le congé de maternité.

Circulaire DGR n° 47 du 23 juin 1999

La durée du congé de maternité varie en fonction du nombre d'enfants à charge ou nés viables. Est considéré comme enfant né viable, l'enfant inscrit à l'État civil sur le registre des naissances ou des décès.

Notion d'enfant à charge

La justification qu'un enfant est à la charge soit de l'assurée, soit du ménage, peut être apportée en produisant le bordereau de paiement des prestations familiales.

A défaut, une déclaration sur l'honneur est exigée.

Dans le cas où les allocations familiales sont payées sous un nom différent de celui de l'assurée, celle-ci attestera sur l'honneur que les enfants sont également en partie à sa charge.

Assouplissement du congé de maternité

La durée de la période de versement de l'indemnité journalière à laquelle l'assurée a droit avant la date présumée de l'accouchement peut être réduite à sa demande, sur prescription médicale (avis favorable du professionnel de santé qui suit la grossesse), dans la limite de **trois semaines**. La durée de la période de versement postérieure à l'accouchement est augmentée d'autant.

Toutefois, en cas de prescription d'un arrêt de travail pendant la période antérieure à la date présumée de l'accouchement dont l'assurée a demandé le report, celui-ci est annulé et l'indemnité journalière de repos est versée à compter du premier jour de l'arrêt de travail jusqu'à la date de l'accouchement. La période initialement reportée est alors réduite d'autant.

Article L. 331-4-1 du Code de la Sécurité sociale créé par la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007

En tout état de cause, la future mère ne peut différer son départ en congé de maternité que si elle en exprime la volonté expresse et sur avis favorable de son médecin.

HOSPITALISATION DU NOUVEAU-NÉ

Dans le cas où le nouveau-né reste hospitalisé jusqu'à l'expiration de la 6e semaine suivant l'accouchement, l'assurée peut demander le report, à la date de la fin de l'hospitalisation de l'enfant, de tout ou partie de la période de l'indemnisation à laquelle elle peut encore prétendre.

Article L. 331-5 du Code de la Sécurité sociale

INDEMNISATION DU CONGÉ MATERNITÉ PROLONGÉ POUR LES PRÉMATURÉS

Quand l'accouchement a lieu avant la date présumée, la période d'indemnisation de seize ou de trente-quatre semaines, quarante-six semaines en cas de naissance de plus de deux enfants, n'est pas réduite de ce fait.

Quand l'accouchement intervient plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la période pendant laquelle la mère perçoit l'indemnité journalière de repos est augmentée du nombre de jours courant de la date effective de l'accouchement au début du congé légal de maternité.

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

Loi n° 2006-340 du 23 mars 2006 article 15 I - JO du 24 mars 2006

La loi n° 2006-340 du 23 mars 2006 relative à l'égalité salariale entre les hommes et les femmes prévoit l'indemnisation de la période supplémentaire du congé maternité pour les mères dont les enfants sont nés prématurés et hospitalisés.

Quand l'accouchement intervient plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la période pendant laquelle la mère perçoit l'indemnité journalière de repos est augmentée du nombre de jours courant de la date effective de l'accouchement au début du congé légal de maternité.

Article L. 331-3 du Code la Sécurité sociale

Deux conditions cumulatives doivent être réunies pour ouvrir droit à indemnisation (dans les mêmes conditions que le congé légal de maternité) :

- la mère doit avoir accouché, à compter du 1^{er} janvier 2006, plus de 6 semaines avant la date prévue de l'accouchement ;
- le nouveau né doit être hospitalisé dans un établissement disposant d'une structure de néonatalogie ou de réanimation néonatale ;
- la durée de la période supplémentaire indemnisée est alors égale au nombre de jours courant entre la date effective de la naissance et la date du début du congé légal de maternité ;
- en cas d'hospitalisation de l'enfant, si celle-ci dure plus de 6 semaines suivant l'accouchement ;
- la mère peut reporter à la fin de l'hospitalisation tout ou partie du congé de maternité auquel elle peut prétendre. Ce report n'est autorisé qu'après avoir pris la période supplémentaire de congé.

Circulaire DSS/2A/2006-166 du 12 avril 2006

Circulaire DHOS/P n° 2006-385

La circulaire DHOS/P n° 2006-385 du 4 septembre 2006 relative à la période supplémentaire de congé maternité des mères d'enfants prématurés hospitalisés, sont disponibles sur notre site sous la référence suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/prestationsecurite/docs/circulaireDHOS2006-385-4-09-2006.pdf

GROSSESSE PATHOLOGIQUE

En cas de grossesse pathologique, 2 semaines de repos prénatal supplémentaires sont accordées et indemnisées sur prescription médicale.

Le médecin doit préciser que l'arrêt de travail est lié à la grossesse pathologique ; dans le cas contraire, l'indemnisation s'effectue sur la base de l'assurance-maladie.

Ces 2 semaines sont indemnisées au titre de la maternité. Ce repos supplémentaire peut être accordé à partir de la déclaration de grossesse.

La Cour de cassation considère que la prescription médicale de repos supplémentaire n'est pas systématiquement suivie d'effet.

Contrairement à ce qu'affirme la Cour de cassation, il ne peut y avoir absence de concomitance entre la prescription de l'arrêt d'une part, et la prise effective du repos, d'autre part.

En effet, l'état pathologique ne se présume et ne se prévoit pas. Il ne peut être que constaté médicalement de manière inopinée le jour de la consultation.

En aucun cas, le médecin ne peut préjuger de l'état de santé de sa patiente et lui prescrire un arrêt dont la prise effective aura lieu postérieurement à la date de la consultation.

Lettre CNAMTS n° 2808-94 du 13 septembre 1994

Lettre ministérielle du 27 mars 1995

Si la future mère se trouve déjà en arrêt de travail pour maladie, deux possibilités peuvent être retenues :

- les deux semaines supplémentaires ne sont pas prises immédiatement avant le congé prénatal ; dans ce cas, l'assurance maternité remplace l'assurance-maladie ;
- la période supplémentaire précède immédiatement le congé prénatal ; dans ce cas, le point de départ est fixé deux semaines avant la date de début de congé prénatal.

SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES

En cas d'état pathologique médicalement constaté, l'assurée a droit à une prolongation de son congé postnatal de 4 semaines.

Cependant, ces 4 semaines supplémentaires ne sont pas indemnisées au titre de l'assurance maternité, mais au titre de l'assurance-maladie.

Le point de départ de l'indemnisation est fixé au plus tôt au lendemain du repos postnatal si l'état morbide consécutif à l'accouchement se déclare après la période légale de repos et si l'intéressé n'a pas repris le travail, les prestations en espèces de l'assurance-maladie sont servies sans qu'il y ait lieu d'appliquer un délai de carence.

SALARIÉES ENCEINTES EXPOSÉES À CERTAINS RISQUES

Les femmes enceintes dont l'exposition à certains agents biologiques est interdite et qui sont dispensées de travail par leur employeur peuvent être prises en charge par la Caisse primaire d'assurance-maladie au titre de l'assurance maternité.

Ces salariées ouvrent donc droit aux indemnités journalières maternité sous réserve de remplir les conditions administratives d'ouverture du droit.

La salariée doit avoir occupé un poste l'ayant exposée à un des risques suivants :

- agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction ;
- benzène ;
- virus de la rubéole ou de la toxoplasmose ;
- produits antiparasitaires à usage agricole ;
- plomb métallique et ses composés ;
- milieu hyperbare.

Congé de maternité des femmes exposées au diéthylstilbestrol

Bénéficie du congé de maternité à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail l'assurée à qui est prescrit un arrêt de travail au titre d'une grossesse pathologique liée à l'exposition au diéthylstilbestrol (DES) in utero pendant la période s'étendant de 1948 à 1981, par un médecin spécialiste ou compétent en gynécologie médicale ou gynécologie-obstétrique.

Modalités d'indemnisation

En cas de grossesse pathologique liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol et sous réserve que l'intéressée remplisse les conditions minimales d'ouverture du droit au congé légal de maternité, l'indemnité journalière de repos est servie à compter du premier jour d'arrêt de travail. Elle est calculée, liquidée et servie selon les règles prévues pour le congé légal de maternité. Le versement de cette prestation prend fin au plus tard la veille du jour où débute le congé prénatal.

Décret n° 2006-773 du 30 juin 2006 - JO du 2 juillet 2006

CONGÉ EN CAS DE DÉCÈS DE LA MÈRE

En cas de décès de la mère au cours du congé de maternité, le père peut suspendre son contrat de travail pendant 10 semaines à compter du jour de la naissance de l'enfant (18 semaines lorsqu'il assume la charge d'au moins 3 enfants)

Si la mère décède pendant la période postnatale, le congé est ouvert :

- au conjoint de l'assurée ;
- au concubin de l'assurée (la reconnaissance de l'enfant par le père est une preuve nécessaire mais suffisante).

Le congé du père correspond à la période postnatale, déduction faite du congé de la mère.

Si le père n'exerce pas ce droit , le compagnon ou la partenaire de la mère peut bénéficier de ce congé et percevoir les indemnités journalières de Sécurité sociale

Article L. 331-6 du Code de la Sécurité sociale

Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la Sécurité sociale pour 2013

La mère ne doit pas être obligatoirement assurée sociale. Dans ce cas, l'indemnité journalière du père est calculée sur la base de son salaire (les droits sont appréciés à la date d'interruption du travail).

Si la mère était assurée sociale, l'indemnité journalière versée est celle que la salariée aurait perçue.

Circulaire DGR du 13 juin 1985

En cas de décès de la mère à la suite de naissance multiple, le père, le compagnon ou le partenaire a droit à 22 semaines de congé.

Article L. 1225-28 du Code du travail

Durée du congé du père

En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sous réserve qu'il cesse tout travail salarié pendant cette durée et même s'il ne remplit pas les conditions d'ouverture du droit. Pendant cette durée, le père bénéficie de l'indemnité journalière maternité

Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit en cas d'hospitalisation de l'enfant jusqu'à l'expiration de la 6^e semaine suivant l'accouchement.

Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité, le droit à indemnisation est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

*Article L. 331-6 du Code de la Sécurité sociale
Modifié par loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 - article 45*

Le père conserve ses droits au congé de paternité et d'accueil de l'enfant qu'il pourra prendre dans les 4 mois suivant la fin du précédent congé

INTERRUPTION DE GROSSESSE

Droit au congé de maternité

Modalités de prise en charge des arrêts de travail liés à des interruptions de grossesse

Cette circulaire a pour objectif de préciser les règles en matière d'indemnisation des arrêts de travail qui font suite notamment à une interruption de grossesse.

Rappel de la notion de viabilité et abrogation du seuil de viabilité de 180 jours

La circulaire DGS n° 50 du 22 juillet 1993 relative à la déclaration à l'état civil des nouveau-nés décédés a précisé la notion de viabilité afin, d'une part, d'éviter la déclaration de fœtus de terme très bas qui auraient pu présenter quelques signes de vie et, d'autre part, d'obtenir des données cohérentes pour l'analyse épidémiologique de la mortalité néonatale. Reprenant les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1977), cette circulaire fixe une limite pour l'établissement d'un acte de naissance concernant les enfants nés vivants : celle-ci est de **22 semaines d'aménorrhée ou un poids du fœtus de 500 grammes au moins**.

Ces critères ont donc abrogé, de fait, le délai de 180 jours de gestation retenu jusqu'en 1993 pour déterminer la viabilité de l'enfant.

Exposé de la situation au regard de l'état civil (difficultés d'application) et limite

L'article 79-1 du Code civil prévoit que "lorsqu'un enfant décède avant que sa naissance ait été déclarée à l'état civil, l'officier de l'état civil établit un acte de naissance et un acte de décès sur production d'un certificat médical indiquant que l'enfant est né vivant et viable (...).

À défaut du certificat prévu à l'alinéa précédent, l'officier de l'état civil établit un acte d'enfant sans vie.

Si l'enfant est né mort et non viable (moins de 22 semaines d'aménorrhée et poids du fœtus inférieur à 500 grammes), il n'est pas établi d'acte d'état civil.

Dans les autres cas, l'acte de naissance et l'acte de décès ou l'acte d'enfant sans vie sont établis et cela pour permettre l'inhumation, la crémation du corps ou la construction d'une sépulture selon les règles de la législation funéraire.

Si l'acte d'état civil est nécessaire à la crémation ou à l'inhumation du corps de l'enfant, il n'en est pas de même pour l'octroi de l'indemnisation, au titre de l'assurance maternité, du repos de la mère quel que soit le motif de l'interruption de grossesse (sont visés ici les interruptions de grossesse ou avortements spontanés et les interruptions de grossesse pour motif thérapeutique).

En effet, aucun texte ne subordonne l'octroi du congé de maternité à la production d'un acte d'état civil.

Par conséquent, pour accorder le droit au congé de maternité en cas d'interruption de grossesse, le seul critère de viabilité que les caisses doivent retenir est celui de l'OMS, soit 22 semaines d'aménorrhée ou un poids du fœtus de 500 grammes à la naissance.

À partir de la date présumée du début de grossesse qui figure sur le formulaire de déclaration de grossesse, les caisses gestionnaires sont à même de déterminer si le seuil de 22 semaines d'aménorrhée est atteint ou non au moment de l'interruption de grossesse.

Seul un certificat médical peut attester le poids du fœtus à la naissance.

Conséquences sur la prise en charge des arrêts de travail faisant suite à l'interruption de grossesse

Prise en charge de l'interruption de grossesse au titre de l'assurance maternité

Modalités d'application des critères de l'OMS :

2 situations sont à distinguer :

- interruption de grossesse pour motif thérapeutique ;
- interruption de grossesse inopinée ou avortement spontané.

Dans ces 2 cas, dès lors que la grossesse est déclarée et que la gestation est de 22 semaines d'aménorrhée ou que l'enfant pèse au moins 500 grammes, l'assurée peut bénéficier du congé de maternité en totalité. Si l'assurée ou le médecin décide de ne pas demander la totalité de ce congé de maternité, mais seulement une partie, les arrêts de travail liés à cette interruption seront indemnisés au taux maternité dans la limite minimale du congé de maternité de droit commun (soit 8 semaines minimum).

☞ Indemnisation d'un congé de maladie au titre de l'assurance maternité en cas de grossesse pathologique (article L. 331-5 alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale) : la règle de l'indemnisation de l'arrêt de travail maladie de 14 jours pour cause de grossesse pathologique au taux "maternité" demeure applicable.

Attribution du congé de maternité de 26 semaines : il convient d'appliquer les dispositions de l'article L. 331-4 du Code de la Sécurité sociale dès lors que l'interruption de grossesse est intervenue après le terme de 22 semaines d'aménorrhée.

Prise en charge de l'interruption de grossesse au titre de l'assurance-maladie :

- les arrêts de travail liés aux interruptions volontaires de grossesse (IVG) relèvent nécessairement d'une prise en charge par l'assurance-maladie dans la mesure où cette intervention doit obligatoirement intervenir dans les douze premières semaines de grossesse.

Article L. 2212-1 du Code de la santé publique

- les arrêts de travail liés aux interruptions de grossesse pour motif thérapeutique ou interruptions de grossesse inopinées intervenues antérieurement au délai de 22 semaines d'aménorrhée sont pris en charge au titre de l'assurance-maladie. Il en va de même lorsque le poids de l'enfant est inférieur à 500 g.

Le dispositif réglementaire d'octroi du congé de paternité demeure inchangé.

- l'article L. 331-3 du Code de la Sécurité sociale permet, dans le cadre de l'assurance maternité (ou interruption de grossesse), à l'assurée de percevoir une indemnité journalière de repos à condition de cesser tout travail salarié durant la période d'indemnisation et au moins pendant 8 semaines. Les arrêts de travail liés aux interruptions de grossesse pour motif thérapeutique ou interruptions de grossesse inopinées d'une durée inférieure à 8 semaines sont donc indemnisés au titre de l'assurance-maladie.

Le nouveau certificat médical d'accouchement qui permet à l'officier d'état civil de délivrer un acte d'enfant sans vie n'opère plus la distinction entre les enfants nés viables et non viables. Le critère de viabilité restant déterminant pour le service de ces prestations, l'acte d'enfant sans vie n'est plus suffisant pour être utilisé comme pièce justificative.

Aussi, le traitement suivant doit être appliqué :

- l'indemnisation du congé maternité : la mère y a droit même lorsque l'enfant n'est pas né vivant. Les prestations en espèces sont dues si le seuil de gestation a atteint, comme le préconise l'OMS, au moins 22 semaines d'aménorrhée, soit 22 semaines ou 5 mois de grossesse. Le formulaire du premier examen prénatal (n° Cerfa : 10112*04) ;
- n° d'homologation ministérielle (S4110e) comprend la date présumée de grossesse et devrait permettre aux organismes débiteurs des prestations, en dehors de toute autre pièce justificative, de déterminer si la condition de viabilité est remplie ;
- **l'indemnisation du congé paternité et d'accueil de l'enfant** : production, notamment, d'un acte d'enfant sans vie accompagné d'un certificat médical attestant la viabilité de l'enfant conformément à l'arrêté du 9 janvier 2008.

Lettre ministérielle du 28 mars 2011

TABLEAU RÉCAPITULATIF

INTERRUPTION DE GROSSESSE (IG)		
	IG intervenue avant 22 semaines d'aménorrhée ou poids inférieur à 500 g	IG intervenue après 22 semaines d'aménorrhée ou poids de 500 g à la naissance
Indemnisation de l'arrêt de travail	Maladie	Maladie si inférieure à 8 semaines
	Maladie	Maternité dès lors que la grossesse est déclarée et repos d'au moins 8 semaines
Droit au congé de maternité	Non	Oui, dès lors que la grossesse est déclarée
Certificat médical	Non	Oui pour attester du poids de l'enfant à la naissance éventuellement
Allongement du repos (3^e enfant ou grossesse multiple)	Non	Oui

Circulaire CNAMTS n° 99-2004 du 10 août 2004

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES DE MATERNITÉ

SALAIRE DE RÉFÉRENCE

Le salaire servant de base au calcul des indemnités journalières correspond aux 3 derniers mois civils précédant l'arrêt. La paie ainsi prise en compte est celle échue à la date de l'interruption de travail, même si le paiement de celle-ci n'est pas intervenu.

Il s'agit du salaire brut total servant de base au calcul de la cotisation due pour les risques maladie, maternité, invalidité et décès, dans la limite du plafond de Sécurité sociale.

Ce montant est diminué par application d'un taux forfaitaire représentatif de la part salariale des cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi, ce taux est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ce taux forfaitaire est fixé à 21 %.

Ce taux est uniforme pour l'ensemble de la France.

Ce taux s'applique pour tous les arrêts débutant à compter du 1^{er} juillet 2013.

Exemple : congé de maternité en juillet 2014

Salaires de l'assuré :

Avril 2014	= 1 500 €] (salaire brut moins le taux forfaitaire de 21 %)
Mai 2014	= 1 900 €	
Juin 2014	= 1 800 €	

Gain journalier de base = 1 500 + 1 900 + 1 800 = 5 200/91,25 = 56,98 €.

Le taux forfaitaire s'applique pour tous les arrêts débutant à compter du 1^{er} juillet 2013.

Il convient de distinguer :

- le congé dit «pathologique», période d'au plus deux semaines attribuée sur prescription médicale et donnant lieu au versement d'IJ maternité (article L. 331-5, dernier alinéa, du Code de la Sécurité sociale) ;
- et le congé de maladie pouvant éventuellement précéder un congé de maternité.

Application du taux forfaitaire pour les apprentis :

S'agissant des apprentis, deux sujets sont à distinguer :

- les apprentis cotisent sur une assiette réduite de 11 % (articles L. 6243-2 et D. 6243-5 du Code du travail). Ce premier point ne soulève pas de difficultés, l'assiette réduite constituant la base de calcul des IJ, conformément à l'article R. 331-5 du Code de la sécurité sociale ;
- à cela s'ajoute le fait que l'État prend en charge la totalité des cotisations salariales d'origine légale et conventionnelle (article L. 6243-2 précité, en ses deuxième et troisième alinéas). Dans ce cadre, les employeurs ont pour pratique, s'agissant des IJ maternité, de déclarer l'assiette des cotisations, sans chercher à reconstituer le montant des cotisations prises en charge par l'État.

Il y a lieu de poursuivre cette pratique, l'employeur déclare l'assiette des cotisations de l'apprenti(e) sur laquelle les indemnités journalières maternité sont calculées sans imputation de taux forfaitaire

Circulaire DSS/SD2/2013/253 du 20 juin 2013

Journalistes à la pige, VRP, travailleurs à domicile, artistes et musiciens de spectacle, mannequins

Les indemnités journalières sont calculées sur la rémunération ayant donné lieu à précompte au cours des 4 trimestres civils qui précèdent l'arrêt de travail.

Les indemnités journalières sont calculées dans la limite du plafond de Sécurité sociale, du salaire réglé lors de chaque paie durant la période de référence et servant de base au calcul de la cotisation pour les risques maladie, maternité, invalidité et décès.

Le montant de chacun des salaires compris dans la période de référence, servant de base au calcul de l'indemnité journalière s'apprécie lors de chaque paie dans la limite du plafond correspondant à la périodicité de celle-ci et non par référence à un salaire mensuel moyen calculé sur l'ensemble de l'année.

Changement d'emploi ou d'employeur au cours de la période de référence

Une comparaison est faite entre le montant global des rémunérations effectivement perçues dans les différents emplois avec celui auquel l'assuré aurait pu prétendre s'il avait travaillé chez le dernier employeur durant toute la période de référence. C'est le montant le plus élevé qui est retenu.

Changement du mode de rémunération

L'indemnité journalière est calculée sur la base de la rémunération la plus proche de l'arrêt de travail considérée comme ayant été en vigueur durant toute la période de référence. Ainsi en est-il lorsque la paie horaire devient mensuelle.

Maternité survenue au cours d'une période d'inactivité (chômage, congés, ...)

L'indemnité est calculée sur la base de la rémunération perçue avant la date de cessation effective de travail.

Période de référence est incomplète

(tel peut-être le cas pour les nouveaux immatriculés ou en cas de reprise d'activité salariée depuis peu de temps)

L'indemnité est calculée sur une base de rémunération fictive, rétablie comme si l'assuré avait travaillé pendant toute la période de référence.

Travail à temps partiel

Pour les salariés travaillant à temps partiel, lorsque l'assiette des cotisations fait l'objet d'un abattement (par application des dispositions des articles R. 242-7 à R. 242-11 du Code de la Sécurité sociale), il est tenu compte du salaire brut perçu par l'assuré, sans abattement, dans la limite du plafond correspondant.

GAIN JOURNALIER DE BASE

*Article R. 323-4 du Code de la Sécurité sociale
Modifié par Décret n° 2013-266 du 28 mars 2013 - article 8*

A compter du 1^{er} janvier 2015

Article R. 323-4 modifié par décret n° 2014-953 du 20 août 2014 - article 1

Le gain journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière prévue à l'article L. 323-4 est déterminé comme suit :

- 1° 1/91,25 du montant des trois dernières paies des mois civils antérieurs à la date de l'interruption de travail lorsque le salaire ou le gain est réglé mensuellement ou dans les cas autres que ceux mentionnés aux 3° et 5° ;
- 2° 1/84 du montant des six ou douze dernières paies des mois civils antérieurs à la date de l'interruption de travail suivant que le salaire ou le gain est réglé toutes les deux semaines ou chaque semaine ;
- 3° 1/365 du montant du salaire ou du gain des douze mois civils antérieurs à la date de l'interruption de travail, lorsque le travail n'est pas continu ou présente un caractère saisonnier.

Pour l'application des dispositions qui précèdent, il est tenu compte du salaire servant de base, lors de chaque paie, au calcul de la cotisation due pour les risques maladie, maternité, invalidité et décès dans la limite d'un plafond de Sécurité sociale **en vigueur le dernier jour du mois civil précédant celui de l'interruption de travail** et calculé, pour chaque paie prise en compte, pour un mois sur la base de la durée légale du travail. Toutefois, lorsque l'assiette des cotisations fait l'objet d'un abattement par application des dispositions des articles R. 242-7 à R. 242-11, il est tenu compte du salaire brut perçu par l'assuré, sans abattement, dans la limite du plafond ainsi défini.

Le nouveau mode de calcul s'applique pour les assurés ayant cessé leur activité salariée à compter du 1er janvier 2015 en raison d'une maternité, paternité, adoption ou d'un arrêt de travail prescrit en cas de grossesse pathologique

Circulaire DSS/SD2/2014/370

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les modalités suivant lesquelles est déterminé le gain journalier servant de base au calcul des indemnités journalières dues aux assurés appartenant aux catégories pour lesquelles les cotisations sont établies forfaitairement.

Les indemnités journalières de maternité doivent être calculées sur la base des 3 derniers salaires mensuels antérieurs à la date à laquelle l'assurée a été contrainte, par son état de grossesse, à interrompre son travail. Dès lors, l'état de contrainte résultant de l'inaptitude physique liée à la grossesse doit interdire de se baser sur les éléments de rémunération modifiés par suite de cette inaptitude.

Cass. soc. 31 octobre 2000 - Leonardi c/ CPAM de Montpellier

ATTESTATION DE SALAIRE

En vue de la détermination du montant de l'indemnité journalière, l'employeur ou les employeurs successifs doivent établir une attestation se rapportant aux payes effectuées pendant les périodes de référence définies ci-dessus. Cette attestation, à l'appui de laquelle sont présentées, le cas échéant, le bulletin de paye est adressée à la caisse :

- 1° - Sous forme électronique, par l'employeur ;
- 2° - À défaut, sous forme papier par le salarié auquel l'employeur aura remis l'attestation dûment remplie.

Des modalités déclaratives différentes selon que l'entreprise adhère ou non à la DSN

L'article L. 133-5-3 du Code de la Sécurité sociale a instauré la déclaration sociale nominative (DSN), qui a vocation à se substituer progressivement à la quasi-totalité des déclarations sociales de l'employeur.

Dans une première phase, la DSN entre en vigueur sur la base du volontariat. S'agissant du salaire net servant au calcul des IJ maternité, il en résulte des modalités déclaratives différentes selon que l'entreprise a ou non adhéré à la DSN.

A – L'entreprise adhère à la DSN

1° - Si le personnel relève du régime général :

Conformément au cahier technique de la norme servant à effectuer cette déclaration, l'employeur transmet **dans les DSN mensuelles les rémunérations brutes de ses salariés (et non les rémunérations nettes)**.

Les rémunérations nettes sont calculées par la CNAVTS (Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés) qui reçoit les données des DSN mensuelles et les signalements d'arrêts de travail. A cet effet et sous réserve du cas particulier des apprentis visés supra, la CNAVTS applique le taux forfaitaire fixé par arrêté aux salaires bruts (le cas échéant ramenés au plafond de la sécurité sociale) déclarés dans les DSN mensuelles. Les 6 rémunérations nettes ainsi déterminées sont transmises à l'organisme compétent du régime général.

En effet, au II de son article 4, le décret du 28 mars 2013 précité habilite la CNAVTS à réaliser, à partir des données issues des DSN, les traitements permettant de reconstituer les données nécessaires au service des indemnités journalières. Les données issues de ces traitements sont transmises aux caisses primaires d'assurance maladie et aux caisses générales de sécurité sociale.

2° - Si le personnel relève du régime des salariés agricoles :

Pour les employeurs dont le personnel relève de la protection sociale agricole, les DSN mensuelles sont transmises aux caisses de MSA qui traitent les données pour l'accomplissement de leurs propres missions. En conséquence, l'employeur qui opte pour la DSN déclare les salaires bruts de ses salariés. La caisse de MSA applique, sous réserve du cas particulier des apprentis visés supra, le taux forfaitaire aux salaires bruts (le cas échéant ramenés au plafond de la sécurité sociale) déclarés dans les DSN mensuelles.

B – L'entreprise n'a pas adhéré à la DSN

L'attestation de salaire perdue pour les employeurs n'ayant pas adhéré à la DSN, les formulaires CERFA (régime général et régime des salariés agricoles) étant en cours de révision suite à la parution du décret du 28 mars 2013.

1° - Si le personnel relève du régime général :

Il incombe à l'employeur d'appliquer le taux forfaitaire de 21 % aux salaires bruts de la période de référence et de déclarer les salaires nets ainsi obtenus à la caisse d'assurance maladie dont relève le(la) salarié(e).

2° - Si le personnel relève du régime des salariés agricoles :

Les employeurs déclareront les salaires bruts de la période de référence à la caisse de MSA, qui appliquera le taux forfaitaire de 21 %.

Circulaire DSS/SD2/2013/253 du 20 juin 2013

FORMULE DE CALCUL DE L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE

Le montant de l'indemnité journalière est égal au gain journalier de base.

Décret n° 95-1361 du 30 décembre 1995

SUBROGATION

Lorsque le salaire est maintenu en totalité, l'employeur est subrogé de plein droit à l'assuré, quelles que soient les clauses du contrat, dans les droits de celui-ci aux indemnités journalières qui lui sont dues.

Lorsque, en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, le salaire est maintenu en totalité ou en partie sous déduction des indemnités journalières, l'employeur qui paie tout ou partie du salaire pendant la période de maladie sans opérer cette déduction peut être subrogé par l'assuré est subrogé de plein droit à l'assuré dans ses droits aux indemnités journalières pour la période considérée, à condition que le salaire maintenu au cours de cette période soit au moins égal au montant des indemnités dues pour la même période.

Dans les autres cas, l'employeur est seulement fondé à poursuivre auprès de l'assuré le recouvrement de la somme correspondant aux indemnités journalières, dans la limite du salaire maintenu pendant la même période.

L'employeur et l'assuré qui se sont mis d'accord pour le maintien d'avantages en nature en cas de maladie, peuvent en informer la caisse et demander le versement par elle à l'employeur de la partie de l'indemnité journalière correspondant à la valeur des avantages maintenus.

Décret n° 2013-266 du 28 mars 2013 – Article 8

En cas de maintien total ou partiel du salaire, l'employeur peut demander que les indemnités journalières dues à l'assuré lui soient versées directement dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée.

L'employeur n'est subrogé dans les droits du salarié aux indemnités journalières de Sécurité sociale que dans la limite des sommes qu'il a effectivement versées à l'intéressé au titre de la rémunération dont celui-ci bénéficie pendant ses absences pour maladie ou accident.

Dès lors, le salarié qui perçoit une rémunération inférieure au montant des indemnités journalières, est fondé à réclamer le remboursement des sommes constituées par l'excédent des indemnités journalières par rapport au salaire versé.

Cass. soc. 9 octobre 2001 - Péron c/ SA Mignon

Indemnités journalières supérieures au salaire mensuel

Les indemnités journalières perçues par un assuré durant un arrêt de travail peuvent être d'un montant supérieur à celui de sa rémunération mensuelle.

Aux termes de l'article R. 323-4 du Code de la Sécurité sociale : «il est tenu compte du salaire servant de base, lors de chaque paie, au calcul de la cotisation due pour les risques maladie, maternité, invalidité et décès dans la limite du plafond» (de cotisation vieillesse).

Ainsi, dans l'hypothèse où l'une des paies incluses dans la période de référence (3 mois précédant la date d'interruption de travail lorsque le salaire ou l'activité ont un caractère régulier) est supérieure aux salaires habituels parce que comportant des primes, gratifications ou autres avantages soumis à cotisation, l'indemnité journalière servie est effectivement d'un montant plus élevé que la rémunération versée par l'employeur.

Aucun texte de portée générale ne précise l'utilisation de ces sommes excédentaires mais la jurisprudence de la Cour de cassation a clairement établi que l'employeur n'était subrogé dans les droits du salarié aux indemnités journalières que dans la limite des sommes qu'il lui a effectivement versées au titre de la rémunération servie pendant ses absences.

En conséquence, dans de telles situations, le différentiel est versé directement à l'assuré salarié.

Cass. soc. 7 juillet 1993 - Sté Carnaud Cofem c/ Bernardin
Circulaire CNAMTS n° 2001-106 du 13 août 2001

MONTANT MAXIMUM

Le montant maximum de l'indemnité journalière est égal au plafond diminué de 21 %.

Le montant maximal de l'indemnité journalière est fixé à :

- **82,32 € au 1^{er} janvier 2015**

Pour les indemnités journalières versées au titre des arrêts de travail débutant à compter du 1^{er} janvier 2015 ; il y a lieu de retenir pour le plafonnement le plafond en vigueur le dernier jour du mois civil précédant la date celui de l'interruption de travail.

Article R. 323-4 du Code de la Sécurité sociale
Décret n° 2014-953 du 20 août 2014

Salariées bénéficiant de taux réduits de cotisations

Ces taux minimums peuvent être corrigés à la demande des intéressées qui relèvent de catégories professionnelles bénéficiant de taux réduits de cotisations ou qui, bien que rattachées au régime général, ne sont pas soumises aux mêmes obligations en matière d'assurance chômage.

MONTANT MINIMUM

Le montant minimum de l'indemnité journalière maternité est égal à 1/365^e du montant minimum des pensions d'invalidité (AVTS),

- soit au 1^{er} janvier 2015 : $3\,379,95 \text{ €} / 365 = 9,26 \text{ €}$.

REVALORISATION

Lorsque le congé de maternité est supérieur à 3 mois, le montant de l'indemnité journalière peut être revalorisé, selon les règles de l'assurance-maladie.

En vue de la révision de l'indemnité journalière, le gain journalier ayant servi de base au calcul de l'indemnité journalière est majoré, le cas échéant, par application des coefficients de majoration fixés par arrêtés ministériels. Toutefois, lorsqu'il existe une convention collective de travail applicable à la profession à laquelle appartient l'assurée, celle-ci peut, si elle entre dans le champ d'application territoriale de cette convention, demander que la révision du taux de son indemnité journalière soit effectuée sur la base d'un gain journalier calculé d'après le salaire normal prévu pour sa catégorie professionnelle dans ladite convention, au cas où cette modalité lui est favorable.

Les indemnités journalières revalorisées ne peuvent excéder les montants maximum en vigueur au moment du paiement.

VISITE MÉDICALE DE REPRISE

Après le congé de maternité, la salariée doit passer une visite médicale d'aptitude effectuée par le médecin du travail, et ce, dans les 8 jours qui suivent la reprise.

PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS D'ADOPTION

L'arrivée d'un enfant adopté dans une famille ouvre le droit à un congé d'adoption. En apportant certaines pièces à la caisse d'Assurance Maladie, l'assuré ou son conjoint, ou tous les deux simultanément, peuvent bénéficier de ce congé limité dans le temps et d'une durée variable selon le nombre d'enfants à charge.

Tout assuré quelque soit son sexe peut bénéficier du congé d'adoption

*Article L. 331-7 du Code de la sécurité sociale
Loi n° 2013-404 du 17 mai 2013*

CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT

Le point de départ des conditions d'ouverture du droit est la date d'arrivée de l'enfant au foyer ou dans les 7 jours qui précèdent la date prévue de cette arrivée.

L'assuré doit :

- être salarié ;
- justifier d'au moins 10 mois d'immatriculation au régime général de Sécurité sociale ;
- et justifier :
 - soit de 150 heures de travail au cours des 3 mois civils ou des 3 mois précédant l'arrivée de l'enfant,
 - soit avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le taux horaire du SMIC pendant les 6 mois précédant la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

Ces dispositions entrent en vigueur à compter du 1^{er} février 2015

Décret n° 2015-86 du 30 janvier 2015 portant modification des conditions d'ouverture du droit aux prestations en espèces des assurances maladie, maternité et invalidité et au congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

DURÉE DU CONGÉ D'ADOPTION

Point de départ

Le congé d'adoption débute soit :

- au jour de l'arrivée de l'enfant dans le foyer ;
- 7 jours avant la date prévue de l'arrivée de l'enfant.

La durée de ce congé est variable selon le nombre d'enfant adoptés et si l'assuré en a déjà à charge.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

Congé d'adoption

	Composition initiale du foyer	Durée du congé
Adoption simple	1 enfant	10 semaines
	2 enfants et +	18 semaines
Adoptions multiples	1 enfant	22 semaines
	2 enfants et +	22 semaines

Partage du congé d'adoption

L'assuré peut faire le choix de partager le congé d'adoption avec le conjoint, si toutefois il remplit les conditions d'ouverture de droit pour en bénéficier et si le conjoint est également un assuré du régime général.

La durée du congé va être modifiée en cas de partage :

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

☞ *S'il est partagé, le congé d'adoption doit être réparti en 2 périodes de temps dont la plus courte doit être d'au moins 11 jours.*

Article L. 331-7 du Code de la Sécurité sociale

Partage du congé d'adoption entre le père et la mère

Si les deux parents sont salariés, 11 jours supplémentaires sont accordés en cas d'adoption simple et 18 jours en cas d'adoptions multiples. La durée du congé doit être répartie entre les deux parents ; celui-ci ne doit pas être fractionné en plus de deux périodes, dont la plus courte ne peut être inférieure à 11 jours.

Article L. 1225-40 du Code du travail - Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 - JO du 26 décembre

Exemple

10 semaines de congés d'adoption

10 x 7 jours = 70 jours + 11 jours = 81 jours

La durée totale est donc fixée à 81 jours. La durée minimum de congé est fixée à 11 jours (père ou mère) + 70 jours (père ou mère)

Les congés peuvent être simultanés. L'indemnité journalière est servie au père sans que la mère ait à y renoncer.

Circulaire CNAM n° 3/2002

Par ailleurs, si l'assuré prend son congé en même temps que le conjoint, la somme des deux périodes de congés ne peut dépasser la durée légale du congé d'adoption de 10 semaines.

Circulaire CNAM n° 119/2002

LES JUSTIFICATIFS À FOURNIR

Pour constituer le dossier, l'assuré doit fournir à sa caisse d'Assurance Maladie plusieurs documents. Ils vont être fonction de l'origine de l'enfant adopté :

- si l'assuré adopte un enfant en France : il doit obtenir une attestation de mise en relation des services départementaux de l'adoption, indiquant le début de la période d'adaptation ou une attestation de placement ;
- si l'assuré adopte un enfant à l'étranger : il doit fournir une photocopie du passeport de l'enfant ou tout autre document officiel sur lequel figure le visa accordé par la Mission pour l'adoption internationale (M.I.A.) ; la date du visa équivaut à la date de placement de l'enfant.

☞ *On ne peut pas bénéficier du congé d'adoption si l'on recueille un enfant dans le cadre d'une Kafala en Algérie ou au Maroc. La Kafala (recueil légal) est l'engagement de prendre en charge bénévolement l'entretien, l'éducation et la protection d'un enfant mineur au même titre que le ferait un père pour son enfant. La Kafala (recueil légal) est établie par acte légal devant le juge ou le notaire.*

L'assuré doit fournir une attestation de l'employeur précisant qu'il s'agit d'un congé d'adoption et la date de cessation d'activité

MONTANT DE L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE

Les indemnités journalières peuvent être versées à condition que le père ou la mère adoptif cesse tout travail salarié pendant la période d'indemnisation.

Le montant de l'indemnité est égal à 100 % du gain journalier de base calculé sur la base des 3 derniers mois antérieurs à l'arrêt de travail dans la limite du plafond de la Sécurité sociale, comme pour le calcul des indemnités journalières maternité, avec les mêmes minimum et maximum.

Ce montant est diminué par application d'un taux forfaitaire représentatif de la part salariale des cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi, ce taux est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ce taux forfaitaire est fixé à 21 %.

Ce taux s'applique pour tous les arrêts débutant à compter du 1^{er} juillet 2013.

Le montant maximal de l'indemnité journalière est fixé à :

■ **82,32 € au 1^{er} janvier 2015**

Pour les indemnités journalières versées au titre des arrêts de travail débutant à compter du 1^{er} janvier 2015 ; il y a lieu de retenir pour le plafonnement le plafond en vigueur le dernier jour du mois civil précédant la date celui de l'interruption de travail.

*Article R. 323-4 du Code de la Sécurité sociale
Décret n° 2014-953 du 20 août 2014*

CONGÉ DE PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT

BÉNÉFICIAIRES

Après la naissance de l'enfant et dans un délai de 4 mois, le père salarié ainsi que, le cas échéant, le conjoint salarié de la mère ou la personne salariée liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, bénéficient d'un congé de paternité et d'accueil de l'enfant de onze jours consécutifs ou de dix-huit jours consécutifs en cas de naissances multiples.

Article L. 1225-35 du Code du travail

L'intéressé bénéficie des indemnités journalières du régime général pendant la durée de son absence de l'entreprise.

Article L. 331-8 du Code de la Sécurité sociale

L'autorisation d'absence est accordée à la fois au père et à la personne vivant en couple avec la mère. Les deux bénéficiaires perçoivent les indemnités journalières de sécurité sociale versées pendant la durée de ce congé.

Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la Sécurité sociale pour 2013 (article 94)

Justificatifs à adresser à la CPAM

Pour le bénéfice de l'indemnisation de son congé de paternité ou d'accueil de l'enfant, l'assuré doit adresser à l'organisme de sécurité sociale dont il relève une ou plusieurs pièces justificatives figurant sur les listes ci-dessous.

a) si l'assuré est le père de l'enfant, il doit fournir l'une des pièces suivantes attestant de la naissance de son enfant :

- soit la copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant ;
- soit la copie du livret de famille mis à jour ;
- soit la copie de l'acte de reconnaissance de l'enfant par le père ;
- soit la copie de l'acte d'enfant sans vie et un certificat médical d'accouchement d'un enfant né mort et viable.

b) si l'assuré n'est pas le père de l'enfant mais est le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, il doit fournir l'une des pièces suivantes attestant de la naissance de l'enfant :

- soit la copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant ;
- soit la copie de l'acte d'enfant sans vie et un certificat médical d'accouchement d'un enfant né mort et viable, ainsi que l'une des pièces suivantes attestant de son lien avec la mère de l'enfant :
 - soit un extrait d'acte de mariage,
 - soit la copie du pacte civil de solidarité,
 - soit un certificat de vie commune ou de concubinage de moins d'un an ou, à défaut, une attestation sur l'honneur de vie maritale cosignée par la mère de l'enfant.

Arrêté du 3 mai 2013 JO du 23 mai 2013

CONDITIONS D'OUVERTURE DE DROIT

Condition d'immatriculation

L'assuré doit justifier d'au moins 10 mois d'immatriculation dans le régime général à la date présumée de l'accouchement.

Article R. 313-3 du Code de la Sécurité sociale

Conditions de durée de salariat

L'assuré doit justifier :

- d'au moins 150 heures de travail au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant soit le début de la grossesse, soit le début du congé de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ;
- d'un salaire égal à 1 015 fois le taux horaire du SMIC sur les 6 mois civils précédant soit le début de la grossesse, soit le début du congé de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption.

Ces dispositions entrent en vigueur à compter du 1^{er} février 2015

Décret n° 2015-86 du 30 janvier 2015 portant modification des conditions d'ouverture du droit aux prestations en espèces des assurances maladie, maternité et invalidité et au congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

L'adoption d'un enfant par un salarié relevant du régime général n'ouvre pas droit au congé de paternité et d'accueil de l'enfant mais au congé d'adoption dont le régime a été modifié pour tenir compte de la création du congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

Les chômeurs indemnisés qui conservent leurs droits aux prestations du régime d'assurance-maladie peuvent prétendre aux indemnités journalières maladie.

Décret n° 2002-1324 du 4 novembre 2002 - JO du 6 novembre

Les stagiaires de la formation professionnelle continue rémunérés par l'État, la région, rattachés au régime général peuvent également être bénéficiaires à condition que le congé paternité débute pendant la durée du stage et s'achève avant son terme.

Article R. 373-2 du Code de la Sécurité sociale

MODALITÉS D'OCTROI DU CONGÉ

Après la naissance de son enfant et dans un délai de 4 mois suivant la naissance de l'enfant, le bénéficiaire assuré reçoit, pendant une durée maximale de 11 jours calendaires consécutifs, l'indemnité journalière prévue en maternité sous réserve de cesser toute activité salariée ou assimilée.

En cas de naissances multiples, la durée maximale du congé est fixée à 18 jours consécutifs.

Toutefois, ce congé peut être reporté au-delà des 4 mois dans l'un des cas suivants :

- hospitalisation de l'enfant, en ce cas le congé de paternité doit être pris dans les 4 mois qui suivent la fin de l'hospitalisation ;
- décès de la mère et en ce cas le congé de paternité et d'accueil de l'enfant doit être pris dans les 4 mois qui suivent la fin du congé accordé au bénéficiaire en raison du décès de la mère.

Article L. 331-8 du Code de la Sécurité sociale

Lorsqu'un assuré reporte le congé de paternité et d'accueil de l'enfant pour un cas non prévu par les textes, il ne peut prétendre au paiement des indemnités journalières paternité.

En l'espèce, l'assuré faisait valoir, attestation de salaire à l'appui, qu'il n'avait pu prendre son congé plus tôt en raison de « gros problèmes de planning suite à un manque de personnel ».

Cass 2^e civ du 10-11-2009 CPAM des Yvelines/Hurdoyal

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant n'est pas fractionnable. Si l'assuré le souhaite, il peut prendre un congé de paternité d'une durée inférieure à 11 jours. Le congé de paternité de 11 jours s'ajoute aux 3 jours déjà accordés au père pour une naissance. Le congé de paternité n'est pas obligatoirement à prendre à la suite de ces 3 jours.

Activité à temps partiel

Un salarié exerçant simultanément 2 activités à temps partiel ne peut prétendre aux indemnités journalières paternité et d'accueil de l'enfant s'il poursuit une activité auprès d'un des 2 employeurs ; il doit cesser totalement toute activité au cours de son congé paternité et d'accueil de l'enfant.

Cass. 2^e civ. du 17 janvier 2007

Assuré se déplaçant dans l'Espace économique européen

L'assuré peut bénéficier des indemnités journalières paternité et d'accueil de l'enfant en cas de séjour temporaire au sein de l'Espace économique européen. Si le père se rend dans un pays hors EEE, pour bénéficier des prestations de paternité, il doit exister une convention bilatérale de Sécurité sociale et cette convention doit prévoir le droit aux prestations.

Circulaire DSS/DACI/2003/280 du 11 juin 2003

Demandeur d'emploi en congé de paternité

Le bénéfice du congé de paternité et d'accueil de l'enfant n'affecte pas la disponibilité des demandeurs d'emploi à la recherche d'un emploi. Le demandeur d'emploi est tenu :

- d'effectuer des actes positifs de recherche d'emploi ;
- il doit procéder au renouvellement mensuel de sa demande d'emploi en précisant qu'il est en "arrêt de paternité".

L'indemnisation du congé de paternité et d'accueil de l'enfant n'est pas cumulable avec les allocations de chômage ou de solidarité. Le bénéficiaire du congé paternité et d'accueil de l'enfant doit donc prévenir son organisme d'assurance-maladie et Pôle emploi dont il relève.

L'organisme d'assurance-maladie est également tenu de transmettre l'information à Pôle Emploi.

Directive UNEDIC n° 03.03 - 15 janvier 2003

CALCUL DE L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE

L'indemnité journalière est calculée de la même façon qu'en assurance maternité.

Pour les stagiaires de la formation professionnelle continue, l'indemnité journalière est égale à 90 % de la rémunération journalière de stage.

Article R. 373-1 du Code de Sécurité sociale

Montant maximal

Le montant maximum de l'indemnité journalière est égal au plafond diminué de 21 %. Le montant maximal de l'indemnité journalière est fixé à :

Le montant maximal de l'indemnité journalière est fixé à :

- **82,32 € au 1^{er} janvier 2015**

Les indemnités journalières de paternité et d'accueil de l'enfant ne sont pas cumulables avec l'indemnisation des congés maladie et d'accident du travail et avec les allocations de l'assurance chômage.

Elles ne sont pas non plus cumulables avec l'allocation parentale d'éducation ni avec l'allocation de présence parentale.

FISCALITÉ DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MATERNITÉ - PATERNITÉ

IMPÔT SUR LE REVENU

Les indemnités journalières maternité, paternité et d'accueil de l'enfant, adoption versées aux assurés enceintes pour le congé maternité par les organismes de Sécurité sociale et de la mutualité sociale agricole ou pour leur compte, sont soumises à l'impôt sur le revenu dès l'imposition des revenus 1996 quelle que soit la période d'indemnisation à laquelle elles se rapportent.

Article 80 quinquies du Code général des impôts

Les indemnités journalières de maternité supplémentaires versées au titre des prestations supplémentaires et les aides financières attribuées par les caisses primaires d'assurance maladie aux femmes assurées sociales dont le métier comporte des travaux incompatibles avec leur état, demeurent exonérées d'impôt sur le revenu. Ces indemnités sont versées à la suite d'une décision individuelle qui tient compte de la situation sociale du bénéficiaire. Elles sont également exonérées de CSG et CRDS.

Instruction DGI 12 mai 1997

CSG (CONTRIBUTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE)

Les indemnités journalières maternité, paternité et d'accueil de l'enfant, adoption sont soumises à la CSG. Depuis le 1^{er} janvier 1998, son taux est fixé à 6,2 %.

Circulaire DSS/SDF - GSS/SB/97-833 du 31 décembre 1997

La CSG est précomptée sur le montant brut de l'indemnité par les organismes débiteurs des prestations. Lorsque l'employeur est subrogé dans les droits de son salarié pour la perception des indemnités journalières d'assurance maternité, paternité et d'accueil de l'enfant, adoption, il reçoit de l'organisme débiteur une indemnité journalière nette de la CSG et de la CRDS. L'employeur déduit de l'assiette des cotisations le montant brut de l'indemnité. L'organisme débiteur doit indiquer à l'employeur ce montant brut.

CRDS (CONTRIBUTION POUR LE REMBOURSEMENT DE LA DETTE SOCIALE)

Les indemnités journalières maternité, paternité et d'accueil de l'enfant, adoption sont assujetties à la CRDS au taux de 0,5 % depuis le 1^{er} février 1996.

En cas de subrogation de l'employeur, celui-ci devra tenir compte du prélèvement de la CRDS.

Circulaire CNAMTS ACCG 9/96 - DGR 7/96 du 31 janvier 1996

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES DE MATERNITÉ - TABLEAU DE SYNTHÈSE

	Jusqu'au 31 janvier 2015	A compter du 1 ^{er} février 2015
Conditions d'ouverture du droit	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	Justifier de 150 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
	Conditions d'immatriculation 10 mois d'immatriculation en maternité à la date présumée de l'accouchement ou à l'arrivée de l'enfant au foyer	
Délai de carence	Pas de délai de carence.	
Durée d'indemnisation	<ul style="list-style-type: none"> ■ 6 semaines avant l'accouchement + 2 semaines en cas de grossesse pathologique ■ 10 semaines après l'accouchement Majoration en cas de naissance multiple et à partir du 3 ^e enfant	
Calcul de l'indemnité journalière	Salaires des 3 mois civils précédant l'arrêt de travail ⁽¹⁾ (limité au plafond) ----- 91,25 ⁽¹⁾ <i>si paie mensuelle</i> Minimum : 9,26 € Maximum : 82,32 € à compter du 1 ^{er} janvier 2015 Le salaire de base pris en compte est diminué d'un taux forfaitaire de 21 %.	