



Vos droits en matière de sécurité sociale

en France

Ce guide présente des informations préparées et mises à jour en étroite collaboration avec les correspondants nationaux du MISSOC, le système d'information mutuelle sur la protection sociale. De plus amples renseignements sur le réseau MISSOC sont disponibles à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=815>

Ce guide fournit une description générale du régime de sécurité sociale applicable dans les pays respectifs. Des informations supplémentaires peuvent être obtenues à travers d'autres publications MISSOC, toutes disponibles à l'adresse mentionnée ci-dessus. Vous pouvez également contacter les autorités et institutions compétentes énumérées à l'annexe du présent guide.

Ni la Commission européenne ni aucune personne agissant au nom de la Commission ne sont responsables de l'usage qui pourrait être fait des informations contenues dans cette publication.

Table des matières

Chapitre I: Généralités, organisation et financement	4
Introduction	4
Organisation de la protection sociale	5
Financement	5
Chapitre II: Soins de santé	6
Ouverture des droits	6
Couverture de l'assurance.....	6
Modalités d'accès	7
Chapitre III : Prestations de maladie en espèces	9
Ouverture des droits	9
Couverture de l'assurance.....	9
Modalités d'accès	9
Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité.....	10
Ouverture des droits	10
Couverture de l'assurance.....	10
Modalités d'accès	11
Chapitre V: Prestations d'invalidité	12
Ouverture des droits	12
Couverture de l'assurance.....	12
Modalités d'accès	12
Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse	13
Ouverture des droits	13
Couverture de l'assurance.....	13
Modalités d'accès	14
Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants.....	15
Ouverture des droits	15
Couverture de l'assurance.....	15
Modalités d'accès	16
Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles	17
Ouverture des droits	17
Couverture de l'assurance.....	17
Modalités d'accès	18
Chapitre IX: Prestations familiales	19
Ouverture des droits	19
Couverture de l'assurance.....	19
Modalités d'accès	20
Chapitre X: Chômage.....	21
Ouverture des droits	21
Couverture de l'assurance.....	21
Modalités d'accès	21
Chapitre XI : Garantie de ressources.....	22
Ouverture des droits	22
Couverture de l'assurance.....	23
Modalités d'accès	23
Chapitre XII : Soins de longue durée	24
Ouverture des droits	24
Couverture de l'assurance.....	25
Modalités d'accès	25
Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles	27

Chapitre I : Généralités, organisation et financement

Introduction

Le système français de sécurité sociale compte cinq grands ensembles:

- le régime général, qui couvre la plupart des salariés ainsi que d'autres catégories (étudiants, bénéficiaires de certaines prestations, simples résidents) qui, au fil des années, lui ont été rattachées;
- les régimes spéciaux des salariés dont certains couvrent tous les risques et d'autres uniquement l'assurance vieillesse, (les ressortissants relèvent alors du régime général pour les autres risques);
- le régime agricole, qui englobe tous les risques mais en deux gestions distinctes: les exploitants et les salariés agricoles;
- les régimes des indépendants non agricoles: trois régimes autonomes d'assurance vieillesse (artisans, commerçants et industriels ainsi que professions libérales) et un régime d'assurance maladie;
- les régimes de chômage et les régimes de retraites complémentaires obligatoires.

Le régime général est organisé en quatre branches:

- la branche maladie, maternité, invalidité et décès;
- la branche accidents du travail et maladies professionnelles;
- la branche vieillesse;
- la branche famille.

Par ailleurs, il existe des régimes collectifs supplémentaires, à affiliation obligatoire ou volontaire, établis dans le cadre de professions spécifiques (entreprises ou branches), et couvrant principalement la vieillesse, la maladie ou l'invalidité.

Ces différents régimes peuvent être complétés à titre personnel par des assurances individuelles.

Affiliation

Si vous travaillez pour un employeur, c'est lui qui effectuera les formalités nécessaires à votre affiliation à la sécurité sociale, à l'assurance chômage et au régime de retraite complémentaire. Si vous travaillez pour votre propre compte, vous devez effectuer vous-même les formalités de déclaration.

Réclamations

Si vous avez un litige avec votre caisse, vous avez un droit de recours devant la commission de recours amiable (CRA) dont vous relevez, dans les deux mois à compter de la notification de la décision contestée. Si la CRA rejette votre demande, vous pouvez saisir le tribunal des affaires de sécurité sociale dans les 2 mois. Si vous n'intentez pas cette procédure durant cette période, la décision de la commission de recours amiable de votre caisse est définitive.

Organisation de la protection sociale

Les différents régimes mentionnés sont placés sous la tutelle du ministère chargé de la sécurité sociale, du ministère chargé de l'agriculture, du ministère chargé du travail et du ministère chargé du budget.

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) gère les deux premières branches de manière distincte. Au niveau local et sous la tutelle de la CNAMTS existent deux types d'organismes sans lien hiérarchique entre eux: les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et les caisses primaires d'assurance maladie.

La branche vieillesse est gérée par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) qui a délégué certaines de ses attributions aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).

La branche famille est gérée par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), qui dispose d'une tutelle sur les caisses d'allocations familiales.

Le recouvrement des cotisations est effectué au niveau local par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) placées sous la tutelle de l'ACOSS (Agence centrale des organismes de sécurité sociale) et qui a pour tâche de suivre la trésorerie de chaque branche en prévision et en réalisation comptable.

Le régime conventionnel d'assurance chômage est géré par l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Unedic) qui délègue à Pôle emploi le paiement des indemnités et, aux URSSAF, le recouvrement des cotisations.

L'assurance vieillesse de base est complétée par des régimes complémentaires légalement obligatoires en répartition pour les travailleurs salariés [régimes conventionnels ARRCO (Association des régimes de retraite complémentaire des salariés) et AGIRC (Association générale des institutions de retraite des cadres)]. Les régimes de base et complémentaires obligatoires des indépendants sont gérés par différentes caisses [Régime social des indépendants (RSI), Mutualité sociale agricole (MSA) et Assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) principalement].

Financement

Le système de sécurité sociale est financé par des cotisations de sécurité sociale versées par les travailleurs et les employeurs et par des impôts et taxes affectées.

Contributions

Vous devez payer des contributions et cotisations de sécurité sociale dont le montant est égal à un pourcentage de votre salaire. Votre employeur retient ces contributions et cotisations sur votre salaire et les verse à l'organisme de recouvrement compétent. Si vous êtes travailleur indépendant, vous réglez vous-même les cotisations et contributions qui sont calculées sur votre revenu professionnel.

Chapitre II : Soins de santé

Ouverture des droits

Ont droit aux soins de santé les personnes exerçant une activité professionnelle (salariée ou non salariée) ou à défaut, celles résidant de manière stable et régulière sur le territoire français, de même que les personnes qui sont à leur charge.

Critères d'admissibilité

L'ouverture du droit se fait prioritairement sur un critère professionnel ou assimilé. Il est subordonné à des conditions préalables: quotas d'heures travaillées ou montants de cotisations. Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever d'un régime de sécurité sociale en qualité d'assuré ou en qualité d'ayant droit bénéficient du maintien de leur droit aux prestations en nature du régime antérieur pendant un an, sauf si elles remplissent de nouveau les conditions pour relever d'un régime obligatoire.

Les autres personnes qui sont affiliées au régime général sur critère de résidence sont assujetties ou non, en fonction de leurs revenus, à la cotisation spécifique CMU.

En matière de soins de santé, le régime général couvre 85% de la population des salariés du secteur privé, des fonctionnaires ainsi que des personnes résidant en France de manière stable et régulière et qui ne bénéficient d'aucune couverture par ailleurs. Les prestations en nature servies aux ressortissants du régime agricole et du régime des travailleurs non salariés non agricoles sont alignées sur les prestations du régime général.

Couverture de l'assurance

Vous avez droit, pour vous-même et les personnes à votre charge (conjoint, enfants âgés de moins de 20 ans, concubin, personne à charge qui vit au domicile de l'assuré...), au remboursement des soins de santé.

Les différents régimes de base couvrent environ 75% des dépenses médicales des ménages.

Une certaine part des dépenses reste à la charge du patient (*système de ticket modérateur*), mais un patient peut en être exempté dans un certain nombre de cas, notamment pour certaines maladies recensées exigeant un traitement de longue durée et une thérapie particulièrement coûteuse. Cette contribution du patient sera plus élevée si celui-ci ne suit pas le parcours de soins.

En plus du ticket modérateur, un certain nombre de frais sont à la charge du patient, notamment: le forfait « actes lourds » pour de graves interventions médicales; la participation forfaitaire sur les actes médicaux et la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Couverture complémentaire

Si vous ne bénéficiez pas d'une assurance complémentaire collective au titre de votre entreprise, vous avez la faculté de contracter une assurance complémentaire auprès d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance afin de couvrir la part des dépenses de soins de santé qui n'est pas prise en charge par le régime obligatoire.

Si vous disposez de faibles ressources, vous pouvez bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) qui vous permet d'être couvert à 100%, sans avance de frais. Enfin, si vos ressources sont légèrement supérieures au plafond ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire, vous pouvez recevoir une aide visant à financer partiellement la couverture complémentaire.

Modalités d'accès

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

Le médecin traitant tient à jour le dossier médical et c'est lui qui prescrit les examens médicaux complémentaires ou qui oriente vers un autre médecin — le médecin correspondant — ou vers un service hospitalier, ou encore vers un autre professionnel de la santé (masseur kinésithérapeute, infirmier...). Lorsque les actes médicaux sont réalisés ou recommandés par le médecin traitant, ils sont remboursés au taux normal: vous êtes alors dans le parcours de soins coordonnés.

Par contre, si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous consultez directement un spécialiste, vous serez moins bien remboursé et le montant des frais qui restera à votre charge sera plus élevé que si vous étiez passé par le médecin traitant.

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

Paiement des prestations

Vous réglez les honoraires au professionnel de santé et vous lui présentez votre carte Vitale. La carte Vitale est une carte à puce qui atteste des droits aux prestations. Elle est attribuée à toute personne de 16 ans et plus et contient tous les renseignements administratifs nécessaires au remboursement des soins.

Ceci permet d'établir des feuilles de soins électroniques qui sont adressées directement par télétransmission à votre caisse de maladie. Cette manière de procéder accélère les délais de remboursement. Si le professionnel de santé n'est pas

équipé pour utiliser la carte Vitale, il établira une feuille de soins sous format papier que vous transmettez à votre caisse de maladie.

Votre caisse de maladie vous remboursera les honoraires selon le tarif de responsabilité. Certains actes ou traitements spéciaux nécessitent l'accord préalable de la caisse d'assurance maladie. C'est le professionnel de santé qui vous informera de la nécessité d'effectuer une demande d'entente préalable.

Les produits pharmaceutiques doivent être prescrits par le médecin. Vous avez également la possibilité d'obtenir la prise en charge directe d'une partie des frais (tiers payant pharmaceutique) en présentant votre carte vitale. Dans ce cas, vous ne réglerez au pharmacien que la part des dépenses non remboursées par votre caisse d'assurance maladie.

Traitement hospitalier

Vous pouvez vous faire hospitaliser dans l'établissement de votre choix, mais s'il s'agit d'un établissement privé agréé et non conventionné, vous aurez à faire l'avance de tous les frais. Renseignez-vous auprès de votre caisse de maladie.

Si les frais d'hospitalisation sont pris en charge à 100% vous devrez payer un forfait journalier pour chaque jour passé dans un hôpital ou une institution médicosociale. Toutefois, certaines catégories de personnes sont dispensées de payer ce forfait, notamment les femmes enceintes pour les 4 derniers mois de la grossesse et les nouveau-nés, les enfants handicapés, les jeunes handicapés qui fréquentent des institutions spéciales de formation professionnelle ou d'enseignement ainsi que les personnes traitées à la suite d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

Chapitre III : Prestations de maladie en espèces

Ouverture des droits

Les indemnités journalières de maladie sont accordées aux personnes qui se trouvent dans l'incapacité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle. Ces indemnités sont égales à un pourcentage de la rémunération perdue.

Tous les travailleurs salariés ont droit à des indemnités journalières durant une période d'incapacité de travail due à une maladie à compter du quatrième jour d'arrêt de travail. Les chômeurs indemnisés peuvent également prétendre à des indemnités journalières. Si vous perdez la qualité d'assuré social, vos droits aux prestations en espèces de l'assurance maladie seront maintenus pendant une période d'un an, tant que vous ne relèverez pas d'un autre régime obligatoire.

Les artisans et les commerçants et industriels peuvent également bénéficier d'indemnités journalières en cas de maladie, mais les prestations servies sont légèrement différentes de celles servies aux salariés.

Critères d'admissibilité

Les indemnités journalières sont versées sous réserve du versement de cotisations ou d'une durée minimale d'activité. Pour bénéficier des indemnités journalières, vous pouvez, le cas échéant, être invité à vous soumettre à des contrôles médicaux par votre caisse.

Couverture de l'assurance

L'indemnité journalière correspond à un pourcentage (50% ou 66,66% dans le cas de bénéficiaires avec trois enfants à compter du 31^e jour d'arrêt de travail) de votre rémunération antérieure (salaire journalier), en tenant compte de certains plafonds.

Modalités d'accès

En cas d'arrêt de travail (arrêt initial ou prolongation), vous devez:

- compléter l'imprimé d'arrêt de travail remis par le médecin et
- adresser dans les 48 heures les deux premiers volets de ce document à votre caisse de maladie et le troisième volet à votre employeur si vous exercez une activité salariée.

Couverture complémentaire

Si vous ne bénéficiez pas d'une assurance complémentaire collective au titre de votre entreprise, vous avez la faculté de contracter une assurance complémentaire auprès d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance afin de compléter le montant des indemnités journalières servies par le régime obligatoire.

Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité

Ouverture des droits

Vous (ou l'assuré direct) devez avoir été assuré dix mois au moins avant la date de l'accouchement et justifier, à la date présumée de la conception ou à la date du repos prénatal, des conditions prévues pour la prise en charge des soins de santé et les indemnités journalières en cas de maladie.

Couverture de l'assurance

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

L'assurance maternité couvre sans application du ticket modérateur tous les frais relatifs à la grossesse. Les prestations servies aux non salariés agricoles ou aux non salariés non agricoles sont identiques à celles du régime général.

Soins de santé

Vous avez droit à la prise en charge à 100% du tarif de responsabilité des frais relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, à savoir: des frais médicaux, des frais pharmaceutiques, des frais d'hospitalisation, des frais d'examens prescrits dans le cadre de la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement (examens pré- et postnatals obligatoires).

Indemnité journalière

Les prestations en espèces sont servies à condition de cesser toute activité salariée. L'intéressée est tenue de prendre au moins huit semaines de repos, et elle a droit à 16 semaines (en principe six semaines avant l'accouchement et dix semaines après) et, à partir du 3^e enfant, 26 semaines. En cas d'adoption, le congé peut être partagé entre le père et la mère.

La durée du congé de paternité est fixée à 11 jours consécutifs ou 18 jours consécutifs en cas de naissance multiple.

La durée du congé d'adoption est fixée à dix semaines ou à 22 semaines en cas d'adoption multiple.

Le montant de l'indemnité journalière est égal au salaire journalier moyen des trois derniers mois, dans la limite du plafond de la sécurité sociale. Il n'est en aucun cas inférieur à un certain montant minimum. Ce salaire pris en compte est diminué des cotisations légales et conventionnelles obligatoires et de la contribution sociale généralisée.

Les travailleurs non salariés, agricoles et non agricoles, peuvent également prétendre à des prestations en espèces au titre de la maternité ou de la paternité. Il s'agit d'allocations forfaitaires ou d'indemnités journalières forfaitaires.

Pour toutes les formalités et les documents à fournir, adressez-vous à votre caisse d'assurance maladie et à votre caisse d'allocations familiales. Vous devez aussi consulter ces organismes si vous vous déplacez ou déménagez dans un autre État membre.

Modalités d'accès

Pour obtenir des prestations de maternité en espèces, vous devez informer votre caisse d'assurance maladie sur la base d'un formulaire médical délivré par votre médecin, attestant que vous êtes enceinte.

Chapitre V: Prestations d'invalidité

Ouverture des droits

Tout assuré social présentant une réduction de 2/3 de sa capacité à travailler, assuré pendant au moins 12 mois et justifiant d'un emploi salarié, a droit à une pension d'invalidité.

Couverture de l'assurance

Si vous êtes capable d'exercer une activité rémunérée, votre pension sera égale à 30% de votre salaire annuel moyen des dix meilleures années divisés par dix s'il y en a eu dix (ou moins s'il n'y en a pas dix), sans dépasser un maximum déterminé. Si vous êtes incapable d'exercer une profession quelconque, votre pension sera égale à 50% du salaire déterminé ci-dessus. Votre pension sera majorée si vous êtes dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'un tiers pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Soins de santé

Si vous êtes titulaire d'une pension d'invalidité, vous avez droit au remboursement des soins de santé pour vous-même et pour les membres de votre famille en cas de maladie et de maternité. Pour vous-même, ces remboursements sont effectués au taux de 100% des tarifs de responsabilité.

Modalités d'accès

La demande de pension d'invalidité doit être présentée auprès de la caisse primaire d'assurance maladie de votre résidence ou de la caisse régionale d'assurance maladie de la région d'Île-de-France si vous résidez dans la région parisienne.

Couverture complémentaire

Si vous ne bénéficiez pas d'une assurance complémentaire collective au titre de votre entreprise, vous avez la faculté de contracter une assurance complémentaire auprès d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance afin de compléter le montant de la pension d'invalidité servie par le régime obligatoire.

Chapitre VI : Pensions et prestations de vieillesse

Ouverture des droits

L'assurance vieillesse est applicable aux salariés du privé qui bénéficient d'une prestation de base servie par le régime général ou le régime agricole et d'une prestation complémentaire versée par les institutions regroupées dans le cadre de l'Association générale des institutions de retraites des cadres (AGIRC) et l'Association des régimes de retraites complémentaires (ARRCO). L'affiliation au régime complémentaire est obligatoire.

Les travailleurs non salariés bénéficient également de régimes de base et de régimes complémentaires obligatoires. Les pensions de base attribuées par les régimes des artisans, commerçants et industriels, et des exploitants agricoles, sont alignées sur celles du régime général.

Pour obtenir la retraite à taux plein vous devez remplir une condition de durée d'assurance et une condition d'âge: progressivement de 60 à 62 ans (en 2017) et, si la condition de durée d'assurance n'est pas remplie, progressivement de 65 à 67 ans (en 2022); il existe toutefois des dispositions particulières pour les travailleurs qui ont de longues durées d'assurance.

Les droits à prestations sont ouverts dès que les cotisations payées sont suffisantes pour assurer la validation d'au moins un trimestre d'assurance. Un trimestre d'assurance est atteint lorsque l'assuré a une rémunération égale au montant de 200 heures de salaire minimum.

Les régimes de retraites complémentaires appliquent les mêmes règles d'âge de départ à la retraite; il n'y a pas de conditions de durée d'assurance.

Couverture de l'assurance

La pension de vieillesse se calcule en fonction de trois éléments: le salaire annuel moyen (25 meilleures années), le taux de liquidation (de 32,50% à 50%) et la durée d'assurance accomplie dans le régime (selon l'année de naissance: 160 trimestres pour les assurés nés en 1949, 165 trimestres pour ceux nés en 1954 et 166 trimestres à partir de 1955).

De 60 ans à 62 ans (selon l'année de naissance) pour obtenir la liquidation de votre pension de vieillesse à taux plein (50%), vous devez réunir un nombre minimal de trimestres dans un ou plusieurs régimes de retraite de base (160 trimestres pour les assurés nés avant 1949; 165 pour ceux nés en 1954 et 166 pour ceux nés à partir de 1955). Le taux de 50% est systématiquement acquis, quelle que soit la durée d'assurance, lorsque l'assuré atteint, l'âge de 65 à 67 ans (selon son année de naissance).

Si vous continuez à travailler alors que vous remplissez les conditions d'âge et de durée d'assurance pour bénéficier du taux plein, votre pension de vieillesse de base sera majorée en fonction du nombre de trimestres supplémentaires de travail.

Le montant de la pension complémentaire est calculé sur la base d'un système de points. Le nombre de points acquis dans le ou les régimes concernés est multiplié par la valeur du point fixé par l'AGIRC et l'ARRCO. L'âge de liquidation de la pension suit celui du régime de base.

Pensions minimales et maximales

Tout assuré dont la pension est calculée au taux plein peut prétendre à une pension minimale appelée minimum contributif. Toutefois, lorsque la pension est calculée au taux plein, mais sur la base d'une durée d'assurance dans le régime inférieure au nombre de trimestres requis en fonction de l'âge, ce minimum est calculé au prorata de la durée effective d'assurance au régime général.

La pension attribuée ne peut excéder un montant maximal fixé à la moitié du salaire plafond soumis à cotisations.

Sous certaines conditions, la pension est majorée si :

- le pensionné a eu ou élevé au moins trois enfants;
- l'assuré a exercé une activité alors qu'il était handicapé;
- le pensionné a recours, avant un certain âge, à l'aide d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.

Modalités d'accès

Les demandes de pension de vieillesse doivent être adressées à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) de votre résidence ou la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) si vous résidez dans la région parisienne.

Pour les assurés relevant d'un autre régime que le régime général, voir la partie sur les [adresses](#).

Si vous résidez en France, vous devez, en même temps que vous formulez votre demande de retraite auprès de la caisse de base, vous adresser également à la dernière caisse de retraite complémentaire dont vous avez relevé.

Le point de départ de la pension se situe au plus tôt au premier jour du mois qui suit la demande.

Chapitre VII : Prestations en faveur des survivants

Ouverture des droits

Dans le régime général et les régimes alignés, la pension de survivant est versée au conjoint survivant âgé de 55 ans ou plus (pension de réversion), ou de moins de 55 ans (pension de veuf ou de veuve invalide). Dans certains régimes spéciaux et dans les régimes complémentaires obligatoires, les orphelins peuvent, sous certaines conditions, prétendre à une allocation d'orphelin.

Une pension de réversion est accordée sous condition de ressources au conjoint survivant ou à l'ex-conjoint divorcé âgé d'au moins 55 ans (de 51 ans si l'assuré est décédé avant le 1/1/2009).

Au titre des régimes complémentaires ARRCO (pour les employés) et AGIRC (pour les cadres), les prestations de survivant sont payables aux veufs ou veuves non remariés qui sont âgés d'au moins 55 ans (ARRCO) ou 60 ans (AGIRC). Aucune condition d'âge n'est applicable si le veuf ou la veuve est invalide ou a deux enfants à charge.

Indemnité funéraire

L'assurance décès prévoit le paiement sous certaines conditions d'une somme forfaitaire aux personnes qui étaient au jour du décès à la charge effective, totale et permanente de l'assuré. Si aucune priorité n'est invoquée dans le délai d'un mois, le capital décès est attribué au conjoint survivant ou au partenaire d'un PACS ou, à défaut, aux descendants, aux ascendants, à toute personne à charge de l'assuré (concubin, cohabitant...).

Couverture de l'assurance

Le montant de la pension de base est égal à 54% de la pension de vieillesse du conjoint décédé. Elle est attribuée sous conditions de ressources et peut, dans certaines limites, se cumuler avec des avantages personnels de vieillesse ou d'invalidité. Si la veuve ou le veuf est divorcé(e), la pension est partagée au prorata des années de mariage.

La pension de veuve ou de veuf invalide est accordée au conjoint survivant, âgé de moins de 55 ans, atteint d'une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gain de 2/3. L'assuré décédé devait bénéficier au moment du décès d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ou être titulaire d'un droit à un tel avantage.

L'allocation de veuvage garantit, sous certaines conditions, au conjoint survivant de l'assuré décédé le bénéfice d'une allocation temporaire versée afin de lui permettre de s'insérer ou de se réinsérer dans la vie professionnelle. Elle est versée pour une période maximale de 2 ans à toute personne âgée de moins de 55 ans disposant de faibles ressources personnelles.

Au titre des régimes complémentaires ARRCO et AGIRC, les pensions de survivant s'élèvent à 60% de la pension du conjoint décédé. En cas de divorce la pension de réversion est partagée entre les conjoints survivants et non remariés, au prorata des années de mariage.

Indemnité funéraire

L'allocation de décès s'élève à 90 fois le salaire journalier de l'assuré déterminé comme dans le cas d'indemnités de maladie. Son montant ne peut pas être inférieur à 1% du montant du plafond annuel de sécurité sociale et il ne peut pas être supérieur à un quart dudit plafond annuel. Pour de plus amples informations, veuillez vous adresser à votre caisse d'assurance maladie.

Modalités d'accès

Les demandes de prestations de survivant doivent être adressées à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) de votre résidence ou à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) si vous résidez dans la région parisienne.

La demande de pension de veuf ou de veuve invalide doit être présentée auprès de la caisse primaire d'assurance maladie de votre résidence ou de la caisse régionale d'assurance maladie de la région d'Île-de-France si vous résidez dans la région parisienne.

Pour les assurés relevant d'un autre régime que le régime général, voir la partie sur les [adresses](#).

Si vous résidez en France, vous devez, en même temps que vous formulez votre demande de retraite auprès de la caisse de base, vous adresser également à la dernière caisse de retraite complémentaire de l'assuré décédé.

Le point de départ de la pension se situe au plus tôt au premier jour du mois qui suit la demande.

Indemnité funéraire

La demande d'allocation de décès doit être formulée auprès de la caisse d'affiliation du travailleur décédé.

Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles

Ouverture des droits

Les travailleurs salariés (agricoles et non agricoles) et les exploitants agricoles relèvent à titre obligatoire d'une assurance accident du travail.

L'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles couvre les accidents du travail qui découlent de votre travail ou sont causés par celui-ci, les accidents sur le chemin du travail (aller et retour) et les maladies contractées au travail qui sont reprises dans des listes officielles de maladies professionnelles ou qui sont directement causées par le travail habituel, après expertise d'un comité de reconnaissance des maladies professionnelles.

Couverture de l'assurance

À la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, vous avez droit à des soins de santé et à des indemnités journalières et, le cas échéant, à une pension pour incapacité permanente. En cas de décès, vos ayants droit peuvent également bénéficier de rentes.

Indemnité journalière

Si vous êtes salarié, vous avez droit à une indemnité journalière à compter du premier jour de votre incapacité de travail. Celle-ci est égale à 60% du gain journalier brut pendant les 28 premiers jours et ensuite à 80% de ce salaire, dans la limite de 0,834% du plafond annuel de la sécurité sociale. L'indemnité journalière des exploitants agricoles est forfaitaire et elle est versée à partir du huitième jour d'arrêt.

Pension d'incapacité permanente

Si, par suite d'accident ou de maladie, vous vous trouvez en incapacité de travail permanente partielle (d'au moins 10% pour les salariés ou 30% pour les exploitants agricoles) ou totale, vous avez droit à une pension. Le montant de la pension dépend du salaire perçu durant les 12 mois qui précèdent votre incapacité et du degré d'incapacité permanente.

Pensions en cas de décès

Le régime des salariés paie des pensions au conjoint, ou concubin ou à la personne liée à la victime par un pacte civil de solidarité (PACS), aux enfants de moins de 20 ans et, sous certaines conditions, aux parents de l'assuré décédé. Les pensions sont égales à un pourcentage du salaire annuel de l'assuré décédé. Ce pourcentage est de 40% pour le conjoint (60% dans certains cas), 25% pour chacun des deux premiers enfants et 20% par enfant au-delà de deux.

Le montant total des pensions de survivant de victime d'accident du travail versées ne peut excéder 85% du revenu annuel de la personne décédée.

Soins de santé

Sur présentation du formulaire d'accident, vous avez droit gratuitement, sans avance de frais (sauf lorsque le montant concerné dépasse le tarif de responsabilité) aux soins de santé, aux médicaments, à l'hospitalisation, à des appareils et à des prothèses.

Sous certaines conditions, vous avez droit à une réadaptation professionnelle ou à une rééducation fonctionnelle.

Les titulaires d'une rente accident du travail correspondant à un taux d'incapacité permanente d'au moins 66,66% ont droit et ouvrent droit, sans application de ticket modérateur, aux prestations en nature des assurances maladie et maternité. Les titulaires de rente de survivants bénéficient également des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Modalités d'accès

En cas d'accident, vous devez sans tarder avertir votre employeur et lui fournir les noms et adresses des témoins de l'accident. L'employeur effectuera une déclaration à la caisse dont vous relevez et vous remettra un formulaire d'accident qui vous permettra de recevoir les prestations en nature (soins) sans faire l'avance des frais.

En cas de rechute, le formulaire d'accident sera émis par la caisse de maladie et non plus par votre employeur.

Si vous contractez une maladie professionnelle, vous devez en informer votre caisse dans les 15 premiers jours de votre incapacité de travail. Votre déclaration doit être adressée à la caisse, accompagnée de deux exemplaires du certificat médical établi par votre médecin. Après un examen médical, la caisse vous informe de sa décision.

En cas de décès de la victime, la demande de prestations de survivant doit être formulée auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pour les salariés assurés du régime général et auprès de la caisse de mutualité sociale agricole pour les salariés agricoles et les exploitants agricoles.

Chapitre IX: Prestations familiales

Ouverture des droits

Vous avez droit aux prestations familiales françaises si vous et votre famille résidez en France et si vous avez la charge effective et permanente d'au moins un enfant. Certaines prestations sont servies sous conditions de ressources.

Les allocations familiales proprement dites sont dues à partir du deuxième enfant à charge; toutefois, certaines prestations telles que la prestation d'accueil du jeune enfant, l'allocation de logement, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation d'éducation spéciale, l'allocation de soutien familial et l'allocation de parent isolé peuvent aussi être versées pour un seul enfant.

Bénéficiaires

Pour le versement de l'allocation de logement et du complément familial, l'âge limite des enfants est fixé à 21 ans au lieu de 20 ans pour les autres prestations. Enfin, en vue de compenser la perte financière subie par la famille de trois enfants et plus lorsque l'aîné atteint l'âge de 20 ans une allocation forfaitaire est versée pendant un an. Les allocations familiales ne sont toutefois pas payées pour le premier enfant.

Couverture de l'assurance

Les prestations familiales suivantes sont prévues par la législation française:

- La prestation d'accueil du jeune enfant:
 - la prime à la naissance ou à l'adoption,
 - l'allocation de base,
 - le complément de libre choix du mode de garde,
 - le complément de libre choix d'activité;
- les allocations familiales proprement dites;
- le complément familial;
- l'allocation de logement;
- l'allocation spéciale d'éducation;
- l'allocation de soutien familial;
- l'allocation de rentrée scolaire;
- l'allocation journalière de présence parentale.

Des majorations des allocations familiales peuvent être accordées en fonction de l'âge.

Pour obtenir plus de renseignements sur les allocations familiales, veuillez consulter les [tableaux du MISSOC](#).

Modalités d'accès

Vous devez adresser votre demande à la caisse d'allocations familiales du lieu de résidence de votre famille.

Pour connaître la liste des pièces à fournir pour chacune des prestations spécifiques énumérées, vous pouvez contacter la caisse des allocations familiales ou la caisse de mutualité sociale agricole de votre lieu de résidence ou encore consulter leur site internet.

Chapitre X: Chômage

Ouverture des droits

Seuls les travailleurs salariés peuvent prétendre à des prestations de chômage.

Pour avoir droit aux allocations de chômage, vous devez remplir les conditions suivantes:

- avoir perdu involontairement votre emploi;
- être inscrit comme demandeur d'emploi et adhérer à un projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE);
- être à la recherche effective et permanente d'un emploi;
- être physiquement apte au travail;
- ne pas remplir les conditions requises pour bénéficier d'une retraite à taux plein;
- justifier d'une durée minimale d'affiliation au régime d'assurance chômage d'au moins 4 mois au cours des 28 derniers mois (36 mois si vous avez plus de 50 ans).

Couverture de l'assurance

L'indemnité journalière est composée d'une partie fixe et d'une partie variable qui est égale à 40,4% du salaire de référence; elle ne peut pas être inférieure à 57,4%, ni supérieure à 75%, du salaire de référence.

La durée de versement de l'allocation de chômage (entre 4 et 24 mois – ou 36 mois si le bénéficiaire a 50 ans ou plus) dépend de la durée d'assurance préalable et de l'âge du demandeur d'emploi.

Modalités d'accès

Si, travaillant en France, vous perdez votre emploi, faites-vous inscrire immédiatement comme demandeur d'emploi de l'agence pour l'emploi (Pôle emploi) de votre résidence afin de bénéficier éventuellement des prestations de chômage et de conserver vos droits aux prestations de sécurité sociale.

Vous pouvez effectuer votre demande de préinscription par téléphone ou en ligne sur le site web de Pôle emploi; un rendez-vous vous sera fixé et la liste des documents à présenter vous sera fournie.

Chapitre XI : Garantie de ressources

Ouverture des droits

La législation française prévoit plusieurs prestations de garantie de ressources pour les personnes résidant de manière stable et effective en France et dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond.

Revenu de solidarité active

Le revenu de solidarité active (RSA) est destiné à compléter le revenu du travail des personnes dont le revenu professionnel est insuffisant, à assurer un revenu minimum aux personnes sans ressources et à promouvoir l'activité professionnelle tout en luttant contre l'exclusion.

Il est versé aux personnes de plus de 25 ans (de moins de 25 ans si elles ont déjà au moins un enfant à charge, même avant sa naissance, ou si elles peuvent prouver qu'elles ont exercé une activité pendant une période minimale) et qui n'ont pas atteint l'âge de la retraite.

Les bénéficiaires du RSA sont tenus de chercher du travail, d'accomplir les formalités nécessaires pour générer leur propre activité ou de suivre les activités d'intégration qui sont stipulées.

Allocation aux adultes handicapés

L'allocation aux adultes handicapés, (AAH) garantit des ressources minimales aux personnes handicapées ayant plus de 20 ans et moins de 60 ans.

Allocation de solidarité aux personnes âgées et allocation supplémentaire d'invalidité

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) complètent les prestations de sécurité sociale pour les personnes âgées ou handicapées qui n'ont pas (suffisamment) cotisé. L'ASPA est prévue pour les personnes qui ont atteint l'âge pour bénéficier d'une pension de vieillesse et l'ASI pour les personnes invalides qui ne remplissent pas les conditions pour prétendre à une pension de vieillesse.

Allocation de solidarité spécifique

L'allocation de solidarité spécifique (ASS) garantit un revenu minimum aux personnes qui sont aptes à travailler mais qui ne remplissent pas les conditions pour percevoir une pension à taux plein (voir [la partie sur les pensions et prestations de vieillesse](#)).

Les bénéficiaires doivent entreprendre des démarches pour le retour à l'emploi.

Allocation temporaire d'attente

Enfin, l'allocation temporaire d'attente (ATA) assure un revenu temporaire à certains demandeurs d'emploi (personnes en attente de réinsertion, demandeurs d'asile, certains étrangers) qui n'ont pas droit aux prestations de l'assurance chômage.

Les bénéficiaires doivent entreprendre des démarches pour le retour à l'emploi.

Couverture de l'assurance

Le montant des allocations peut varier en fonction de la composition et des ressources du ménage du demandeur.

Revenu de solidarité active

Le revenu de solidarité active est accordé pour une durée de trois mois, renouvelables. Son montant dépend de la situation familiale.

Autres allocations

Les modalités concernant les autres allocations sont les suivantes:

- L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est accordée indépendamment de la composition du ménage. Plusieurs compléments d'allocation peuvent être fournis. L'AAH est accordée pour une durée limitée en fonction du degré de handicap, éventuellement renouvelable;
- L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est accordée tant que les conditions d'ouverture des droits sont remplies;
- L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) est accordée tant que les conditions d'ouverture des droits sont remplies;
- L'allocation de solidarité spécifique (ASS) est attribuée pour une période de six mois renouvelable;
- L'allocation temporaire d'attente (ATA) est soit renouvelable chaque mois, soit versée pour une période maximale de 12 mois, en fonction de la situation du bénéficiaire.

Modalités d'accès

Pour le revenu de solidarité active (RSA), la demande est évaluée par l'organisme désigné par les Conseils généraux.

La demande d'allocation pour adulte handicapé (AAH) est examinée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Les demandes d'allocation de solidarité spécifique (ASS) et d'allocation temporaire d'attente (ATA) sont évaluées par l'organisme responsable du paiement des prestations de chômage (Pôle emploi).

Les demandes d'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et d'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) sont évaluées par les organismes (caisses) responsables du paiement des allocations de vieillesse et d'invalidité.

Chapitre XII : Soins de longue durée

Ouverture des droits

Le système français de sécurité sociale n'est pas basé sur une approche homogène du concept de la perte d'autonomie et de la capacité à accomplir les actes de la vie quotidienne. De fait, les prestations de soins de longue durée sont plutôt prises en compte dans différents volets de la législation.

Majoration pour l'aide d'une tierce personne

La législation prévoit une majoration pour l'aide d'une tierce personne en cas de:

- pension d'invalidité;
- pension de vieillesse (sous certaines conditions).

Les bénéficiaires ne doivent pas avoir atteint l'âge pour bénéficier d'une retraite au taux plein, quelque soit la durée d'assurance au moment de l'examen des droits, et nécessiter l'aide d'une tierce personne pour accomplir la plupart des actes élémentaires de la vie quotidienne.

Prestation complémentaire pour recours à tierce personne

Le titulaire d'une rente accident du travail doit présenter une incapacité d'au moins 80% nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé

Un complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est accordé pour les enfants de moins 20 ans résidant en France et présentant un taux d'incapacité d'au moins 80% ou, dans des conditions spécifiques, un taux d'incapacité compris entre 50 et 80%.

Prestation de compensation du handicap et allocation personnalisée d'autonomie

Deux autres prestations de soins de longue durée devraient être mentionnées.

La première est la prestation de compensation du handicap (PCH) pour les adultes handicapés de moins de 60 ans, qui résident en France et dont le handicap répond à des critères définis.

La seconde est l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes âgées de plus de 60 ans résidant en France et souffrant d'une perte d'autonomie. L'allocation n'est pas soumise à conditions de ressources, mais son montant est calculé en fonction du niveau des ressources/revenus.

Couverture de l'assurance

Prestations en nature

La prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) peuvent être utilisées pour couvrir les coûts des soins à domicile et des soins en établissement, ou avec hébergement partiel.

S'agissant des soins à domicile, l'aide nécessaire pour le maintien de la personne à son domicile est évaluée. Le montant de la prestation dépend du plan d'assistance utilisé, en tenant compte du niveau de participation du bénéficiaire, et calculé en fonction de ses ressources.

Pour les soins avec hébergement partiel en centre, il est possible de recevoir des soins de jour dans un centre spécialisé. Le nombre d'heures accordées dépend de l'évaluation du besoin d'assistance.

Concernant les soins en établissement [c'est-à-dire hébergement dans un établissement social ou médico-social, ou hospitalisation dans un établissement de soins ou dans un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)], le montant de la prestation est égal au montant des dépenses correspondant au degré de perte d'autonomie selon les tarifs de l'établissement, moins la participation du bénéficiaire.

Prestations en espèces

La majoration pour aide d'une tierce personne est égale à une augmentation de 40% de la pension, qui ne peut pas être inférieure à un montant fixe établi par décret. La prestation complémentaire pour recours à tierce personne dépend du nombre d'actes ordinaires de la vie courante que la victime peut accomplir seule (3 montants).

Le complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé comprend six catégories de montants de compléments. Il existe une majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé bénéficiant de l'AEEH et de l'un des compléments (à partir de la 2^e catégorie).

Autres prestations

Parmi les autres prestations, figurent des indemnités pour l'achat ou la location d'équipements spécifiques, l'adaptation de matériels fréquemment utilisés, le soutien au logement (adaptation), le soutien lié au transport, des aides spécifiques ou exceptionnelles et des animaux d'assistance.

Modalités d'accès

Concernant la majoration pour l'aide d'une tierce personne et la prestation complémentaire pour recours à tierce personne, le service médical de la caisse concernée examine votre demande.

Une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins en matière de complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et de prestation de compensation du handicap (PCH).

S'agissant de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), une équipe médico-sociale se charge d'effectuer l'évaluation.

Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles

Pour les questions en matière de sécurité sociale impliquant plusieurs États membres de l'UE, vous pouvez rechercher les coordonnées des organismes sur le répertoire des institutions de sécurité sociale tenu par la Commission européenne et disponible à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social-security-directory>

Ministères

Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social
<http://www.travail-emploi.gouv.fr/>

Ministère des affaires sociales et de la santé
<http://www.social-sante.gouv.fr/>

Ministère de l'économie et des finances
<http://www.economie.gouv.fr/>

Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt
<http://agriculture.gouv.fr/>

Textes applicables

<http://www.legifrance.gouv.fr>

Informations générales

<http://www.service-public.fr/>

Portail de la sécurité sociale

<http://www.securite-sociale.fr/>

Organisme de liaison

Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale
11 rue de la Tour des Dames
F-75436 Paris Cedex 09
<http://www.cleiss.fr/>

Recouvrement des cotisations et contributions

ACOSS
36, rue de Valmy
F-93108 Montreuil Cedex
<http://www.urssaf.fr/>

Maladie, maternité, paternité, invalidité, décès, accidents du travail des travailleurs salariés

Caisse nationale d'assurance maladie maternité des travailleurs salariés
26-50, avenue du Professeur-André-Lemierre
F-75694 Paris Cedex 20
<http://www.ameli.fr/>

Informations générales sur la retraite

GIP Info retraite
<http://www.info-retraite.fr/>

Retraite des travailleurs salariés

- Pension de base
Caisse nationale d'assurance vieillesse
110 avenue de Flandre
F-75951 Paris Cedex 19
<http://www.cnav.fr/>
- Pensions complémentaires obligatoires (salariés)
AGIRC ARRCO
16-18, rue Jules-César
F-75592 Paris 12
<http://www.agirc-arrco.fr/>

Chômage

Unedic
82, rue de Reuilly
F-75012 Paris
<http://www.unedic.org/>

Pôle emploi
Le Cinétic
1, avenue du Docteur Gley
<http://www.pole-emploi.fr/>

Prestations familiales

Caisse nationale des allocations familiales
32, avenue de Sibelle
F-75685 Paris Cedex 14
<http://www.caf.fr/>

Régime social des travailleurs indépendants

RSI
264, avenue du Président Wilson
F-93457 La plaine Saint Denis cedex
<http://www.le-rsi.fr/>

Professions libérales

CNAVPL
102, rue de Miromesnil
F-75008 Paris
<http://www.cnavpl.fr/>

Régime agricole (salariés et non salariés) pour tous les risques, y compris le recouvrement

CCMSA
Les Mercuriales
40, rue Jean Jaurès
F-93547 Bagnolet Cedex
<http://www.msa.fr/>

Informations sur les régimes spéciaux

<http://www.regimesspeciaux.org/>