

RECOMMANDATION DU CONSEIL DU 8 NOVEMBRE 2019 RELATIVE À L'ACCES DES TRAVAILLEURS SALARIES ET NON SALARIES A LA PROTECTION SOCIALE (2019/C 387/01)

PLAN NATIONAL DE MISE EN OEUVRE

Créée en 1945, la Sécurité sociale « est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes » (exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant création de la Sécurité sociale).

La sécurité sociale repose sur le principe de solidarité garantissant à chacun une protection financière contre les aléas de la vie. Elle rassemble l'assurance maladie, la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, les retraites et les prestations familiales. À ces quatre branches, s'ajoutent le recouvrement des cotisations et contributions sociales et la gestion de la trésorerie. Depuis 2020, une branche consacrée à l'autonomie a été créée.

Le système de sécurité sociale se base, à sa création, sur trois principes : organisation unique, gestion par les partenaires sociaux et financement par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés. En 1945, une Sécurité sociale unique, composée d'un régime général pour tous les cotisants devait, en effet, être instaurée. Cependant, un certain nombre de professions ou de corps sociaux ayant déjà mis en place auparavant leur propre système de protection sociale ont souhaité le conserver.

Le système actuel comprend donc, trois grands régimes. Outre le régime général qui couvre près de 90% de la population, il existe en effet des régimes selon le secteur d'activité. Ils couvrent les mêmes risques mais parfois avec des règles différentes (liquidation de la pension, bénéfice des indemnités journalières...) :

- Le régime général : Il couvre l'ensemble des travailleurs salariés et leurs ayant-droits pour la maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, la famille et la retraite ;
- Le régime agricole : Il couvre les exploitants et les salariés agricoles. Le régime agricole prend en charge les prestations d'assurance maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, retraite et famille ;
- Les régimes spéciaux : agents de la fonction publique, des établissements publics et régimes spécifiques à une profession ou une entreprise. Ces régimes peuvent gérer les prestations maladie, retraite et accidents du travail et maladies professionnels, soit le seul risque retraite.

Le régime général a depuis fait ses preuves et la tendance est à la **convergence**. On observe d'une part un alignement des prestations entre les régimes, et d'autre part des mécanismes de solidarité financière entre eux. Ainsi, en 2018 et 2019, le régime de sécurité sociale spécifique pour les *étudiants* s'est progressivement rapproché du régime général : désormais les étudiants sont couverts par le régime général.

De même entre 2018 et 2020, le *Régime social des indépendants* (RSI) qui couvrait les artisans, commerçants, industriels et professions libérales a été intégré au Régime général. Il s'agit d'un transfert de gestion sans incidence sur le contenu des prestations et sur les cotisations. Toutefois, cette intégration facilite le parcours professionnel des assurés, moins linéaire qu'auparavant. De nombreuses personnes connaissent désormais dans une même carrière professionnelle, une succession de périodes de salariat et d'activité indépendante. Plus de 80 % des créateurs d'entreprise, par exemple, étaient précédemment des salariés. Certains assurés cumulent même plusieurs statuts en même temps. L'intégration du RSI limite les formalités à opérer lors de chaque changement de statut professionnel.

Depuis 1945, la Sécurité sociale s'est toujours adaptée aux défis économiques et sociétaux. Au fil des années, la protection sociale devient de plus en plus universelle, couvrant d'autres populations que les travailleurs

salariés et leur famille et déploie des mécanismes de solidarité. La couverture des risques et l'accès à la protection sociale se sont élargis et approfondis.

L'illustration de cette flexibilité s'est exprimée lors de la crise sanitaire provoquée par l'épidémie de Covid-19 : les pouvoirs publics ont mis en place une série de mesures d'urgence de grande ampleur, destinées à la fois à prévenir la contagiosité de l'épidémie au sein du monde du travail et, surtout, à atténuer l'impact sur les revenus des ménages et sur la situation économique des entreprises de la période de fermeture des commerces et de confinement de la population.

I - BRANCHE MALADIE

I-A Une protection maladie universelle

L'assurance maladie se compose de **deux** niveaux: l'assurance maladie de base obligatoire, fournie par la sécurité sociale, et l'assurance maladie complémentaire, facultative, fournie par les assureurs (institutions de prévoyance, mutuelles, société d'assurance). L'assurance maladie de base obligatoire prend en charge 78,2 % des dépenses de santé en 2019 et les organismes complémentaires 13,4 %. La part restant à charge des ménages continue de diminuer pour s'établir à 6,9 %, l'une des plus faibles des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)¹.

Dans les années 1990, une réflexion s'installe sur la mise en place d'une assurance maladie universelle ayant pour objectif de **généraliser l'assurance maladie et de rendre effectif l'accès aux soins des personnes en situation de précarité**. Outre la proposition de généraliser et d'unifier l'assurance maladie, il apparaît que le véritable vecteur d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité est la complémentaire santé. Même si celle-ci s'était progressivement généralisée, environ 10 % des assurés n'en disposaient pas, essentiellement pour des raisons financières. Au total, un quart de la population ne pouvait financer la part complémentaire de ses dépenses de santé, ni souscrire à une mutuelle, et renonçait donc à se soigner pour des raisons financières. Dans un tel contexte, la loi du 27 juillet 1999 instituant la couverture maladie universelle visait à répondre à 2 objectifs :

- permettre à toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière de relever du régime général lorsqu'elle n'a droit, à aucun autre titre, aux prestations en nature d'un régime de base d'assurance maladie et maternité (CMU);
- permettre l'accès aux soins des personnes ayant de trop faibles revenus, en leur offrant une assurance complémentaire santé gratuite dès lors que leurs ressources sont inférieures à un plafond et qu'elles résident de façon stable et régulière sur le territoire français (CMU-c).

Depuis le 1er janvier 2016 la **protection universelle maladie (PUMa)**, a parachevé la logique initiée par la CMU de base, en prévoyant la prise en charge des frais de santé, à titre individuel et sans risque de rupture de droits, pour toutes les personnes exerçant une activité professionnelle ou résidant en France de manière stable et régulière. De ce fait, les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées :

- les salariés (et assimilés) n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte ;
- les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales, auto-entrepreneurs...) ont également droit à la prise en charge de leurs frais de santé dès le début de leur activité professionnelle.

Quant aux personnes sans activité professionnelle, elles bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France. Cette protection permet de rester dans son régime d'assurance maladie, y compris en cas de perte d'activité ou de changement de situation personnelle. Les éventuelles périodes de rupture de ses droits sont ainsi évitées. Le droit à l'assurance maladie

¹ Les dépenses de santé en 2019 – DREES éditions 2020

est individualisé. Les personnes majeures sont assurées à titre personnel et non plus en tant qu'ayant-droit d'un assuré actif. Elles sont donc redevables personnellement de la cotisation finançant la Puma.

Avec 95 % de personnes couvertes par la couverture complémentaire, la France est, parmi les principaux pays de l'OCDE, celui où la couverture privée est la plus répandue. Plusieurs mesures ont permis d'aller dans ce sens : depuis janvier 2016, l'employeur doit faire bénéficier tous ses salariés d'une couverture complémentaire santé (**complémentaire santé collective**), quelle que soit leur ancienneté dans l'entreprise et deux dispositifs en faveur des plus modestes ont notamment permis d'atteindre ce niveau de couverture : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2000 et l'aide à la complémentaire santé (ACS) en 2005, dispositifs fusionnés en 2019 pour devenir la **Complémentaire santé solidaire (CSS)**.

Depuis le 1^{er} janvier 2016 (loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi), tous les salariés, quel que soit l'effectif de leur entreprise, bénéficient d'une complémentaire santé collective. La couverture santé mise en place dans l'entreprise contient des garanties minimales. Ainsi les salariés bénéficient de la prise en charge du montant du ticket modérateur (part laissée à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale sur la base du tarif conventionnel) sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie. La cotisation est prise en charge à hauteur de 50% par l'entreprise.

Pour faciliter l'accès aux soins de santé, l'État a mis en place une aide financière pour aider les personnes à faibles revenus à payer un contrat de couverture complémentaire santé.

Toutefois, la complexité des démarches et le fort taux de non recours à la CMU-C et à l'ASC ont poussé les pouvoirs publics à réformer le système et à fusionner les systèmes, permettant de proposer un panier de soins complet aux bénéficiaires. Cette couverture dénommée Complémentaire santé solidaire (CSS) est gratuite pour les ménages dont le revenu est inférieur à 752 € par mois (personne seule). Pour les ménages dont les ressources sont inférieures à 1016 € par mois (personne seule), il existe une cotisation dont le montant varie de 8 € à 30 € par mois selon l'âge (montant maximum de 1 € par jour). Le prix moyen d'une complémentaire santé est de 36 € par mois pour les étudiants et de 112 € pour les plus de 65 ans. La CSS permet ainsi à ses bénéficiaires une dispense totale d'avance de frais (tiers payant intégral) et de bénéficier de tarifs sans dépassements d'honoraires chez les médecins et la plupart des professionnels de santé. En cas d'hospitalisation, le forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée. Les bénéficiaires sont, en outre, exonérés de toute participation forfaitaire de 1 € sur les consultations ou actes médicaux, les examens de radiologie, les analyses médicales et de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

I-B L'organisation de la branche

La branche Maladie du régime général est gérée par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) et son réseau qui se compose des caisses primaires d'assurance maladie (Cpam), des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer, des directions régionales du service médical (DRSM), des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), compétentes en matière de tarification des accidents de travail et de prévention des risques professionnels, ainsi que des unions de gestion des établissements de caisse d'assurance maladie (Ugecam), structures de soins en santé et dans le domaine médico-social gérées en propre par le réseau de l'assurance maladie.

I-C La prise en charge des indemnités journalières

La branche Maladie du régime général assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés salariés et indépendants. Elle rembourse ainsi plus des trois quarts des dépenses de santé engagées par ces assurés² contribuant ainsi à l'accès égal aux soins. Elle compense la perte de revenu sous la forme d'indemnités journalières pour les personnes devant cesser leur activité professionnelle pour raison de maladie, maternité, invalidité et décès. Enfin, grâce à son action sociale, elle favorise également l'accès à la santé des plus démunis et contribue au fonctionnement d'établissements médico-sociaux.

En 2019, l'Assurance maladie a dépensé 216,6 Md€, soit 40 % de l'ensemble des dépenses de la Sécurité sociale³. Elle a bénéficié de 215,2 Md€ de recettes issues, à hauteur d'environ un tiers chacune, de cotisations assises sur les revenus professionnels, d'impôts et de la contribution sociale généralisée⁴. Plus précisément, les indemnités journalières (IJ) ont représenté une dépense de 14,6 Mds € dont 7,9 Mds € au titre de la maladie, 3,4 Mds € au titre des accidents du travail et maladies professionnelles (AT- MP) et 3,3 Mds € au titre de la maternité. Avant la crise sanitaire, les prestations en espèces suivaient une tendance dynamique : respectivement de + 5 % et + 2 % entre 2018 et 2019 pour la maladie/AT-MP et la maternité⁵.

L'octroi d'IJ dépend de la durée d'affiliation au régime et des conditions d'ouverture de droit exprimées en heures cotisées⁶ ou en heures travaillées⁷. Lorsqu'un salarié remplit ces conditions, il a alors le droit de percevoir des IJ sur la base du salaire brut des trois mois civils précédant celui de l'arrêt de travail (douze mois en cas d'activité salariée discontinuée). Le montant de l'IJ est ainsi proportionnel au revenu sans toutefois dépasser un plafond⁸. Pour les travailleurs indépendants, c'est le même principe⁹ mais l'IJ est calculée sur la base des revenus des trois dernières années. Pour les salariés et les indépendants, ces durées d'indemnisation pour la maladie courent à compter du troisième jour d'absence et peuvent être versées au maximum 360 jours sur une durée de trois ans. À noter que, depuis février 2021, la durée de carence a été abaissée de sept jours à trois jours pour les exploitants agricoles. Enfin, les fonctionnaires bénéficient de leurs indemnités à partir du deuxième jour d'absence.

En cas de maternité, l'IJ est également calculée sur la base des revenus antérieurs et d'un montant proportionnel au revenu dans la limite d'un plafond¹⁰. Les travailleuses indépendantes bénéficient en plus d'une allocation forfaitaire de repos maternel¹¹. Enfin, le congé maternité (pour une naissance simple) est d'une durée maximale de 16 semaines sans délai de carence, soit une durée identique à celle des salariés.

Enfin, la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 crée des indemnités journalières pour les professions libérales à compter du 1^{er} juillet 2021, en contrepartie d'une nouvelle cotisation. La crise sanitaire a mis en exergue la nécessité de protéger cette population spécifique, très mobilisée dans le cas des professionnels de santé, qui ne pouvait être indemnisée qu'au bout de 90 jours d'arrêt maladie par des dispositifs de prévoyance.

² Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – maladie, LFSS 2021, p.5

³ *Ibid.*

⁴ Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - financement, LFSS 2021, p.31

⁵ Rapport relatif aux comptes de la sécurité sociale, juin 2020

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

⁷ 150 heures sur la période des 3 mois précédant l'arrêt de travail.

⁸ Plafond 46 € bruts par jour. A noter que pour les salariés, les IJ sont complétées par le complément employeur pour atteindre 90 % de la rémunération au cours du premier mois d'arrêt.

⁹ Plafond de 56,35 € bruts par jours.

¹⁰ Plafond 89,03 € bruts par jour pour les salariées ; 56,35 € bruts par jours pour les indépendantes

¹¹ Montant de 3 428,00 €

I-D Les mesures mises en place lors de la crise du Covid 19

Dès le début de la crise sanitaire liée à la COVID-19 (fin janvier 2020) ont été prévues des conditions dérogatoires de versement des indemnités journalières de sécurité sociale aux assurés contraints de s'isoler (en application des consignes sanitaires visant à limiter les risques de propagation du virus) et se trouvant dans l'impossibilité de poursuivre leur activité professionnelle à distance.

Ont ainsi pu percevoir des IJ versées sans vérification des conditions d'ouverture de droit, sans délai de carence et non prises en compte dans les durées maximales de versement des IJ, les assurés ne pouvant pas télétravailler et se trouvant dans les situations suivantes :

- assurés contraints de garder de garder leur enfant à domicile (les salariés de droit privé ont été couverts par des IJ puis, à compter du 1er mai 2020, ont été placés en activité partielle à ce titre) ;
- assurés vulnérables à la COVID-19 (les salariés de droit privé ont été couverts par des IJ puis, à compter du 1er mai 2020, ont été placés en activité partielle) et assurés cohabitant avec une personne vulnérable jusqu'au 31 août 2020 pour ces derniers ;
- assurés identifiés comme « cas contact à risque de contamination » ;
- assurés contraints de s'isoler à leur arrivée en outre-mer ou de retour d'un déplacement dans un pays hors Union Européenne ;
- assurés malades de la COVID ;
- assurés symptomatiques de la COVID, isolés dans l'attente du résultat du test de dépistage (RT-PCR ou TAG) à réaliser sous 48h ;
- à compter du 12 avril 2021, assurés ayant réalisé un autotest positif, isolés dans l'attente du résultat du test de dépistage (RT-PCR ou TAG) à réaliser sous 48h.

Ces indemnités journalières sont accessibles aux salariés comme aux travailleurs indépendants. Elles ont également, à titre exceptionnel, été accordées, par le régime général, aux professionnels libéraux qui, dans l'attente de la création d'un régime d'IJ qui leur sera spécifique.

I-E Sur la faiblesse des IJ versées aux stagiaires et aux travailleurs indépendants

- IJ maladie et maternité pour les stagiaires

Les étudiants stagiaires ne sont pas exclus du bénéfice des indemnités journalières pour lesquelles ils doivent remplir les mêmes conditions d'ouvertures de droits que les salariés. Leur capacité à s'ouvrir des indemnités journalières dépend donc surtout de la durée de leur stage, la condition d'avoir travaillé 150 heures sur les trois derniers mois n'étant pas difficile à remplir pour les stages de longue durée.

Toutefois, s'ils peuvent s'ouvrir des droits, cela ne garantit pas un montant minimum d'indemnité journalière. Pour mémoire, cette dernière est corrélée au niveau des revenus. Or l'employeur n'a pas l'obligation d'une part, de rémunérer un stagiaire en cas de stage d'une durée inférieure à 308 heures ou de deux mois et, d'autre part, au-delà de cette durée, la gratification est généralement fixée à 3,9 euros par heure de stage. Les indemnités journalières seront donc calculées proportionnellement à ce montant.

- IJ maladie pour les travailleurs indépendants

Les travailleurs indépendants bénéficient des indemnités journalières avec des conditions d'ouverture de droits et de calculs adaptées à leurs situations. Ainsi, afin de lisser le caractère fluctuant de leurs revenus, il est tenu compte des revenus des trois dernières années contre ceux des trois derniers mois pour les salariés (douze mois en cas d'activité discontinuée). Ce régime s'applique également aux autoentrepreneurs, sous réserve d'atteindre un seuil de revenus d'activité fixé à 10% du plafond annuel de la sécurité sociale (soit 4114 € de revenus sur une année) permettant de vérifier qu'une contribution suffisante a été acquittée afin de s'ouvrir des droits aux prestations.

Comme signalé supra, si les professions libérales ne disposaient pas d'indemnités journalières auparavant, même si les régimes professionnels avaient la faculté d'en créer un, cette lacune sera comblée à compter du 1^{er} juillet prochain avec la création d'un régime d'indemnités journalières proportionnelles aux revenus. L'ensemble des travailleurs non-salariés seront donc couverts à cette date.

II - BRANCHE VIEILLESSE

II-A Présente dès le premier emploi

L'architecture du système de retraite français est l'héritage d'une longue histoire sociale. Il demeure structuré sur une base socio-professionnelle et marqué par la cohabitation de plus de 42 régimes. Chaque catégorie professionnelle est **obligatoirement affiliée** à un régime de retraite appliquant son propre corpus de règles d'acquisition et de valorisation des droits.

La population active a été intégralement couverte par une retraite de base depuis la création du régime général pour les salariés en 1945, auquel se sont ajoutés d'autres régimes par la suite :

- pour les professions libérales (médecins, chirurgiens-dentistes, avocats) ainsi que les artisans et commerçants dans les années 1945 à 1950 ;
- pour les agriculteurs, salariés ou exploitants, dans les années 1950.

Le montant des pensions a été augmenté par l'ajout d'une *retraite complémentaire*, pour les salariés cadres dès 1947 et pour les salariés non-cadres dès 1961. Cette retraite complémentaire a été progressivement généralisée et rendue *obligatoire* pour les salariés de toutes les branches professionnelles en 1972, puis pour les travailleurs indépendants (artisans dès 1973, exploitants agricoles en 2002, commerçants en 2004). Certaines professions libérales ont également instauré des régimes obligatoires de prestations complémentaires vieillesse (médecins, chirurgiens-dentistes, auxiliaires médicaux, etc.).

Outre ces régimes de retraite de base et complémentaire, des régimes « supplémentaires », relevant de l'épargne retraite, sont apparus. La loi du 22 mars 2019 relative à la croissance et à la transformation des entreprises (PACTE) en a rationalisé le paysage et favorisé l'accès, dans un double objectif de gain de pouvoir d'achat et de constitution d'une épargne future. Enfin, la place de la retraite supplémentaire financée par capitalisation dans l'ensemble des régimes de retraite (légalement obligatoires ou non) demeure marginale. La part des cotisations versées à ce titre par rapport à l'ensemble des cotisations acquittées est de 4,5 % en 2018 et les prestations servies ne représentent que 2,4 % de l'ensemble des prestations de retraite versées.

Le système national de retraite français remplit les principes qui lui avaient été assignés à sa fondation en 1945. Son *fonctionnement par répartition*, qui implique que les pensions des retraités d'une année soient financées par les cotisations versées par les actifs la même année, garantit une solidarité intergénérationnelle à laquelle la France est profondément attachée. Il est au cœur du pacte social qui unit les générations.

Le droit à des prestations adéquates et prévisibles est garanti par le *caractère contributif* du système de retraite : tout retraité a droit à une pension en rapport avec les revenus qu'il a tirés de son activité, dans un cadre respectueux d'une équité de traitement s'agissant de la durée de versement de la pension et de son montant, sans distinction entre sexes, statuts, régimes ou générations.

Des mécanismes de solidarité ont également été créés pour couvrir les périodes de réduction ou d'interruption d'activité : la branche vieillesse s'attache à favoriser l'accès des plus fragilisés économiquement à leurs droits. Ainsi, le système de retraite français assure une solidarité intragénérationnelle importante à travers l'existence de droits familiaux et conjugaux, la prise en compte des périodes d'interruption ou de réduction d'activité et la garantie d'un niveau de vie décent pour tous les retraités, quels que soient les régimes auxquels ils ont été affiliés, avec en particulier l'existence du minimum vieillesse :

- des droits à retraite sont attribués depuis les années 1980 aux assurés percevant des allocations couvrant divers risques (chômage, maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité) ;
- depuis les années 1970, des trimestres d'assurance sont attribués aux parents ayant un enfant, à la fois pour l'accouchement de la mère et l'éducation de l'enfant, avec en outre l'existence d'une bonification de la pension pour les familles nombreuses. Une « assurance vieillesse des parents au foyer » est en vigueur pour les parents interrompant ou réduisant leur activité. Les aidants qui interrompent leur carrière bénéficient également de cette assurance retraite. L'affiliation est gratuite. Les cotisations (montant forfaitaire déterminé par la loi) sont versées par la branche famille à la branche vieillesse.
- des minimas de pension permettent de rehausser les faibles retraites (minimum contributif pour les salariés du secteur privé, pension minimale de référence dans le secteur agricole, etc.). Ces minimas de retraite doivent être distingués de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA, ou minimum vieillesse), versée sans contrepartie de cotisations et destinée à compléter les ressources de la personne âgée afin de lui garantir un niveau de ressources minimal à partir de l'âge de 65 ans. L'ASPA est un minimum social.
- Un mécanisme protecteur des droits du conjoint survivant de l'assuré décédé, la pension de réversion, qui existait déjà pour les fonctionnaires, a été institué en 1945 pour les salariés du régime général puis étendu à tous les régimes. Son montant correspond à un pourcentage de la pension de l'assuré décédé (entre 50 et 60 % selon les régimes). En 2018, la pension moyenne des femmes est inférieure de 41 % à celle des hommes. Cet écart est en baisse continue : en 2004, il s'établissait à 50 %. En tenant compte des pensions de réversion, dont les femmes bénéficient en majorité, les écarts se réduisent un peu et l'écart se réduit à 28 %.

II-B Le poids des prestations délivrées par la branche

Au 31 décembre 2018, les régimes français versent des pensions de droit direct ou dérivé à 17,4 millions de personnes, dont 1,6 million résident à l'étranger. 16,4 millions de personnes sont titulaires d'une pension de retraite de droit direct d'au moins un régime français de retraite de base ou complémentaire. Les régimes français versent également des pensions de droit dérivé (« pensions de réversion ») aux assurés dont le conjoint est décédé. Au 31 décembre 2018, 4,4 millions de personnes en bénéficient, dont 1,1 million ne percevant pas, par ailleurs, de pensions de droit direct. Premier poste de dépenses sociales (publiques et privées), les pensions de retraite représentent 321 milliards d'euros en 2018, soit 13,7 % du produit intérieur brut (PIB). Elles correspondent pour l'essentiel aux régimes légalement obligatoires. La retraite supplémentaire, qui regroupe tous les produits gérés par des sociétés d'assurances, des mutuelles ou des institutions de prévoyance, représente moins de 3 % du total des prestations de retraite.

II-C Les mesures prises dans le cadre de la crise du COVID-19

En raison de la crise de la COVID-19, le recours à l'activité partielle a été généralisé dans beaucoup de secteurs de l'économie (tourisme, restauration, etc.). Or, ce dispositif n'ouvrait pas de droits à son bénéficiaire au titre de la retraite de base. Pour pallier cette situation, la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de

l'Union européenne a instauré l'ouverture de droits à retraite pour les salariés placés en activité partielle du 1er mars au 31 décembre 2020. Un trimestre gratuit de retraite, financé par la solidarité nationale *via* le Fonds de solidarité vieillesse, est ainsi accordé pour 220 heures d'indemnité d'activité partielle, par parallélisme avec les règles applicables en matière d'allocation chômage. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a pérennisé cette mesure protectrice pour les salariés concernés, qui a aussi été déclinée pour les salariés de certains secteurs relevant de régimes spéciaux ou particuliers de retraite, comme les cheminots, les navigants ou les marins.

II- D Sur l'absence de droits à retraite pour les stagiaires

Les stages effectués durant les années d'études supérieures peuvent donner lieu à l'acquisition de droits à retraite, contrairement à ce qu'indique la Commission européenne pour la France.

Lorsque la durée d'un stage au sein d'un même organisme d'accueil est supérieure à deux mois consécutifs ou non-consécutifs dans la même année universitaire, une gratification doit être versée mensuellement selon un montant minimal fixé à 15 % du plafond horaire de la sécurité sociale. Dans le cas où la gratification est fixée à ce montant minimum, aucune cotisation sociale n'est prélevée sur cette somme et, en conséquence, aucun droit à retraite n'est validé. Toutefois, l'assuré dispose de la possibilité de racheter jusqu'à deux trimestres, à la condition que sa demande ait été effectuée dans les deux années suivant la fin de son stage. Le montant du rachat de cotisations est fixé à 12 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année de la demande. En revanche, lorsque la gratification du stage est supérieure au montant minimum, des cotisations sociales sont prélevées sur la partie supérieure à ce minimum. En conséquence, elles peuvent permettre de valider des trimestres d'assurance, selon les règles de droit commun de l'assurance vieillesse en France : un trimestre est validé pour 150 heures cotisées au SMIC horaire, dans la limite de quatre trimestres par an.

III- BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

III-A Protéger lors de l'activité professionnelle

La branche Accidents du travail – Maladies professionnels (AT-MP) gère les risques professionnels auxquels sont confrontés les travailleurs : [accidents du travail, accidents de trajet et maladies professionnelles](#). À ce titre, elle indemnise les victimes et fixe la contribution respective des entreprises au financement du système. Elle met en œuvre une politique de prévention des risques professionnels.

La réparation de ces accidents ou maladies permettent à la personne qui en est victime de bénéficier de la part de la Sécurité sociale d'une prise en charge totale des soins et des actions de rééducation fonctionnelle et de réinsertion professionnelle. Et si cela occasionne un arrêt de travail, des indemnités journalières sont versées pour compenser la perte de revenus, IJ dont le taux est supérieur à celles versées lors d'un arrêt de travail pour maladie.

En cas de réduction définitive de la capacité de travail, la victime peut avoir droit à un capital ou à une rente d'invalidité. En cas de décès, ce sont les ayants-droits (conjoint, enfants et descendants à charge) qui perçoivent une rente.

Les cotisations sont à la charge des employeurs. Le taux de cotisation se calcule en fonction du coût des accidents du travail et des maladies professionnelles et des salaires des 3 dernières années connues et diffère selon l'activité exercée.

La branche AT-MP est gérée par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) en région.

III- B Les mesures prises dans le cadre de la crise du COVID-19

Les personnes infectées par le Covid-19 dans le cadre de leur activité professionnelle peuvent bénéficier d'une prise en charge spécifique en maladie professionnelle.

Le décret 2020-1131 du 14 septembre 2020 relatif à la reconnaissance des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2 permet une reconnaissance **automatique pour tous les soignants (avec la création d'un tableau dédié à cette infection) et facilite l'indemnisation pour tous les travailleurs contaminés.**

Sont concernés les travailleurs ayant exercé leur activité « en présentiel », notamment dans des hôpitaux, des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ephad) ou à domicile. Pour ceux qui n'entrent pas dans le système du tableau, une voie complémentaire a été mise sur pied : leur situation est examinée par un comité d'experts indépendants.

La présomption automatique de reconnaissance de l'affection Covid-19 en maladie professionnelle concerne les personnes et les situations suivantes :

- **les personnes qui ne travaillent pas dans le secteur de la santé** peuvent demander une reconnaissance en maladie professionnelle si elles ont contracté le Covid-19 dans le cadre de leur travail et si la maladie a entraîné une affection grave. Leur demande sera examinée par un comité d'experts médicaux.
- **les professionnels exerçant dans le secteur de la santé** peuvent bénéficier d'une reconnaissance selon deux conditions :
 - leur contamination au Covid-19 a eu lieu dans le cadre de leur travail ;
 - leur contamination au Covid-19 a entraîné une affection respiratoire grave avec recours à l'oxygénothérapie ou toute autre forme d'assistance respiratoire. Dans le cas où ces professionnels de santé ont été atteints d'une affection grave autre que respiratoire, leur demande de reconnaissance sera préalablement examinée par un comité d'experts médicaux.

III-C Sur la couverture accidents du travail et maladies professionnelles des travailleurs indépendants

Concernant les ATMP, les travailleurs indépendants n'ont pas de couverture ATMP obligatoire, mais peuvent adhérer au dispositif d'assurance volontaire du régime général (article L. 743-1 du code de la sécurité sociale). Il leur ouvre droit aux prestations ATMP de droit commun, à l'exclusion des IJ, soit : la prise en charge des frais de santé à hauteur de 100% des tarifs de la sécurité sociale, l'indemnisation de l'incapacité permanente (sous forme de capital forfaitaire lorsque le taux d'incapacité permanente est inférieur à 10%, et sous forme de rente, calculée en fonction du taux d'incapacité permanente et du salaire, au-delà) et celle du décès (avec le versement de rentes aux ayants droit, jusqu'à leurs 20 ans pour les enfants et jusqu'au remariage ou au décès pour les conjoints, partenaires de PACS ou concubins).

Dans le cadre du dispositif d'assurance volontaire, les travailleurs indépendants déclarent, au choix, les revenus qui constitueront l'assiette de calcul de leurs cotisations et de leurs prestations ; ils doivent être compris entre le salaire minimum des rentes (18 705 €) et le PASS (41 136 €). Le taux de cotisation applicable est celui du secteur d'activité dont relève le travailleur indépendant (c'est-à-dire le taux de cotisation « collectif » défini, par arrêté annuel, pour les entreprises du régime général relevant de ce secteur d'activité), après application d'un abattement de 20% (lié à l'absence d'IJ dans le cadre du dispositif).

S'agissant plus spécifiquement des travailleurs de plateformes, conformément à l'article L. 7342-2 du code du travail, leur cotisation à l'assurance volontaire est prise en charge par la plateforme (lorsqu'ils y réalisent un chiffre d'affaires correspondant à 13% au moins du PASS). La plateforme n'est toutefois pas tenue au remboursement de la cotisation à l'assurance volontaire si elle propose au travailleur un contrat collectif présentant « des garanties au moins équivalentes » à celles de l'assurance volontaire ATMP – et qu'elle prend en charge la cotisation.

En 2020, 45 000 travailleurs indépendants bénéficiaient de l'assurance volontaire ATMP, dont une large majorité (87%) de professionnels de santé libéraux. Au regard des secteurs d'activité dont relèvent les bénéficiaires de l'assurance volontaire, il ne semblerait pas y avoir parmi eux de travailleurs de plateformes (ou dans de faibles proportions) – ce qui laisse penser qu'ils sont plutôt couverts par des contrats collectifs privés.

À noter une spécificité dans le contexte du Covid, concernant certains travailleurs indépendants, à savoir les professionnels de santé libéraux : l'article 73 de la LFR3 du 30 juillet 2020 leur ouvre droit à une indemnisation en cas de maladie professionnelle liée au Covid, quand bien même ils n'auraient pas adhéré à l'assurance volontaire. En cas de reconnaissance, ils ont droit aux prestations prévues par l'assurance volontaire, c'est-à-dire aux prestations ATMP de droit commun du régime général, à l'exclusion des IJ.

IV - ASSURANCE CHOMAGE

IV-A Présentation générale de l'assurance chômage en France

Depuis 1958, l'assurance chômage protège tous les salariés du privé et certains du secteur public lorsqu'ils perdent leur emploi. Elle leur verse une allocation et favorise leur retour à l'emploi grâce à des aides. L'assurance chômage est à la fois un système assurantiel, mais joue également un rôle redistributif en ce qu'elle assure une compensation plus importante pour les bas revenus.

L'assurance chômage est une assurance obligatoire à laquelle cotisent tous les employeurs privés ainsi que certains employeurs publics, pour protéger leurs salariés lorsqu'ils perdent leur emploi. Ces cotisations représentent 4,05 % du salaire brut, à la charge de l'employeur. L'État participe également au financement de l'assurance chômage. Depuis janvier 2019, ce financement prend la forme d'une affectation d'une fraction de la CSG.

Cette allocation représente en moyenne 72 % de l'ancien salaire net. Elle peut durer jusqu'à 2 ans, 3 ans pour les plus de 55 ans.

IV-B Description détaillées des règles d'indemnisation du chômage en vigueur

Réformée en 2019, l'assurance chômage a de nouveau fait l'objet d'une réforme (décret n° 2021-346 du 30 mars 2021) suite à la concertation qui a eu lieu avec les partenaires sociaux de septembre 2020 à mars 2021, afin d'adapter les règles de l'assurance chômage fixées en 2019 au nouveau contexte économique et social lié à la crise sanitaire.

Les nouvelles règles visent à améliorer le système actuel en poursuivant un double objectif :

- lutter contre la précarité liée à la hausse des contrats courts (le nombre de CDD de moins d'1 mois a augmenté de 250 % en 10 ans, alors que l'activité n'a augmenté que de 15 %) ;
- supprimer des injustices dans le mode d'indemnisation.

De nouvelles modalités de calcul de l'allocation d'assurance chômage s'appliqueront à compter du 1er juillet 2021 :

Une nouvelle règle de calcul du salaire journalier de référence servant de base à la détermination du montant d'allocation est introduite, afin d'améliorer l'équité de traitement entre des travailleurs qui, bien qu'ayant réalisé le même nombre d'heures sur une même période, ne bénéficiaient pas du même niveau d'indemnisation, suivant qu'ils travaillaient à temps complet ou à temps partiel.

Les indemnités chômage seront désormais calculées sur le revenu mensuel moyen du travail et non sur les seuls jours travaillés comme auparavant. Toutefois, les périodes d'inactivité prises en compte à ce titre seront désormais plafonnées et ne pourront donc entraîner une baisse trop importante du montant de l'allocation, afin de préserver la situation des salariés dont les périodes d'emploi sont particulièrement morcelées.

Ces nouvelles règles s'appliqueront aux salariés dont la dernière fin de contrat de travail interviendra à compter du 1er juillet 2021. Elles toucheront donc progressivement les nouveaux calculs d'allocation à partir de cette date. Cela signifie que les allocations versées avant le 1er juillet ne seront pas modifiées par la réforme et qu'aucun demandeur d'emploi actuel ne verra son indemnité diminuer.

Enfin, ces règles ne modifient pas le montant total des droits des demandeurs d'emplois : toute baisse d'allocation liée à des périodes d'emploi morcelées sera assortie d'une augmentation de la durée de versement.

Les conditions d'éligibilité à l'allocation d'assurance et les règles relatives à la dégressivité de l'allocation pour les plus hauts revenus sont assouplies pendant toute la période de crise :

Compte-tenu des conséquences de la crise sanitaire sur le marché du travail, la durée d'affiliation minimale nécessaire pour ouvrir ou recharger un droit à l'allocation d'assurance chômage reste fixée à 4 mois jusqu'à ce qu'une amélioration durable de la situation de l'emploi soit constatée.

Concrètement, la durée d'affiliation nécessaire pour ouvrir ou recharger un droit restera fixée à 4 mois jusqu'à ce que les deux conditions suivantes soient remplies :

- Le nombre total de déclarations préalables à l'embauche pour des contrats de plus d'un mois est supérieur à un seuil (fixé à 2 700 000) sur une période de 4 mois consécutifs ;
- Le nombre de demandeurs d'emploi en catégorie A a baissé d'au moins 130 000 au cours des 6 derniers mois.

La réforme prévoit également que le Gouvernement tiendra compte d'éventuelles périodes de confinement strict, qui pourraient perturber ces indicateurs, dans leur calcul.

Afin de tenir compte de la situation économique et sociale, le décret du 30 mars 2021 prévoit, à titre temporaire, que la dégressivité de l'allocation applicable aux salariés de moins de 57 ans ayant un revenu antérieur supérieur à 4500 euros bruts par mois n'interviendra qu'au bout de 8 mois d'indemnisation. Ce délai à l'issue duquel l'allocation est réduite commencera à courir au 1er juillet 2021. Ce délai repassera à 6 mois à compter d'une date fixée par arrêté, en cas d'amélioration durable de la situation du marché du travail (mesurée selon les deux indicateurs rappelés plus haut : la baisse du nombre de demandeurs d'emploi de catégorie A et le nombre de déclarations préalables à l'embauche pour des contrats de plus d'un mois).

Le bonus-malus est aménagé pour tenir compte de la crise :

S'agissant du bonus-malus sur les contributions patronales d'assurance chômage, le décret vise à inciter les entreprises à limiter le recours excessif aux contrats courts tout en prenant en considération le nouveau contexte économique et social lié à la crise sanitaire. Il maintient l'incitation comportementale dès le 1er juillet 2021 tout en tenant compte du caractère atypique de l'année 2020 et du début de 2021 et exclut les entreprises les plus touchées par la crise (relevant du secteur S1). La première modulation interviendra en septembre 2022.

La période d'observation, qui commencera à comptabiliser les fins de contrat de travail des entreprises et conditionnera leur cotisation, débutera donc de manière concomitante aux mesures touchant les demandeurs d'emploi.

IV-C Les mesures prises dans le cadre de la crise du COVID-19

- Adaptation de l'assurance chômage

La situation de confinement (périodes caractérisées par des interdictions de déplacement) et les conséquences de l'épidémie de COVID-19 sur le marché du travail limitent les opportunités de reprise d'emploi des chômeurs. C'est pourquoi des mesures d'urgence en matière d'assurance chômage ont été prises pour protéger les personnes les plus vulnérables.

1. Les droits aux allocations chômage de toutes les personnes arrivant en fins de droits sont prolongés pendant la période de crise sanitaire.

Les salariés du secteur du spectacle (artistes, ouvriers et techniciens dits « intermittents du spectacle ») bénéficient d'une prolongation spécifique de leurs droits jusqu'au 31 août 2021.

2. La période de référence au cours de laquelle est recherchée la durée minimale d'affiliation requise pour l'ouverture d'un droit à l'assurance chômage est allongée de la durée de la période de crise sanitaire. Cette mesure a été prise afin que la restriction des déplacements et des activités décidées dans le cadre de la lutte contre la propagation du COVID-19 n'ait pas de conséquences négatives sur la capacité des salariés privés d'emploi à atteindre la durée d'affiliation minimale requise pour l'ouverture d'un droit.

3. La dégressivité de l'allocation d'aide au retour à l'emploi pour les salariés de moins de 57 ans ayant un revenu antérieur supérieur à 4 500 euros bruts par mois est suspendue pendant la durée de la crise sanitaire.

4. Les périodes d'inactivité non couvertes par un contrat de travail au cours de la crise sanitaire ne sont pas prises en compte pour la détermination du salaire journalier de référence, de manière à ne pas avoir d'effet sur le montant des allocations.

5. Les conditions de la « démission légitime » sont aménagées afin de répondre aux inquiétudes des salariés ayant démissionné de leur emploi avant la crise sanitaire pour réaliser une mobilité professionnelle, mais qui n'a pas encore pu se concrétiser compte tenu des conséquences économiques et sociales de l'épidémie.

6. Le délai pour s'inscrire à Pôle emploi, permettant de s'ouvrir des droits à l'assurance chômage, est allongé.

- Aides financières exceptionnelles spécifiques

Des aides financières spécifiques et exceptionnelles ont été attribuées aux personnes les plus vulnérables et les plus touchées par la crise économique.

1. Une aide financière est attribuée aux travailleurs salariés qui alternaient emploi et chômage en 2019 et qui n'ont pas retrouvé un niveau d'activité suffisant en 2020 du fait de la crise sanitaire. Elle est versée mensuellement pour une période allant de novembre 2020 à mai 2021.

2. Une aide financière est attribuée aux jeunes diplômés de l'enseignement supérieur qui ont achevé leurs études supérieures et ont des difficultés à trouver un emploi du fait de la crise sanitaire. Elle est réservée aux étudiants qui percevaient une bourse sur critères sociaux.

3. Une aide financière est attribuée aux jeunes demandeurs d'emploi de moins de 26 ans qui bénéficient d'un accompagnement individuel intensif auprès du service public de l'emploi (Pôle emploi ou l'Association pour

l'emploi des cadres - APEC). Cette aide n'est pas attribuée de manière automatique, mais en fonction des besoins et des situations individuelles des jeunes concernés.

IV- D Sur l'absence de couverture des stagiaires et des travailleurs indépendants

- Couverture des stagiaires

Le régime d'assurance chômage en France vise à assurer les travailleurs salariés contre le risque d'une perte d'emploi. À l'exception des travailleurs indépendants couverts par l'allocation des travailleurs indépendants, l'indemnisation du chômage est destinée aux salariés signataires d'un contrat de travail avec leur employeur. Or, le statut des stagiaires n'est pas le même que celui des salariés : en effet, les stagiaires sont encadrés par une convention de stage et non pas un contrat de travail. Par conséquent, à ce jour, les stagiaires ne sont pas compris dans le champ du régime d'assurance chômage.

- Couverture des travailleurs indépendants

Jusqu'alors, les travailleurs indépendants n'étaient pas indemnisés par Pôle emploi lorsqu'ils étaient contraints de mettre fin à leur activité. Le régime d'assurance chômage ne concernait que les salariés involontairement privés d'emploi. La loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel du 5 septembre 2018 a sécurisé les travailleurs non-salariés dans les cas où ils cessent leur activité à compter du 1er novembre 2019, de manière involontaire et définitive.

Caractéristiques de l'allocation des travailleurs indépendants

L'allocation des travailleurs indépendants est ouverte à l'ensemble des professionnels exerçant une activité non salariée.

Les indépendants ne versent pas de cotisation supplémentaire pour prétendre à cette allocation.

Le montant de l'allocation des travailleurs indépendants est le même pour tous : 800 € par mois.

L'allocation des travailleurs indépendants est versée pour une durée limitée de 6 mois, non renouvelable.

Conditions pour bénéficier de l'allocation des travailleurs indépendants

L'activité indépendante doit avoir été exercée en continu pendant les 2 années qui précèdent la date de cessation d'activité au sein d'une seule et même entreprise.

L'activité indépendante doit avoir généré des revenus professionnels au moins égal à 10 000 € par an en moyenne.

L'activité indépendante doit avoir cessé de manière définitive et involontaire dans le cadre d'une procédure judiciaire.

Seuls 2 motifs de cessation d'activité permettent de prétendre à l'allocation des travailleurs indépendants :

- l'ouverture d'une procédure de liquidation judiciaire ;
- le remplacement du bénéficiaire de ses fonctions de dirigeant, sur demande du tribunal, dans le cadre de l'adoption d'un plan de redressement judiciaire.

Les ressources personnelles du travailleur indépendant (en dehors des revenus de l'activité indépendante en cessation) doivent être inférieures au montant mensuel du revenu de solidarité active (RSA).

V- LA BRANCHE RECOUVREMENT

V-A Le financement de la sécurité sociale

Le financement de la Sécurité sociale est assuré par les cotisations sociales payées par les employeurs et les salariés, par la contribution sociale généralisée (CSG), ainsi que par diverses contributions et taxes.

La CSG, créée en 1991, **visait à diversifier le mode de financement de la protection sociale** qui reposait essentiellement sur les cotisations sociales. Ce système était devenu contestable en raison :

- d'un alourdissement du coût du travail ;
- d'un problème d'efficacité et de justice du prélèvement qui ne pesait que sur les revenus du travail ;
- d'un manque de légitimité car seuls les salariés cotisaient.

Or, la Sécurité sociale s'est généralisée à tous les résidents en France et les prestations se sont universalisées. Son assiette est assise sur l'ensemble des revenus des personnes résidant en France :

- les revenus d'activité (salaires, primes et indemnités diverses...);
- les revenus de remplacement (pensions de retraite, allocations chômage, indemnités journalières...);
- les revenus du patrimoine (revenus fonciers, rentes viagères...);
- les revenus de placement (revenus mobiliers, plus-values immobilières...);
- les sommes engagées ou redistribuées par les jeux.

La modulation des cotisations permet d'alléger le coût du travail et de donner du pouvoir d'achat aux actifs. Avec la mise en place du pacte de responsabilité au 1er janvier 2015, le taux des cotisations famille est désormais différencié selon le niveau de salaire brut. Une réduction de 1,8 point a été appliquée pour les salaires inférieurs à 1,6 Smic (salaire minimum) puis étendue depuis le 1er avril 2016 aux salaires inférieurs à 3,5 Smic (soit un taux de 3,45 points). Le taux est maintenu à 5,25 points pour les salaires supérieurs à cette borne.

À compter du 1er janvier 2018, la suppression des cotisations salariales maladie (-0,75 point de cotisations au 1er janvier 2018) et chômage (via une baisse de 1,45 point de cotisations au 1er janvier et de 0,95 point au 1er octobre) s'est accompagnée d'un relèvement de la CSG de +1,7 point. En 2019, le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) est remplacé par une baisse du taux de cotisation d'assurance maladie et par le renforcement des allègements généraux étendus aux cotisations retraite complémentaire au 1er janvier puis aux cotisations chômage au 1er octobre.

Un organisme spécifique en charge de collecter les cotisations sociales et de les redistribuer selon les besoins des autres branches, l'Union de recouvrement (URSSAF). Cet organisme est chargé également d'accompagner et de soutenir les entreprises en difficulté (aménagement des délais de paiement).

V- B Mesures générales prises pour surmonter la perte d'activité pendant la crise sanitaire

Exonération des cotisations sociales et aide au paiement des cotisations sociales

Pour endiguer la progression de l'épidémie de Covid-19 au printemps 2020, les autorités françaises ont instauré un confinement général du pays à partir du 18 mars 2020 en application du décret n° 2020-260 du 16 mars 2020, qui a été prolongé jusqu'au 11 mai 2020, et mis en place un régime d'état d'urgence sanitaire instauré par la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19. Dans ce contexte, des mesures de fermeture et de restriction des activités des entreprises ont été introduites dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, qui ont entravé l'exercice de l'activité des entreprises ciblées.

Les secteurs les plus fortement impactés par ces mesures prises par le Gouvernement français sont ceux exerçant dans les secteurs du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, du sport, de la culture, du transport aérien et de l'évènementiel qui sont ainsi particulièrement affectés par les conséquences économiques et financières de la propagation de l'épidémie du Covid-19.

C'est la raison pour laquelle les autorités françaises ont décidé de mettre en place, par **l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020** de finances rectificative pour 2020, un dispositif d'exonérations de cotisations sociales et d'aide au paiement des cotisations sociales au profit des entreprises qui sont les plus susceptibles d'avoir subi une perte importante de chiffre d'affaires durant la période comprise entre le 15 mars et le 15 mai 2020 et qui exercent leur activité principale :

- soit, pour des entreprises de moins de 250 salariés, dans les secteurs relevant du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, du sport, de la culture, du transport aérien et de l'événementiel ;
- soit, pour des entreprises de moins de 250 salariés, dans les secteurs dont l'activité dépend de celle des secteurs mentionnés ci-dessus ;
- soit, pour des entreprises de moins de 10 salariés, dans d'autres secteurs que ceux mentionnés ci-dessus dont l'activité impliquait l'accueil du public et a été interrompue du fait de la propagation de l'épidémie de Covid-19, à l'exclusion des fermetures volontaires.

Les entreprises éligibles bénéficient pour les mois concernés d'une exonération totale de cotisations sociales patronales, hors retraites complémentaires, et d'une aide au paiement des cotisations sociales restant dues égale à 20 % de la masse salariale au titre de leurs salariés.

Ce dispositif a été pris sur la base du régime-cadre SA.56985, autorisé par la Commission sur le fondement de la section 3.1 de l'encadrement temporaire. Cette section permet l'octroi d'aides jusqu'à 1,8 million d'euros par entreprise (plafond auparavant fixé à 800 000 €).

Il couvrait initialement les cotisations et contributions sociales exigibles pour les mois de mars à juin 2020 (correspondant à celles dues au titre des périodes d'emploi de février à mai 2020). Cependant, la durée particulièrement longue de la contraction de l'activité économique ainsi que l'impact des deux périodes de confinement ont rendu absolument nécessaires, pour certaines entreprises actives dans des secteurs particulièrement impactés, de prolonger le dispositif.

Ainsi, l'article 9 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 a prévu un **nouveau dispositif d'exonération de cotisations sociales et d'aide au paiement des cotisations sociales** au titre des périodes d'emploi courant à compter du 1^{er} septembre 2020 (pour les employeurs situés en zone de couvre-feu) ou du 1^{er} octobre 2020 (pour les autres employeurs), dans les conditions suivantes :

- pour les entreprises actives dans les secteurs du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, du sport, de la culture, du transport aérien, de l'évènementiel, ou dont l'activité dépend de ces secteurs : elles doivent employer moins de 250 salariés et (i) soit être fermées au public, (ii) soit avoir subi une baisse de chiffre d'affaires de 50% par rapport à la même période de l'année précédente (ou représentant au moins 15 % du chiffre d'affaires de l'année précédente en cas de saisonnalité de l'activité) ; il est à noter que pour les clubs sportifs professionnels, les conditions d'éligibilité (fermeture administrative ou baisse de chiffre d'affaires) sont présumées satisfaites du fait des restrictions administratives (jaugeages puis huis-clos) ;
- pour les autres entreprises fermées au public : elles doivent employer moins de 50 salariés et l'interdiction d'accueil du public doit affecter de manière prépondérante la poursuite de leur activité (à l'exception des activités de livraison, de retrait de commande ou de vente à emporter).

Les exonérations de cotisations sociales ont représenté un effort de plusieurs milliards d'euros pour l'État en 2020 afin de soutenir les entreprises qui ont fait l'objet de mesures d'interdiction d'accueil du public et les autres secteurs les plus affectés – 8,2 milliards d'euros ayant été budgétés par l'Etat dans les lois financières de 2020 pour compenser le coût des dispositifs. Les petites et très petites entreprises en sont les principales bénéficiaires : plus de 60% des réductions de cotisations, hors travailleurs indépendants, concernent des entreprises de moins de 20 salariés. Ce dispositif a été prolongé pour les périodes d'emploi courant jusqu'au 30 avril 2021.

Par ailleurs, l'article 65 de la loi de finances rectificative pour 2020 a mis en place une réduction forfaitaire applicable aux cotisations et contribution dues au titre de l'année 2020 pour les **travailleurs indépendants** relevant des secteurs plus touchés par la crise sanitaire. Le montant maximal de cette réduction est fixé, dans la limite des montants effectivement dus sur l'année, à :

- 2 400 € pour les travailleurs indépendants dont l'activité relève des secteurs S1 et S1bis ;
- 1 800 € pour les travailleurs indépendants dont l'activité relève du secteur S2.

Ce dispositif a été reconduit dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 pour les travailleurs indépendants remplissant les critères sectoriels et d'interdiction d'accueil du public ou de baisse de chiffre d'affaires. L'éligibilité aux dispositifs prévus par la LFSS 2021 étant appréciée chaque mois, le montant de l'aide est de 600 € pour chaque mois où le travailleur indépendant satisfait les conditions.

Enfin, depuis le début de la crise, l'Urssaf a également déclenché des mesures exceptionnelles de report de paiement des cotisations et contributions sociales pour accompagner les travailleurs indépendants présentant de sérieuses difficultés de trésorerie.

Les principes énoncés par la recommandation sont largement mis en œuvre par la France. La sécurité sociale française couvre de façon obligatoire tous les salariés, quel que soit le type de leur relation de travail, et de manière obligatoire sinon facultative les travailleurs non-salariés. Depuis la création de la Sécurité sociale en 1945, ces couvertures ont évolué, mais toujours au bénéfice de l'ensemble de la population travaillant et résidant en France. S'il existe des lacunes, les pouvoirs publics les ont identifiées et s'emploient régulièrement à les réduire, notamment lors de l'examen annuel par le Parlement des lois de financement de la sécurité sociale.

Les règles de la protection sociale sont transparentes. Les assurés (aussi bien les employés que les employeurs) ont à leur disposition plusieurs supports et outils numériques. Il est à noter que les assurés peuvent également recevoir ces informations par voie postale sans frais de leur part -notamment les informations concernant leurs droits à retraite- préservant ainsi le choix des assurés et permettant l'inclusion sociale des personnes ne maîtrisant pas les outils numériques.

La France s'est engagée dans des processus de simplification des démarches administratives, notamment pour les personnes qui ont été affiliés à plusieurs statuts pendant leur vie professionnelle.