

HISTORIQUE ET DÉFINITION DE LA PRÉVOYANCE

HISTORIQUE

On attribue souvent l'origine de la prévoyance complémentaire au monde agricole, qui organisa dès le 19^e siècle des mécanismes de protection solidaire contre les accidents du travail, en créant des structures (pouvant aujourd'hui être comparées à des mutuelles), auxquelles les agriculteurs cotisaient et qui leur permettaient de payer le salaire d'ouvriers agricoles pour travailler sur l'exploitation, lorsqu'eux-mêmes étaient immobilisés en raison d'un accident du travail.

A partir de 1848, un certain nombre de branches d'activité créèrent des « sociétés de secours mutuel », qui étaient des systèmes corporatistes d'entraide et de bienfaisance, initiés par les entreprises. Ce fut notamment l'origine des régimes spéciaux des cheminots, des mineurs et des marins.

De nombreuses entreprises mirent également en place des régimes spécifiques de retraite pour leurs salariés. Toutefois, étant lié à la prospérité de l'entreprise, ce système demeurait précaire.

En 1898, création d'une loi organisant la protection financière des ouvriers victimes d'un accident du travail.

La Loi du 4 Juillet 1900, sur la Mutualité, permit la création de structures spécifiques pouvant couvrir les risques de décès, invalidité, maladie et maternité (les accidents du travail n'étaient pas couverts). Ces structures étaient souvent organisées par branches d'activité.

Exemple

La Mutuelle des Industries Pétrolières.

Au 20^e siècle, sous l'influence des systèmes de protection sociale légale développés en Angleterre et en Allemagne, un certain nombre de lois furent votées en France, qui constituaient les prémices de la Sécurité Sociale actuelle :

■ 1910

Loi organisant la retraite des ouvriers et des paysans (Loi sur les rentes ouvrières et paysannes) ;

■ 1928 et 1930

Lois prévoyant l'assurance sociale obligatoire pour tous les salariés de l'Industrie et du Commerce ayant un revenu inférieur à un certain plafond en francs ;

■ 1929

Décret du 23 mai permettant aux compagnies d'assurances de proposer des « tarifs de groupe », inférieurs aux tarifs individuels pour la couverture de risques lourds. Ce décret permettra aux assureurs de conserver un rôle important dans la protection sociale ;

- **1932**

Loi créant les allocations familiales, financées par l'employeur ;

- **14 mai 1937**

Signature du premier accord global sur les régimes de retraite et de prévoyance, entre l'UIMM (Union des Industries Métallurgiques et Minières) et les représentants de la Fédération Nationale des Syndicats d'Ingénieurs : une cotisation sociale, prélevée sur les salaires pour une partie et financée par l'employeur pour le solde, servira à financer la couverture de trois risques : la retraite (pour 75 % de la cotisation), l'invalidité et le décès.

L'accord laisse à chaque salarié le libre choix de l'organisme assureur.

Cet accord inspirera un certain nombre d'initiatives conventionnelles, aboutissant au développement de la couverture sociale et affirmant le principe de la gestion paritaire ;

- **1939**

Généralisation des allocations familiales à toutes les familles (le versement de cette allocation n'est plus lié à la qualité de salarié) ;

- **30 décembre 1944**

Le Conseil National de la Résistance avait souhaité créer un régime de protection sociale pour toute la population française, couvrant tous les risques sociaux. La CGT était hostile aux cotisations salariales, sauf si le régime était géré majoritairement par des salariés.

La loi du 30 décembre 1944 créa la Sécurité sociale ;

- **1945**

Mise en place du Code de la Mutualité.

En 1945, compte tenu des conventions collectives, plus de 200.000 salariés étaient affiliés à des régimes privés, hors assurances sociales.

La nouvelle logique de couverture sociale obligatoire pour tous les salariés, instaurée par la Sécurité Sociale, implique la disparition des régimes conventionnels et leur mutation en régimes complémentaires.

Les Institutions de Prévoyance, issues du Code de la Sécurité sociale, ont été créées pour gérer paritairement la couverture sociale (retraite et prévoyance) mise en place dans les branches d'activité.

En mars 1947, le Gouvernement donnait son accord pour qu'un régime dérogatoire au régime de base soit mis en place pour les cadres, pour ce qui concerne le risque décès, via la Convention Collective Nationale de Retraite et de Prévoyance.

Ce fut le point de départ d'une expansion considérable de l'assurance de groupe, qui permet aux salariés de bénéficier de garanties décès, incapacité/invalidité et/ou maladie, financées en tout ou partie par leur employeur ;

- **14 mars 1947 et 8 décembre 1961**

Accords collectifs interprofessionnels créant les régimes de retraite complémentaire des cadres et des non cadres Agirc et Arrco ;

■ **1972**

L'adhésion aux régimes de retraite par répartition est devenue obligatoire pour les cadres et non cadres via une loi de 1972. Cette mesure a donné un « coup de fouet » à la création de nouvelles caisses de retraite et au développement des activités de prévoyance ;

■ **1978**

La loi de mensualisation de 1978 implique un certain nombre d'obligations de l'employeur (droit au congé : mariage, naissance, décès d'un proche ; indemnité de fin de carrière ou en cas de licenciement ; maintien du salaire partiel ou total à la charge de l'employeur en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident) ;

■ **1985**

Loi de 1985 : mise en place d'exonérations de charges sociales et fiscales afin d'inciter les entreprises à proposer des contrats de complémentaire santé ;

■ **1989**

Loi EVIN du 31 décembre 1989 sur la prévoyance renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques notamment le risque Prévoyance. Cette loi revêt trois grands principes : interdiction de la sélection médicale (assurances collectives) ; droit au maintien à titre individuel d'une couverture collective en cas d'incapacité ou invalidité, chômage, préretraite ou retraite ; harmonisation des situations des différents organismes mettant en œuvre des couvertures prévoyance ;

■ **1999**

Loi n° 99-641 du 28 juillet 1999 : institution d'une couverture maladie universelle de base et complémentaire (CMU –CMUC) ;

■ **2003**

La loi n° 2003-774 du 21 août 2003 portant réforme des retraites (Loi Fillon) modifie le régime des cotisations de retraite et de prévoyance au regard de l'impôt sur le revenu. Quatre grands changements sont apportés par ces nouvelles règles qui permettent de bénéficier d'une exonération socio-fiscale : les régimes de prévoyance et de santé doivent revêtir clairement un caractère collectif (ou une catégorie objective) ; les contrats doivent être obligatoires ; la participation de l'employeur doit être effective et uniforme pour l'ensemble des salariés d'une même catégorie ; Le contrat doit être « responsable » ;

■ **2004**

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Elle précise la définition des contrats « responsables », qui ne devront pas couvrir les dépenses induites par un non-respect du parcours de soins. Elle crée également l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes dont les revenus se situent au-dessus du plafond de la CMU et qui ne dépassent pas un certain plafond ;

■ **2008**

Accord interprofessionnel du 11 janvier 2008 : les personnes se retrouvant au chômage peuvent continuer à bénéficier de la complémentaire santé et du contrat de prévoyance de leur ancienne entreprise (portabilité des droits à la couverture complémentaire) ;

■ 2012

Décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire : définition des catégories objectives de salariés permettant de bénéficier des exonérations socio-fiscales des cotisations prévoyance, santé et retraite ;

■ 2013

- Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 : généralisation de la couverture complémentaire santé d'entreprise à l'ensemble des salariés du privé. L'ANI prévoit également le principe de la liberté de choix des entreprises de leur assureur, même en présence d'un régime de branche et, d'autre part, en exigeant une procédure d'appel d'offres s'il est fait le choix d'un assureur unique de branche,
- La loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi (JO du 16 juin 2013) entérine cet accord et instaure une complémentaire santé collective obligatoire avec la participation de l'employeur, quelle que soit la taille de l'entreprise,
- LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 : mise en place des clauses de recommandations pour choisir un organisme complémentaire (cette mesure a été invalidée par le Conseil constitutionnel). Révision du critère des contrats « solidaires et responsables » : Prendre en charge toute ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations maladie (ticket modérateur, forfait hospitalier) ; Prévoir les conditions dans lesquelles peuvent être prise en charge les dépassements d'honoraires ;

■ 2014

- Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 : définition du panier de soins minimal dans le cadre des complémentaires santé,
- Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales. Il fixe les plafonds et planchers de remboursement,
- Décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014 : intégration dans les garanties collectives de prestations "à caractère non directement contributif" (degré élevé de solidarité) ;

■ 2015

Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 sur les dispenses d'affiliation à la couverture santé complémentaire collective et obligatoire. Cette loi prévoit également la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) de base en 1999 qui visait à ouvrir des droits à l'assurance maladie à toutes les personnes qui en étaient dépourvues. La PUMa garantit désormais à toute personne qui travaille ou réside en France un droit à la prise en charge des frais de santé (remboursements des frais de santé hors prestations en espèces), sans démarche particulière à accomplir ;

■ 2016

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Cette loi s'articule autour de trois grands axes : améliorer l'accès aux soins (généralisation du tiers payant – mesure annulée depuis), renforcer la prévention et créer de nouveaux droits pour les patients (notamment pouvoir contracter des prêts immobiliers) ;

■ 2017

La loi EVIN de 1989 (art.4) prévoyait jusqu'en 2017 que les tarifs applicables aux anciens salariés ne pouvaient dépasser 50 % « des tarifs globaux applicables aux actifs ». Le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 modifie ces dispositions et introduit un plafonnement progressif selon les modalités suivantes : la première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. La deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. La troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % ;

■ **2018**

- La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 prévoit la mise en œuvre du 100 % Santé (zéro reste à charge dès 2020),
- Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 fournit une liste de "certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires", pour lesquels sera garanti un "accès sans reste à charge", moyennant le respect de tarifs plafonds par les opticiens, audioprothésistes et dentistes. Cette classe de dispositifs médicaux sera accessible à tous les assurés et prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé.

■ **2019**

La loi 2019-1446 du 24 décembre 2019, JO du 27 (LFSS) prévoit :

- la suppression de la majoration pour enfants à charge pour le calcul des indemnités journalières maladie le montant de l'IJSS versée en cas de maladie ou d'accident non professionnel est majoré pour les assurés ayant au moins 3 enfants à charge à partir du 31^e jour d'arrêt de travail. Il est ainsi porté aux 2/3 du gain journalier de base (au lieu de 50 %), dans la limite d'un plafond (c. séc. soc. art. L. 323-4, R. 323-5 et R. 323-9). La LFSS supprime cette majoration pour les arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juillet 2020, ainsi que ceux prescrits avant cette date mais n'ayant pas encore atteint 30 jours consécutifs au 1^{er} juillet 2020. Un décret doit réviser les dispositions réglementaires régissant le calcul des IJSS maladie (c. séc. soc. art. L. 323-4 modifié au 01.07.2020). Il devrait fixer le montant de l'IJSS maladie, comme actuellement, à 50 % du revenu d'activité journalier (nouveau nom du gain journalier de base) ;
- le temps partiel thérapeutique dans le cadre d'un AT/MP est assoupli avec la suppression de la condition liée à un arrêt de travail préalable à temps complet à partir du 1^{er} janvier 2020.

À partir du 1^{er} novembre 2019, la Couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-C) est étendue aux bénéficiaires de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) avec la mise en place de la « Complémentaire santé solidaire ». Cette complémentaire offre une protection renforcée (les soins pour lesquels le reste à charge pouvait être élevé avec l'ACS vont être désormais pris en charge à 100 %). Elle permet d'éviter aux bénéficiaires :

- l'avance des frais chez le médecin, le dentiste ou encore à l'hôpital ;
- les dépassements d'honoraires.

L'ANI du 17 novembre 2017, prévoit à compter du 1^{er} janvier 2019, une prévoyance complémentaire décès obligatoire pour les cadres, compte tenu de la fusion AGIRC-ARRCO, elle remplace l'obligation de la convention collective de l'AGIRC du 14 mars 1947.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Décret du 21 juin 2019 relatif à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale ;
- Décret du 21 juin 2019 relatif aux modalités de remboursement des dépenses engagées par les organismes gestionnaires pour la mise en œuvre de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 21 juin 2019 fixant les montants de la participation financière à la protection complémentaire en matière de santé et la majoration applicable aux organismes complémentaires au titre des frais de gestion.

CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS AUX PRÉSTATIONS EN ESPÈCES ET BÉNÉFICIAIRES

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

Nature de la prestation	Conditions minimales d'ouverture du droit	Conditions d'immatriculation
Décès (article R. 313-6 du Code de la Sécurité sociale)	<ul style="list-style-type: none"> ■ justifier de 60 heures de travail, salarié ou assimilé au cours d'un mois civil ou de 30 jours consécutifs ou ■ avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 60 fois le SMIC pendant 1 mois civil ou 30 jours consécutifs ou ■ avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 120 fois le SMIC pendant 3 mois civils ou de date à date ou ■ justifier d'au moins 120 heures de travail, salarié ou assimilé, pendant 3 mois civils ou de date à date ou ■ avoir cotisé sur des rémunérations perçues pendant l'année civile au moins égales à 400 fois le SMIC ou ■ justifier de 400 heures de travail, salarié ou assimilé au cours de l'année civile 	Aucune
Prestations en espèces pour un arrêt de travail inférieur à 6 mois en assurance maladie-maternité (article R. 313-3 du Code de la Sécurité sociale)	<ul style="list-style-type: none"> ■ justifier de 150 heures de travail au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt de travail ou ■ avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 1015 fois le SMIC au cours des 6 mois civils précédant la date d'arrêt 	10 mois d'immatriculation en maternité, à la date présumée de l'accouchement ou de l'arrivée de l'enfant au foyer
Prestations en espèces pour un arrêt de travail supérieur à 6 mois en maladie-maternité (article R. 313-3 du Code de la Sécurité sociale)	<ul style="list-style-type: none"> ■ justifier de 600 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'arrêt de travail ou ■ avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 2 030 fois le SMIC au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt 	12 mois d'immatriculation au moins à la date de l'arrêt de travail
Invalidité (article R. 313-5 du Code de la Sécurité sociale)	<ul style="list-style-type: none"> ■ justifier de 600 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédents ou ■ avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 2030 fois le SMIC au cours des 12 mois civils précédents 	12 mois d'immatriculation au premier jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité

MAINTIEN DE DROIT

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

"Tant qu'elles continuent de remplir les conditions de résidence et de séjour et ne viennent pas à justifier de nouveau des conditions d'ouverture du droit aux mêmes prestations dans ce régime ou un autre régime, les personnes qui cessent de remplir les conditions d'activité requises pour l'affiliation à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès d'un régime dont elles relevaient jusqu'alors bénéficient du maintien de leur droit aux prestations en espèces pour ces risques pendant une durée déterminée par décret. Cette durée est prolongée pour les demandeurs d'emploi sur toute leur période d'indemnisation."

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

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

LES NOUVELLES CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS DES PRESTATIONS EN NATURE A COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2016

L'article 59 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 institue une protection maladie universelle (la PUMa).

La prise en charge des frais de santé n'est plus subordonnée au versement d'un minimum de cotisations ou à l'accomplissement d'une activité minimale, ni au rattachement à un assuré en qualité d'ayant droit.

Article L. 160-1 du Code de la Sécurité sociale

Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions fixées au présent livre.

L'exercice d'une activité professionnelle et les conditions de résidence en France sont appréciées selon les règles prévues, respectivement, aux articles L. 111-2-2 et L. 111-2-3 du Code de la Sécurité sociale.

Article L. 111-2-1 modifié par la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 - article 1

I.- La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale.

La protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection. L'État, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire. En partenariat avec les organisations représentatives des professionnels de santé et les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du Code de la santé publique, les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent, dans les conditions prévues à l'article L. 1411-2 du même code, à la mise en œuvre de la politique nationale de santé définie par l'État.

Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie.

II.- La Nation réaffirme solennellement le choix de la retraite par répartition au cœur du pacte social qui unit les générations. Le système de retraite par répartition assure aux retraités le versement de pensions en rapport avec les revenus qu'ils ont tirés de leur activité. Les assurés bénéficient d'un traitement équitable au regard de la durée de la retraite comme du montant de leur pension, quels que soient leur sexe, leurs activités et parcours professionnels passés, leur espérance de vie en bonne santé, les régimes dont ils relèvent et la génération à laquelle ils appartiennent.

La Nation assigne également au système de retraite par répartition un objectif de solidarité entre les générations et au sein de chaque génération, notamment par l'égalité entre les femmes et les hommes, par la prise en compte des périodes éventuelles de privation involontaire d'emploi, totale ou partielle, et par la garantie d'un niveau de vie satisfaisant pour tous les retraités.

La pérennité financière du système de retraite par répartition est assurée par des contributions réparties équitablement entre les générations et, au sein de chaque génération, entre les différents niveaux de revenus et entre les revenus tirés du travail et du capital. Elle suppose de rechercher le plein emploi.

Article L. 111-2-2 modifié par la Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 - article 59

Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés et des règlements européens, sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale dans le cadre du présent code, quel que soit leur lieu de résidence, toutes les personnes :

1° Qui exercent sur le territoire français :

- a) Une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France,*
- b) Une activité professionnelle non salariée ;*

2° Qui exercent une activité professionnelle à l'étranger et sont soumises à la législation française de sécurité sociale en application des règlements européens ou des conventions internationales.

ACCIDENT DE TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

ARRÊT SUITE À UN ACCIDENT DU TRAVAIL

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

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

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

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

Une rente peut également être versée :

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

Montant des indemnités journalières

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

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

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

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

MONTANT MAXIMUM

Calcul

La sécurité sociale détermine un salaire journalier de base, calculé en prenant en compte le montant du dernier salaire perçu avant la date d'interruption du travail, divisé par 30,42.

Formule de calcul et montant maximum à verser (au 1^{er} janvier 2021)

Pourcentage du salaire versé, dans la limite d'un montant maximum, selon la durée de versement des indemnités.

Durée de versement des indemnités	Pourcentage du salaire journalier de référence	Montant maximum par jour
du 1 ^{er} au 28 ^e jour d'arrêt	60 %	205,84 €
à partir du 29 ^e jour d'arrêt	80 %	274,46 €

L'indemnité journalière ne peut pas dépasser le gain journalier net perçu avant l'arrêt de travail. Pour le calcul du gain journalier net, un taux forfaitaire de 21 % est déduit du salaire journalier de base (pour les arrêts de travail initiaux débutant à compter du 2 janvier 2015).

Revalorisation

Lorsque l'arrêt de travail est supérieur à 3 mois, les indemnités journalières peuvent être revalorisées en cas d'augmentation générale des salaires :

- soit par arrêté ministériel : la revalorisation est alors forfaitaire ;

- soit dans le cadre d'une convention collective : le salarié doit alors demander par courrier à sa CPAM l'application de la revalorisation prévue par la convention en joignant à sa demande une attestation de son employeur.

Prélèvements sociaux

Les indemnités journalières sont soumises aux prélèvements sociaux :

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

Les indemnités journalières servies aux victimes d'accident du travail sont exonérées d'impôt à hauteur d'un taux forfaitaire de 50 % de l'indemnité.

L'INCAPACITÉ PERMANENTE

Le taux d'incapacité permanente

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

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

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

L'assuré a deux mois à compter de la réception de cette lettre pour contester cette décision. Le recours devant la commission médicale de recours amiable (CMRA) est obligatoire avant toute procédure contentieuse dans un délai de 2 mois à partir de la date de la *notification* de la décision que l'on conteste. Une procédure contentieuse peut être effectuée auprès du tribunal judiciaire.

L'indemnité en capital forfaitaire

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

Montant de l'indemnité en capital versée selon le taux d'incapacité permanente (depuis le 1 ^{er} avril 2021)	
Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnité en capital
1 %	419,37 €
2 %	681,64 €
3 %	996,07 €
4 %	1 572,14 €
5 %	1 991,62 €
6 %	2 463,31 €
7 %	2 987,19 €
8 %	3 563,92 €
9 %	4 192,80 €

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

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

La rente d'incapacité permanente

Si le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 10 %, l'assuré percevra une rente d'incapacité permanente.

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

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

Le salaire annuel de référence pris en compte est au minimum de **18 705,80 €** et au maximum de **149 646,58 €** au **1^{er} avril 2021**.

Des dispositions spécifiques sont prévues en fonction du taux d'incapacité permanent reconnu :

- **Le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 66,66 %** : l'assuré et ses ayants droit éventuels bénéficient d'une exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire d'une prise en charge à 100 % pour tous les soins et traitements, sauf les médicaments remboursés à 30 % et les médicaments remboursés à 15 %.
- **Le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 80 %** : Si l'assuré ne peut pas effectuer seul les actes de la vie courante, il peut bénéficier de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

Comment se fait le calcul ?

Si le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 10 %, l'assuré perçoit une rente viagère.

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

Exemples pour un salaire annuel de 30 000 €

En cas d'incapacité de 30 %

Taux de la rente = $30 : 2 = 15$

Montant annuel de la rente = $30\ 000\ € \times 15\ %$

En cas d'incapacité de 75 %

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

Montant de la rente = $30\ 000\ € \times 62,5\ %$

☞ *Le salaire annuel n'est pas toujours pris dans son intégralité. Il peut être transformé en salaire appelé « salaire utile ». Ainsi, si le salaire annuel est supérieur au salaire minimum des rentes (soit **18 705,80 €** au **1^{er} avril 2021**), il sera retenu dans les proportions suivantes :*

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

Prestation complémentaire pour recours à l'aide d'une tierce personne

L'assuré, titulaire d'une rente, dont l'incapacité permanente est égale ou supérieure à 80 % a droit à une prestation complémentaire pour recours à tierce personne lorsqu'elle est dans l'incapacité d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie.

Le barème de la prestation complémentaire est fixé en fonction des besoins réels d'assistance qui sont déterminés par le médecin-conseil à partir d'une grille d'appréciation de dix actes ordinaires figurant au II de l'article D. 434.2 du Code de la Sécurité sociale.

Le montant de votre PC RTP varie en fonction du nombre d'actes ordinaires de la vie courante que vous ne pouvez pas accomplir seul, dans les conditions suivantes :

- montant de la prestation complémentaire versé en fonction de vos besoins d'assistance ;
- nombre d'actes nécessitant l'assistance d'une tierce personne ;
- montant de la prestation complémentaire :
 - 3 ou 4 : 564,86 €,
 - 5 ou 6 : 1 129,75 €,
 - au moins 7 (ou en cas troubles neuropsychiques présentant un danger pour vous ou pour autrui) : 1 694,65 €.

Revalorisations

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

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

Fiscalité

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

Article 81-8^e du Code général des impôts

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

Les rentes viagères ne sont pas assujetties à la CRDS.

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

RISQUE DÉCÈS

PRESTATIONS SÉCURITÉ SOCIALE

Le décès est l'un des risques les moins bien couverts par le régime de base de la Sécurité sociale : celle-ci peut verser :

CAPITAL DÉCÈS

Le capital-décès est versé par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

Les bénéficiaires du capital décès

Les bénéficiaires prioritaires

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

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

Ces personnes ont un mois à compter du décès pour faire valoir leur qualité de prioritaire.

Contrairement à la prévoyance, il n'est donc pas possible à l'assuré de choisir le bénéficiaire du capital décès versé par la Sécurité sociale. Le capital décès est versé à la suite du décès d'un assuré en activité, mais également d'un assuré indemnisé.

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

Les bénéficiaires non prioritaires

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

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

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

Le montant du capital décès

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 a modifié les règles relatives au calcul du capital décès.

Il est dorénavant égal à un montant forfaitaire fixé par décret et revalorisé chaque année.

Au 1^{er} avril 2021, ce montant est de **3 476 €**.

L'ASSURANCE VEUVAGE

L'assurance veuvage garantit une allocation temporaire au conjoint survivant âgé de moins de 55 ans.

Elle est versée sous conditions de ressources, de statut matrimonial et de résidence.

- les ressources des 3 mois civils avant la demande ne doivent pas dépasser un plafond égal à 3,75 fois le montant maximum de l'allocation à cette date.

Le montant du plafond trimestriel au **1^{er} janvier 2021** est de **2 344,91 €**.

Le montant de l'allocation veuvage est fixé à **625,31 €** au **1^{er} janvier 2021**. Ce montant peut être réduit en fonction des ressources.

Cette allocation est versée tant que le bénéficiaire remplit les conditions et au maximum pendant les deux années qui suivent le décès. Toutefois, lorsqu'au moment du décès, le conjoint survivant a atteint l'âge de 50 ans, la période de versement est prolongée jusqu'à ses 55 ans.

Article L. 536-1 du Code de la Sécurité sociale

LA PENSION DE RÉVERSION

Le conjoint survivant et/ou l'ex-conjoint survivant peut prétendre à une pension de réversion qui correspond à 54% du montant de la retraite que percevait ou aurait perçu le conjoint décédé.

Le conjoint survivant et/ou l'ex-conjoint survivant doit avoir été marié avec l'assuré décédé.

Cette pension de réversion est attribuée sous conditions de ressources et d'âge : le conjoint survivant doit être âgé d'au moins 55 ans (pour les décès à compter du 1^{er} janvier 2009).

Articles L. 353-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale

Montant minimum revalorisé au 1^{er} janvier 2021

Si le conjoint ou ex-conjoint justifiait de 15 ans (60 trimestres) de cotisations au régime général, le montant de la pension de réversion est au minimum de :

- **3 492,37 €** par an ;
- **291,03 €** par mois.

Si le défunt avait cotisé moins de 15 ans, ce montant minimum est réduit proportionnellement.

Ce montant minimum ne s'applique pas si le conjoint ou ex-conjoint percevait sa retraite sous forme de versement unique.

Montant maximum revalorisé au 1^{er} janvier 2021

Le montant de la pension de réversion ne peut pas dépasser :

- **11 106,72 €** par an ;
- **925,56 €** par mois.

Article D. 353-1 du Code de Sécurité sociale

Pour percevoir une pension de réversion, les ressources annuelles ne doivent pas dépasser le montant suivant :

- **21 320 €** pour une personne seule ;
- **34 112 €** en couple.

Articles D. 353-1-1 du Code de Sécurité sociale

DÉPENDANCE

GÉNÉRALITÉS

Les progrès de la longévité humaine, s'ils sont tout à fait appréciables, ont malheureusement pour effet d'amplifier un phénomène de société : la dépendance des personnes âgées, lorsque ces dernières sont victimes en fin de vie d'atteintes corporelles et psychiques qui les rendent incapables d'accomplir sans assistance la plupart des actes et fonctions de la vie courante.

On observe, en effet, dans la plupart des pays développés, un mouvement d'augmentation rapide du nombre de personnes dépassant les âges de 80 ou 90 ans, âges auxquels les états de dépendance surviennent fréquemment. Le maintien à domicile ou l'hébergement en institution spécialisée des personnes dépendantes, ainsi que les soins et l'assistance qu'il faut leur apporter, créent une charge financière de plus en plus importante.

Face à l'augmentation du nombre de personnes dépendantes, liée au vieillissement de la population, la prise en charge de la perte d'autonomie est plus que jamais considérée comme un véritable défi et un réel enjeu de société.

Sous l'effet du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'espérance de vie, le nombre de personnes en perte d'autonomie devrait doubler en 2060 pour toucher 2,6 millions de personnes âgées. Parallèlement, du fait même du vieillissement de la population, le nombre moyen d'aidants potentiels par personne âgée dépendante aura tendance à diminuer.

Comment le financer ?

L'âge moyen de la perte d'autonomie est de 83 ans. D'ici 2070, la France devrait compter 13 fois plus de centenaires qu'aujourd'hui... la perte d'autonomie va devenir un poids financier qui pèsera de plus en plus lourds sur les familles : leurs dépenses devraient plus que doubler d'ici 2060.

En France, 7,7 % de la population âgée de 60 ans et plus sont bénéficiaires de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) au 31 décembre 2018, soit **1,3 million de personnes** (CNSA 2020). Parmi elles, 777 629 vivent à domicile et 548 003 sont en établissement sur une population de 60 ans et plus estimée à 17,2 millions. Cette allocation est versée aux personnes âgées pour leur permettre de payer les dépenses nécessaires au maintien à domicile ou une partie du tarif dépendance des établissements médico-sociaux (notamment les Ehpad).

L'âge moyen d'un résident à l'entrée en Ehpad en 2015 était de 85 ans et 9 mois.

Les solutions de financement privilégiées :

- création d'une nouvelle journée de solidarité ;
- recours à une assurance complémentaire obligatoire en plus de la solidarité nationale ;
- recours sur la succession ;
- recours à l'épargne incitative.

Aujourd'hui, et de façon paradoxale, plus de 78 % des Français pensent qu'il faut se prémunir financièrement contre la perte d'autonomie, alors qu'ils sont le même nombre à déclarer ne pas être protégés. Pour plus de 67 % des personnes interrogées, la mise en place d'un financement durable de ce risque doit être menée dans les 5 prochaines années.

La majorité des personnes interrogées pense que l'employeur doit pouvoir donner plus de moyens aux salariés aidants pour concilier vie professionnelle et privée (54 %). Les solutions plébiscitées : aménagement des horaires (30 %), télétravail (26 %), accès à des informations et services (21 %), congés élargis ou rémunérés (10 %)...

Source : INED, OCIRP

L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Il s'agit de contrats d'assurance qui prévoient le versement d'indemnités sous forme de rente ou de capital en cas de perte d'autonomie. Les prestations versées au bénéficiaire lui permettent de financer la solution qui lui convient le mieux : aide à domicile, hébergement en maison spécialisée, aménagement du logement...

Pour définir la dépendance, la plupart des assureurs ont recours à des grilles modulaires qui leur sont propres, mais qui ont en commun d'apprécier la situation de la personne par rapport aux actes essentiels de la vie courante. Certaines sociétés d'assurances utilisent la grille nationale Aggir (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources), qui sert à l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette grille propose un classement officiel des niveaux de dépendance en six groupes, en fonction de critères physiques et psychologiques.

Les garanties proposées concernent

La dépendance totale

C'est un état de dépendance dite " lourde ". Elle est généralement définie comme l'impossibilité d'accomplir sans aide extérieure au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie quotidienne : s'alimenter, se laver, se déplacer, s'habiller. Lorsque l'état de dépendance totale est reconnu, le versement de la rente s'effectue à hauteur de 100 % du montant prévu par le contrat.

La perte d'autonomie consécutive à la pratique de certains sports peut constituer une exclusion de garantie du contrat.

La dépendance partielle

Elle est évaluée en fonction des critères définis par le contrat. Elle se caractérise par le besoin d'une aide partielle pour effectuer les actes de la vie quotidienne (s'habiller, s'alimenter...).

Les prestations complémentaires

Les contrats dépendance proposent des services complémentaires. Il peut s'agir d'un service d'assistance destiné à orienter et à aider l'assuré dépendant pour trouver l'établissement adapté, mettre en place des services d'aide à domicile et lui proposer, le cas échéant, un soutien psychologique.

Les efforts se portent aujourd'hui sur le renforcement des prestations en nature, par exemple en transformant une partie de la rente en service.

La souscription

Le risque de dépendance est un risque complexe faisant intervenir des aspects démographiques, socio-médicaux et économiques. Ce sont les tranches d'âge élevées qui sont les plus concernées par la perte d'autonomie, ce risque croissant avec l'âge. Les tarifs de l'assurance dépendance sont notamment basés sur l'âge de l'assuré au moment de la souscription. Plus l'assuré souscrit tard, plus le risque est important et plus la cotisation est élevée.

La souscription est de préférence envisagée à partir de 50 ans. Après 75 ans, il n'est généralement plus possible de souscrire. L'assureur se fonde sur les informations relatives à l'état de santé réunies par le médecin conseil (questionnaire médical, examen médical) pour accepter ou refuser le souscripteur.

Le contrat prévoit généralement un délai de carence : c'est la période suivant immédiatement la souscription, pendant laquelle la garantie reste sans effet. Ce délai est compris entre un an et trois ans, il ne s'applique pas en cas de dépendance accidentelle.

Les différents contrats

Les sociétés d'assurances proposent principalement deux types de contrats couvrant la dépendance

- des contrats de prévoyance, (collectifs ou individuels), dans lesquels la dépendance est la garantie principale : l'assuré reçoit une rente mensuelle viagère s'il devient dépendant. S'il conserve son autonomie jusqu'à son décès, les cotisations versées bénéficient à l'ensemble des assurés : comme pour de nombreuses assurances, il y a mutualisation des risques. Deux options sont généralement proposées aux assurés : recevoir la totalité de la rente prévue dès lors qu'un certain degré de dépendance est atteint, ou une rente variable en fonction du degré de dépendance, dès qu'il y a perte d'autonomie. Ces rentes ne sont pas imposables ;
- des contrats d'épargne, dans lesquels le risque dépendance correspond à une garantie optionnelle ou complémentaire : dans ces contrats, l'assuré reçoit une rente à un âge défini même s'il n'est pas dépendant. En cas de dépendance, le montant de la rente versée est majoré.

Les rentes sont partiellement imposables selon un taux qui diminue quand l'âge du bénéficiaire augmente.

- Il existe aussi des contrats décès avec option dépendance : si l'assuré décède avant le terme du contrat l'assureur paie le capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). S'il devient dépendant, le capital prévu en cas de décès est transformé en rente mensuelle.

Dans tous les cas, la personne dépendante a libre usage des sommes perçues. Elles peuvent, par exemple, lui servir à payer un séjour en maison de retraite ou une aide à domicile, ou encore à aménager son appartement si elle a des difficultés à se mouvoir.

Ces contrats prévoient des informations et des actions de prévention et de conseil avant la perte d'autonomie. Les formules de contrats d'assurance destinés à couvrir le risque de dépendance évoluent en permanence et évolueront encore pour s'adapter aux besoins, notamment en renforçant la prévention et en incluant des prestations en nature permettant de développer les services à la personne.

Les efforts se portent aujourd'hui sur le renforcement des prestations en nature, par exemple en transformant une partie de la rente en service, mais aussi le développement de contrats alliant épargne et dépendance pour éviter que le souscripteur n'ait cotisé à fonds perdus si la perte d'autonomie ne s'est pas déclarée.

Les cotisations

Les contrats les plus répandus sont ceux à cotisations périodiques : l'âge de souscription (entre 50 et 75 ans au maximum) entre en ligne de compte dans le montant de la cotisation au même titre que le montant de la rente souhaitée.

Plus rarement, certains assureurs proposent des contrats à cotisation unique. En contrepartie d'une somme versée une fois pour toutes par l'assuré à la souscription du contrat, l'assureur s'engage au versement d'une rente en cas de dépendance.

L'assurance dépendance et l'APA

La loi du 20 juillet 2001 a instauré l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à partir du 1^{er} janvier 2002. Celle-ci se substitue à l'ancienne prestation spécifique dépendance (PSD). Cette allocation est accessible aux personnes âgées à partir de 60 ans. Même si elle se révèle pratique dans certains cas, elle ne permet pas de faire face à toutes les dépenses liées à la perte d'autonomie.

Les montants attribués au titre de l'APA sont variables. Sont notamment pris en compte les besoins du demandeur selon son degré de dépendance, ses ressources, sa situation (résidence à domicile ou en établissement).

La grille nationale AGGIR permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) afin de déterminer le niveau d'aide dont il a besoin. Les niveaux de dépendance sont classés en 6 groupes dits "iso-ressources" (GIR).

Voir fiche A29.

COUVERTURE DU RISQUE DÉPENDANCE DANS LE CADRE DE LA PRÉVOYANCE INDIVIDUELLE

La couverture dépendance peut être assurée dans le cadre de contrats individuels à primes périodiques.

Ces primes garantissent une rente en cas d'état de dépendance reconnu par le médecin de l'organisme assureur. La dépendance la plus facilement couverte est la dépendance "lourde". En revanche, la dépendance partielle, voire psychologique (démence médicalement constatée), n'est que rarement garantie.

Le montant des rentes garanti est toutefois relativement faible par rapport aux besoins, du fait de souscriptions trop tardives en général (à partir de 60 ou 65 ans).

Des options peuvent également être ajoutées à ces contrats : services d'assistance ou capital optionnel.

OPTION DÉPENDANCE ASSOCIÉE AUX CONTRATS DE RETRAITE PAR CAPITALISATION

Il existe des formules complémentaires dans le cadre des contrats de retraite par capitalisation : l'option dépendance. L'option dépendance, choisie au moment de la liquidation de la retraite, assure un doublement de la rente en cas de dépendance. Cette garantie peut être acquise en échange d'une légère augmentation de la cotisation retraite, durant la phase d'épargne, ou bien en contrepartie d'une diminution de la rente de départ, à la mise en place de la retraite.

Les particuliers peuvent également souscrire un contrat "d'épargne dépendance", permettant d'obtenir à partir du capital ainsi accumulé, une rente immédiate de dépendance.

GARANTIE DÉPENDANCE DANS LE CADRE D'UN CONTRAT DE PRÉVOYANCE COLLECTIVE LA DÉPENDANCE

La dépendance

- les **couvertures viagères** : la garantie proposée au salarié est maintenue à l'issue de son départ de l'entreprise, moyennant soit le paiement d'une cotisation, soit une réduction de la valeur de la rente versée en cas de dépendance ;
- les **couvertures en points dépendance** : les cotisations du salarié lui permettent d'obtenir des « points dépendance », tout comme il acquiert des points de retraite. Ces points seront transformés en rente viagère mensuelle si l'assuré se trouve en situation de dépendance. Si le salarié quitte ensuite l'entreprise ou part à la retraite, il continue à bénéficier de la garantie puisque les points restent inscrits à son compte personnel. Il a la possibilité de poursuivre l'alimentation de son compte à titre individuel ou dans le cadre de sa nouvelle entreprise ;
- les **couvertures annuelles** : le salarié perçoit une rente viagère en cas de dépendance survenue lorsqu'il est salarié de l'entreprise. La garantie n'est plus effective lorsqu'il quitte son entreprise. Cette couverture temporaire est de moins en moins utilisée au profit d'une couverture viagère.

Le **montant de la rente** est fonction du niveau de dépendance de l'assuré.

Les organismes assureurs peuvent cependant utiliser d'autres grilles d'évaluation en complément, notamment pour évaluer les fonctions cognitives. A la rente viagère peuvent également s'ajouter des prestations complémentaires (capital pour l'aménagement du logement, accès à une plate-forme de services...).

Exemple

Dans le cadre d'un contrat en points dépendance, un salarié qui cotise pendant 35 ans, de 40 ans jusqu'à 75 ans, à raison de 15 € par mois, bénéficierait d'une rente en cas de survenance du risque d'environ 400 € par mois.

Les contrats collectifs, une réponse adaptée au risque dépendance

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

Ces dispositifs couvrent l'ensemble des salariés de la même manière, quels que soient leur revenu, ou leur état de santé puisqu'ils n'imposent pas de questionnaire médical. De plus, les contrats collectifs ne prévoient pas de délais de carence, ni de délais de franchise. Ils offrent également la possibilité aux assurés de couvrir leur conjoint.

Les garanties dépendance collectives permettent, dans le cadre de l'entreprise, de sensibiliser les salariés à un risque « tabou », souvent sous estimé par ces derniers, en particulier les plus jeunes.

L'offre individuelle apporte cependant une réponse aux personnes qui ne sont pas couvertes par l'entreprise, ou aux anciens salariés après leur départ en retraite. Il n'y a donc pas d'opposition entre dispositif collectif et dispositif individuel, mais une complémentarité nécessaire entre les produits collectifs et les produits individuels, tout au long de la vie professionnelle du salarié. Si l'on ne tient compte que des contrats « garantie principale et unique dépendance », il y avait 1,6 million de personnes couvertes fin 2016 dont 79 % au titre des contrats à adhésion individuelle et facultative (soit 1,3 million de personnes) et pour 21 % au titre des contrats collectifs obligatoires (soit 334 000 personnes).

Le volume des contrats collectifs est encore faible mais la dynamique est enclenchée : les cotisations ont été multipliées par 4 entre 2002 et 2016. Il faut dire que l'offre est encore restreinte. Précurseur en matière de couvertures collectives de dépendance, l'OCIRP a lancé une garantie distribuée en marque blanche par les institutions de prévoyance adhérentes.

L'approche collective permet de limiter sensiblement les coûts.

LA RÉFORME SUR LE VIEILLISSEMENT : VERS UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE ?

Dans les cartons du gouvernement depuis un certain temps, la nouvelle loi sur la dépendance qui est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016 a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement.

La loi donne la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions. Enfin, en renforçant les droits et libertés des personnes âgées, elle vise à leur apporter une meilleure protection.

Parmi les principales mesures on retrouve :

- une réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) : les plafonds d'aides mensuels de l'APA ont été revalorisés de 19 % à 30 %, selon le degré de perte d'autonomie ;
- les allocataires de l'APA peuvent désormais bénéficier davantage d'aides à domicile, d'une heure par semaine (GIR 4) à une heure par jour pour les plus dépendants (GIR 1) ;
- le « droit au répit » pour les proches aidants : avec une aide annuelle pouvant atteindre 500 €, la personne dépendante peut bénéficier d'un accueil temporaire en établissement ou d'heures d'aide à domicile supplémentaires ;
- le soutien à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées : dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention a été mise en place pour développer un programme coordonné de prévention pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus ;
- le renforcement de la transparence et de l'information sur les prix pratiqués en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- le nouveau portail dépendance (pour-les-personnes-agees.gouv.fr), recense les EHPAD et permet de connaître les aides financières auxquelles les résidents peuvent prétendre et de simuler le reste à payer.

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Quel bilan pour la Loi ASV ?

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale constate une application « disparate et hétérogène d'un territoire à l'autre », pointant des différences de délais, de contenu ou d'accompagnement. " La loi ASV a surtout confié l'essentiel de sa déclinaison aux acteurs locaux. Il peut en résulter simultanément des bonnes pratiques qui inspirent et des inégalités territoriales qui s'aggravent."

Un rapport du 21 décembre 2017 émet onze propositions entendent renforcer le maintien à domicile dans de bonnes conditions, asseoir le positionnement de la conférence des financeurs et garantir une application équitable de la nouvelle tarification des EHPAD.

- créer une délégation interministérielle à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- revenir sur la condition de saturation du plan d'aide pour mobiliser le financement du droit au répit ;
- s'appuyer sur le projet de loi pour un État au service d'une société de confiance pour doter le relayage (ou « baluchonnage ») d'un cadre juridique permettant sa généralisation et adaptant le droit du travail à son exercice ;
- promouvoir l'accueil familial et fixer une limite d'âge à l'agrément des accueillants familiaux ;
- engager sans attendre la réforme du modèle économique des services d'aide et d'accompagnement à domicile ;
- conforter la place de la conférence des financeurs comme structure référente de l'adaptation des logements ;
- mettre en place des conventions triennales entre la conférence des financeurs et les porteurs de projets afin de sécuriser les crédits engagés ;
- pérenniser l'appui du chargé de mission pris en charge par les crédits de la CNSA ;
- revenir sur la condition de saturation de l'APA pour mobiliser le financement des aides techniques individuelles ;
- appliquer un moratoire d'un an à la convergence des forfaits dépendance afin de définir au plus vite les ajustements nécessaires et associer le Parlement aux travaux du comité de suivi ;
- en complément, lier la réforme de tarification à la problématique des carrières en EHPAD et simplifier les négociations tarifaires en faisant du département l'interlocuteur unique des établissements.

FINANCEMENT DE LA BRANCHE DÉPENDANCE

LOI n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie et la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021(art 32 et 40) prévoit quelques avancées sur le financement de la 5ème branche de la Sécurité sociale.

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) assure la gestion de cette nouvelle branche.

Les produits de cette branche existent déjà, il s'agit :

- de la contribution solidarité autonomie (CSA). Cette contribution reste au taux de 0,3 %. Elle est due par tous les employeurs privés et publics. Elle est assise sur la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie. Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations (nouvel article L.137-40 du code de la sécurité sociale) ;
- de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) dont le taux est toujours de 0,3 % est assise sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de retraites. Les exonérations qui existent en faveur des pensionnés disposant de faibles ressources sont maintenus (nouvel article L 137-40 du code de la sécurité sociale) ;
- une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG). La part de la CSG affectée à la CNSA est rehaussée et s'élèvera à 2,08% à compter du 1er janvier 2024.n° 2020-1576

Pour Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, la mise en place du cinquième risque et de sa branche est une première étape. Suivra l'élaboration, après concertation avec tous les acteurs, d'un projet de loi d'ensemble. Initialement prévu pour cet automne, ce projet n'est pas annoncé avant la fin de l'année.

SYNTHÈSE DES DIFFÉRENTS CONTRATS

GÉNÉRALITÉS

	Contrats à adhésion obligatoire, d'entreprise ou de branche professionnelle	Contrats à adhésion facultative d'entreprise ou de branche professionnelle
Modalités d'adhésion	Tous les salariés de l'entreprise ou relevant de la branche d'activité et entrant dans les catégories objectives définies au contrat, sont obligatoirement affiliés à l'organisme assureur (sauf dispenses d'affiliation).	Les salariés relevant du groupe ou des catégories professionnelles couvertes sont libres de s'affilier au contrat.
Obligations de l'organisme assureur	Après appréciation de la sinistralité du groupe, l'assureur peut refuser de le couvrir. Toutefois dès lors qu'il a accepté il est obligé de garantir l'ensemble des salariés constituant le groupe. Par la suite, l'organisme assureur gère le groupe collectivement, ainsi que le tarif.	L'assureur peut opérer une sélection médicale et refuser d'assurer certains salariés présentant des pathologies antérieures, strictement et clairement exclues des risques garantis. Après deux ans dans le contrat, l'assureur ne peut exclure un assuré ni augmenter sa cotisation à titre individuel.
Traitement fiscal	(contrats obligatoires)	(contrats facultatifs)
des cotisations	<p>Les cotisations salariales aux régimes frais de santé et les cotisations (salariales et patronales) aux régimes de prévoyance obligatoires pour l'année sont déductibles du revenu imposable dans la limite de la somme de : 5 % du plafond annuel de la sécurité sociale ; et 2 % de la rémunération brute.</p> <p>Le total des deux ne devant pas dépasser 2 % de 8 PASS.</p> <p>L'excédent éventuel est réintégré dans le revenu imposable.</p> <p>Remarque : la part patronale du contrat "santé " est soumise à impôt sur le revenu au 1er euro.</p>	<p>Les cotisations payées par le salarié ne sont pas déductibles de son revenu imposable.</p> <p>Les cotisations payées par l'entreprise ou le comité d'entreprise sont déductibles au titre des charges sous certaines conditions (voir Chapitre I) mais doivent être réintégréées dans le revenu imposable du salarié.</p>
des prestations	Les prestations perçues par le salarié sont taxables à l'impôt sur le revenu, à l'exception du capital décès et des remboursements de soins de santé.	Les prestations perçues par le salarié sont totalement exonérées d'impôt sur revenu.

	Contrats à adhésion obligatoire, d'entreprise ou de branche professionnelle	Contrats à adhésion facultative d'entreprise ou de branche professionnelle
Traitement social des contrats obligatoires		
des cotisations	<p>Les contributions des employeurs sont exonérées de cotisations sociales, dans la limite, pour chaque assuré, de 6 % du montant du plafond de la Sécurité sociale plus 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de Sécurité sociale déduction faite de la part patronale des cotisations aux prestations complémentaires de retraite et de prévoyance soumise à cotisations de Sécurité sociale, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 12 % du montant de plafond. L'excédent éventuel est soumis à cotisations de Sécurité sociale.</p> <p>CSG et CRDS</p> <p>Les contributions des employeurs sont soumises dès le 1^{er} euro, à la CSG et à la CRDS sans abattement (peu importe que le régime réponde ou non aux conditions d'exonération).</p> <p>Forfait social</p> <p>Les éléments de rémunération qui sont à la fois exonérés de cotisations de Sécurité sociale et assujettis à la CSG, sont soumis au forfait social.</p> <p>Le taux applicable est de 8 % Depuis le 1^{er} janvier 2016, le seuil d'assujettissement est de à 11 salariés et plus.</p>	<p>Les cotisations versées par l'entreprise ou le comité d'entreprise, sont soumises à l'ensemble des charges sociales.</p>
des prestations	<p>Les prestations ne sont pas soumises à cotisations sociales, mais sont soumises à CSG et CRDS (à l'exception du capital décès).</p>	<p>Les prestations ne sont pas soumises à cotisations sociales, mais sont soumises à CSG et CRDS.</p>

TARIFICATION DU RISQUE INCAPACITÉ / INVALIDITÉ

FACTEURS ENTRANT DANS L'ÉVALUATION DU RISQUE

A l'image du risque décès, le risque incapacité/invalidité est constitué par les variations possibles des résultats effectivement constatés par rapport à une moyenne.

Ce risque sera bien entendu évalué en fonction de la définition de l'invalidité retenue dans le régime.

Le risque incapacité/invalidité dépend de la date à laquelle débute l'indemnisation complémentaire versée par l'organisme assureur (et donc de la durée de la période de franchise éventuellement prévue par le régime) et de la date de fin de versement de cette prestation, soit la date de reprise d'activité, de départ en retraite ou de décès (qui caractérise la survie en invalidité), indépendamment du maintien ou de la résiliation ultérieure du contrat par l'entreprise, puisque la loi Evin impose qu'en cas de résiliation, l'organisme assureur poursuive le versement des allocations en cours de service au moment de la rupture du contrat.

Certains contrats prévoient que l'assureur n'est pas tenu de s'aligner sur une décision de prise en charge de la Sécurité sociale ou d'un régime assimilé. La production d'un titre d'invalidité ne sera pas obligatoirement suffisante pour bénéficier des prestations du contrat de prévoyance mais sera la plupart du temps exigée par les organismes d'assurance.

Lors de la survenance d'une incapacité ou d'une invalidité, l'organisme assureur va donc devoir constituer une provision représentant le montant du capital nécessaire au versement de la prestation jusqu'à son terme.

Ce capital est égal au montant annuel de la prestation, multiplié par la durée probable au cours de laquelle il faudra la verser.

Des tables statistiques indiquent les durées moyennes des invalidités (incapacités) en fonction de l'âge du salarié, de son sexe et de la durée écoulée depuis le début de l'arrêt de travail.

Il en résulte qu'au moment de la survenance du sinistre, la charge globale de l'organisme assureur sera égale au montant de ce capital, qui sera appelé «provision mathématique» ou «capitaux de couverture».

Technique de calcul : exemple

Si l'on estime, en fonction des tables, que l'âge moyen d'entrée en invalidité est de 50 ans et que la durée moyenne d'une invalidité est alors de 7 ans, pour servir une allocation complémentaire de 100 € à la survenance d'une invalidité, l'organisme assureur doit en principe constituer une provision de :

$$100 \text{ €} \times 7 = 700 \text{ €}.$$

Après une année de service, l'engagement théorique restant à la charge de l'assureur ne sera plus que de 6 ans (la durée moyenne d'une invalidité durant depuis 1 an n'étant plus, statistiquement parlant, que de 6 ans), ce qui suppose qu'il détienne dans ses comptes une provision mathématique de :

$$100 \text{ €} \times 6 = 600 \text{ €}.$$

Cette provision mathématique sera capitalisée et les intérêts produits versés dans un fonds spécifique, permettant d'assurer la revalorisation des prestations.

La cotisation à payer va donc dépendre du capital probable à constituer (montant de l'allocation complémentaire multiplié par la durée probable de service de cette allocation), multiplié par la fréquence d'entrée en invalidité, qui représente le risque de base d'un salarié en activité à être invalide au cours de sa vie professionnelle.

En cas de résiliation du contrat d'assurance, les allocations pourront donc être servies normalement jusqu'à leur terme et garanties en francs à tout moment, puisque l'organisme assureur dispose des provisions nécessaires.

Le service portera sur le montant atteint au jour de la résiliation, c'est-à-dire incluant les différentes revalorisations intervenues entre le jour de l'arrêt de travail et celui de la revalorisation.

La fréquence d'entrée et la durée de la période d'indemnisation augmentent avec l'âge et sont plus élevées pour les femmes que pour les hommes.

Le contrat peut prévoir une cotisation unique pour couvrir ces deux risques, mais chacun d'entre eux fait l'objet d'une tarification distincte.

Cette tarification prend en compte, comme pour la garantie décès :

■ **L'âge**

Un salarié âgé de 55 ans présente trois fois plus de risque d'être en incapacité/invalidité qu'un salarié âgé de 35 ans : le coût varie donc du simple au triple entre ces deux âges.

Mais il faut également prendre en compte le fait que la durée possible d'indemnisation soit limitée par la survivance de l'âge de départ en retraite.

Le Bureau Commun des Assurances Collectives établit des tables statistiques de correspondance permettant de tenir compte de l'âge.

■ **Le sexe**

Le coût pour les salariés de sexe féminin est 50% plus élevé que pour les salariés de sexe masculin, ce qui reflète le fait statistiquement observé que les femmes présentent deux fois plus que les hommes le risque d'être en arrêt de travail au cours de leur vie professionnelle.

■ **La catégorie socioprofessionnelle**

Le coût de la garantie pour les employés est 25 % plus élevé que celui pour les cadres.

Le coût de la garantie pour les ouvriers est 50 % plus élevé que celui pour les cadres.

Le classement est le même qu'en matière de décès, et des tables de correspondance sont également fournies par le Bureau Commun des Assurances Collectives.

■ **L'activité de l'entreprise assurée**

La fréquence de survenance de l'arrêt de travail et sa durée diffèrent selon le secteur d'activité (les risques et leur gravité sont différents, entre l'activité dans le secteur tertiaire - exemple : dans une banque ; et celle dans le secteur secondaire - exemple : dans la sidérurgie).

■ **Le lieu de travail**

■ **Les statistiques nationales ou régionales pour certaines professions ou certaines activités**

Ces particularités peuvent entrer en compte lorsqu'il s'agit d'indemniser l'incapacité de travail à titre professionnel sur une activité bien particulière.

Exemple

Un chirurgien sera incapable d'exercer cette profession à la suite d'un accident lui ayant fait perdre plusieurs doigts, alors même qu'il sera tout de même capable d'exercer une autre profession ne nécessitant pas un usage aussi précis de ses mains.

Contrairement à l'assurance décès où on peut accepter un risque beaucoup plus élevé que la mortalité normale, en matière d'assurance invalidité/incapacité la limite d'assurabilité est généralement atteinte avec le double de la fréquence d'invalidité normale, du fait de la difficulté d'objectiver médicalement l'invalidité.

Exemple

En cas d'ennuis de santé importants, on ne peut pas toujours juger si l'assuré se trouve proche de la limite de son droit à prestation et si de faibles aggravations de son état peuvent permettre de déterminer ce droit de façon nette.

Les questions suivantes sont examinées par l'actuaire chargé d'établir la tarification du risque incapacité/invalidité :

- l'activité professionnelle est-elle liée à un risque aggravé d'accident ou de maladie (maladie professionnelle) ou à d'autres circonstances concomitantes nuisibles à la santé ? (telles que le travail de nuit ou des horaires irréguliers) ;
- la profession conduit-elle à une faible identification avec l'activité exercée et par suite à une faible motivation au travail ?
- la profession ne peut-elle plus être exercée dès que surviennent des faibles troubles de santé ?

exemple :

chirurgien ou musicien, mais également activités physiques pénibles.

- la profession est-elle particulièrement susceptible d'être touchée par une crise et peut-elle, de ce fait, fournir une motivation particulière pour une invalidité subjective ?
- la définition d'invalidité choisie permet-elle de se référer à une reconversion dans d'autres professions et activités ou bien est-elle basée sur une profession spéciale ?

L'activité a une influence non seulement sur la fréquence d'invalidité, mais aussi sur la fréquence de la reprise de travail (qui entraîne l'arrêt du versement des prestations).

Il est ainsi démontré que l'assuré qui a une faible motivation au travail a en général moins d'intérêt à reprendre son travail (et a donc intérêt à rester plus longtemps en invalidité), que l'assuré dont l'activité est attractive.

Des durées d'invalidité plus ou moins longues et donc des coûts plus ou moins importants en sont la conséquence.

Plus la garantie est basée sur une profession spéciale, plus la possibilité de reconversion dans une autre profession est limitée et donc plus il faut mettre de soin à rechercher l'impact spécifique de cette profession sur le risque d'invalidité et sur la possibilité d'une motivation à se déclarer en invalidité.

Ces différents facteurs peuvent, en effet, avoir une incidence sur la fréquence de survenance des risques et sur leur durée.

Toutefois, l'évolution du risque d'invalidité reste difficile au-delà d'une période assez longue.

De plus, le risque peut ne se réaliser que partiellement, ce qui complique encore l'évaluation de la survenance du sinistre.

Enfin, alors que l'assurance-décès consiste en l'indemnisation d'un risque que l'on peut objectivement constater (la mort), l'appréciation de l'incapacité ou de l'invalidité peut être plus subjective et ne pas relever de seuls éléments médicaux (le fameux "mal de dos" actuel, qui suscite de nombreux arrêts de travail dont la durée est très variable).

C'est ainsi que certains actuaires estiment que plus le salarié se sait bien couvert en matière d'invalidité, moins il aura à la redouter ainsi que ses conséquences financières et donc plus l'assureur doit s'attendre à une probabilité d'invalidité accrue.

Pour ce qui concerne le risque incapacité de travail, on considère également la durée de la garantie après application de la franchise choisie.

Le fait de prévoir une période de franchise peut faciliter grandement le travail de l'assureur en permettant, éventuellement, une clarification de l'état de santé de l'assuré (ainsi, il est constaté qu'une courte période de franchise incite nettement les salariés à se faire prescrire un arrêt de travail).

ÉVALUATION DU COÛT DE LA REVALORISATION

Dans une garantie pour laquelle le service des prestations peut durer très longtemps, la revalorisation des allocations, qu'elles soient des indemnités journalières ou des rentes d'invalidité complémentaire, est un élément essentiel.

Certains organismes prévoient des revalorisations en fonction de l'évolution du point de retraite UNIRS ou AGIRC, ou d'un index de ce type. Il est possible de prévoir une clause de sauvegarde permettant une revalorisation annuelle maximale de 10 % par exemple.

La revalorisation peut également dépendre des résultats techniques enregistrés par le régime.

Elle peut aussi (mais de plus en plus rarement) être fixée en fonction de l'évolution des salaires dans l'entreprise adhérente, solution toutefois difficile à gérer.

Deux points sont également à prendre en considération :

- le point de départ de la revalorisation (en général 12 mois après le premier versement, mais parfois 18 mois) ;
- ainsi que la fréquence des revalorisations (chaque année, tous les deux ans, ...).

Le coût de la revalorisation dépend donc du potentiel d'évaluation de l'indice d'indexation retenu, mais également de la durée probable de versement de la prestation, qui est constituée par la probabilité de survie de l'assuré en arrêt de travail ou en invalidité.

Sa probabilité de survie sera évaluée de la même façon que pour le calcul du coût de l'assurance décès, avec des tables corrigées par l'INSEE.

DANS LA PRATIQUE

Pour les indemnités journalières

Un barème de base est établi pour un groupe masculin de 40 ans. Il est complété par des tableaux de coefficients à appliquer pour tenir compte du sexe et de l'âge.

Ces coefficients multiplicateurs variables selon les franchises applicables, sont appliqués au barème de base, et permettent de déterminer les taux de prime s'appliquant à des groupes de composition différente.

Pour le risque accident du travail

Le coût du risque est supposé indépendant de l'âge. Il est conditionné par l'activité exercée et la durée de franchise retenue.

Pour l'invalidité

Un barème de base est établi pour un groupe de salariés de sexe masculin et d'âge moyen de 40 ans. Il est complété par des tableaux de coefficients à appliquer pour tenir compte du sexe et de l'âge, et, éventuellement de catégorie socioprofessionnelle.

Le calcul des provisions techniques des prestations d'incapacité de travail et d'invalidité est effectué à partir des éléments suivants :

« le tarif applicable est fonction également des lois de maintien en incapacité de travail et en invalidité. Il est possible pour une entreprise d'assurances d'utiliser une loi de maintien établie par ses soins et certifiée par un actuair indépendant de cette entreprise, agréé à cet effet par l'une des associations d'actuaaires reconnues par l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles ».

Une loi de mortalité en incapacité a été établie par le Bureau Commun des Assurances Collectives (BCAC) à partir d'une étude réalisée en 2000 sur un portefeuille rassemblant les principales sociétés d'assurance et institutions de prévoyance du marché français.

L'utilisation de cette table mortalité était encadrée par les articles A. 331-22 du Code des Assurances, A. 931-10-9 du Code de la Sécurité Sociale et A. 212-9 du Code de la Mutualité, références auxquelles s'est maintenant substitué l'article 143-12 du nouveau règlement ANC.

Les provisions techniques des prestations d'incapacité et d'invalidité sont la somme :

- 1° Des provisions correspondant aux prestations d'incapacité de travail à verser après le 31 décembre de l'exercice au titre des sinistres en cours à cette date majorées des provisions dites pour rentes en attente relatives aux rentes d'invalidité susceptibles d'intervenir ultérieurement au titre des sinistres d'incapacité en cours au 31 décembre de l'exercice ;
- 2° Des provisions correspondant aux prestations d'invalidité à verser après le 31 décembre de l'exercice au titre des sinistres d'invalidité en cours à cette date.

Le calcul des provisions techniques de prestations d'incapacité de travail et d'invalidité est effectué à partir des éléments suivants :

- 1° Les lois de maintien en incapacité de travail et en invalidité indiquées en annexe.

Toutefois, il est possible pour une entreprise d'assurances d'utiliser une loi de maintien établie par ses soins et certifiée par un actuair indépendant de cette entreprise, agréé à cet effet par l'une des associations d'actuaires reconnues par l'Autorité de contrôle prudentiel ;

- 2° Un taux d'actualisation qui ne peut excéder 75 p. 100 du taux moyen au cours des vingt-quatre derniers mois des emprunts de l'Etat français, sans pouvoir dépasser 4,5 p. 100.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux prestations issues de contrats d'assurance de groupe souscrits par un établissement de crédit, ayant pour objet la garantie du remboursement d'un emprunt ni à celles issues de contrats d'assurance couvrant des risques visés au 3° du premier alinéa de l'article L. 310-1 du code des assurances.

L'exonération des primes

Elle est garantie moyennant le paiement d'une prime calculée sur les barèmes précédents, en appliquant les taux aux primes exonérées.