

Guide sécurité sociale de l'employeur

Édition 2006

ISBN 2-901580-43-2

**Vous êtes chef d'entreprise,
responsable du personnel
ou des ressources humaines**

Cet ouvrage vous est destiné

■ Nous voulons faciliter vos démarches administratives et vous montrer qu'un service public comme la Sécurité sociale possède une nette volonté de dialogue.

■ Partenaires du monde économique et social au niveau local, régional ou national, nous souhaitons développer avec vous des relations concrètes en vous proposant une information pratique, des conseils et des contacts personnalisés.

■ Nous espérons répondre à vos préoccupations majeures en matière de démarches auprès de la Sécurité sociale.

■ N'hésitez pas à contacter l'organisme local compétent pour toutes précisions complémentaires.

Sommaire

	Pages
1 – CONNAISSEZ-VOUS LA SÉCURITÉ SOCIALE ?	7
2 – VOUS CRÉEZ VOTRE ENTREPRISE	11
2.1 – Le Centre de formalités des entreprises (CFE)	12
2.2 – Comment est identifiée votre entreprise ?	13
3 – VOUS ÊTES TRAVAILLEUR INDÉPENDANT	15
3.1 – Généralités	16
3.2 – Que devez-vous faire ?	17
3.3 – Comment déclarer vos revenus ?	17
3.4 – Comment sont calculées vos cotisations ?	17
3.5 – Quand devez-vous payer ?	24
4 – VOUS EMBAUCHEZ UN SALARIÉ	27
4.1 – La déclaration unique d'embauche (rendue obligatoire par le décret n° 98-252 du 1 ^{er} avril 1998 – JO du 4 avril)	28
4.2 – L'immatriculation du salarié à la Sécurité sociale	29
4.3 – L'assujettissement à la Sécurité sociale	31
4.4 – Adhésion à un régime de retraite et prévoyance	31
5 – QUELLES COTISATIONS PAYER ?	33
5.1 – Généralités	34
5.2 – Sur quelle base les cotisations sont-elles calculées ?	35
5.3 – Quelles sont les principales catégories faisant l'objet de règles particulières ?	43
5.4 – Quelles sont les mesures favorisant l'emploi et l'insertion dans la vie professionnelle ?	44
5.5 – Quand devez-vous régler les cotisations ?	44
5.6 – Comment déclarer vos cotisations ?	46
5.7 – Qu'est-ce que le plafond des cotisations ?	47
5.8 – À quoi sert la régularisation ?	48
5.9 – Qu'est-ce que le contentieux du recouvrement ?	49
5.10 – Quel est l'objet du contrôle ?	49
6 – LE BULLETIN DE SALAIRE	51
7 – LA DADS-U	53
7.1 – Champ d'application	54
7.2 – Documentation	54
8 – LE PORTAIL DES DÉCLARATIONS SOCIALES	57
9 – LES CONGÉS MATERNITÉ ET PATERNITÉ	61
9.1 – Le congé maternité	62
9.2 – Le congé paternité	64
9.3 – Qu'est-ce que le congé parental d'éducation ?	66
10 – L'ARRÊT MALADIE	67
10.1 – Votre salarié tombe malade	73
10.2 – La maladie se poursuit au-delà de trois mois	82
10.3 – La maladie se poursuit au-delà de six mois	83
10.4 – Votre salarié reprend une activité à temps partiel	84
10.5 – Votre salarié reprend une activité à temps complet	85
11 – LES RISQUES PROFESSIONNELS	87
11.1 – Généralités	88
11.2 – Qu'est-ce qu'un accident du travail ?	88
11.3 – Qu'est-ce qu'un accident de trajet ?	88
11.4 – Quelles formalités devez-vous accomplir ?	89
11.5 – Qu'est-ce qu'une maladie professionnelle ?	99

	Pages
11.6 – Vous utilisez des produits ou des procédés de travail susceptibles de provoquer des maladies professionnelles	99
11.7 – Qui fait la déclaration de maladie professionnelle ?	100
11.8 – Quelles sont les suites de cette déclaration ?	100
11.9 – Quelles formalités devez-vous accomplir ?	101
11.10 – Les prestations accidents du travail et maladies professionnelles et la reprise du travail	104
11.11 – La faute inexcusable et la faute intentionnelle de l'employeur	108
11.12 – Qui règle la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ?	109
11.13 – Qui fixe et notifie le taux de la cotisation ?	110
11.14 – Quand le taux vous est-il notifié ?	110
11.15 – Les trois modes de tarification	110
11.16 – Règles particulières applicables aux établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle	111
11.17 – Vos relations avec la CRAM en matière de taux de cotisations AT/MP	112
11.18 – La prévention des risques professionnels	120
12 – LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI	123
13 – L'ALLOCATION DES TRAVAILLEURS DE L'AMIANTE	129
14 – L'INVALIDITÉ ET LE DÉCÈS	135
14.1 – L'invalidité	136
14.2 – Le décès	136
15 – LA RETRAITE	139
15.1 – Le départ volontaire à la retraite	140
15.2 – La mise à la retraite par l'employeur	140
15.3 – Comment votre salarié peut-il préparer sa retraite de la Sécurité sociale ?	140
15.4 – La retraite progressive	142
15.5 – Les régimes complémentaires	143
15.6 – Un accès rapide à des informations pratiques sur la retraite des salariés	143
16 – VOTRE SALARIÉ À L'ÉTRANGER	145
16.1 – Généralités	146
16.2 – Principe et définitions	146
16.3 – Mission et détachement dans un État membre de l'EEE et la Suisse	147
16.4 – Mission et détachement dans les États liés à la France par une convention ou un accord bilatéral de Sécurité sociale	151
16.5 – Mission et détachement dans les collectivités territoriales (Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon)	155
16.6 – Mission et détachement dans les territoires d'outre-mer (Polynésie, Nouvelle-Calédonie)	155
16.7 – Mission et détachement dans les États hors convention	159
16.8 – Protection sociale du salarié et de ses ayants droit	160
16.9 – Cas particulier : les transports internationaux	164
16.10 – L'expatriation de votre salarié	166
17 – MÉDECIN DU TRAVAIL – MÉDECIN-CONSEIL	169
17.1 – Quel est le rôle du médecin du travail ?	170
17.2 – Quel est le rôle du médecin-conseil de la Sécurité sociale ?	170
18 – LES SITES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	173
19 – MODÈLES D'IMPRIMÉS	175

1

Connaissez-vous la Sécurité sociale ?

Une pièce maîtresse : le régime général

**LA FAMILLE
(CNAF – CAF)**

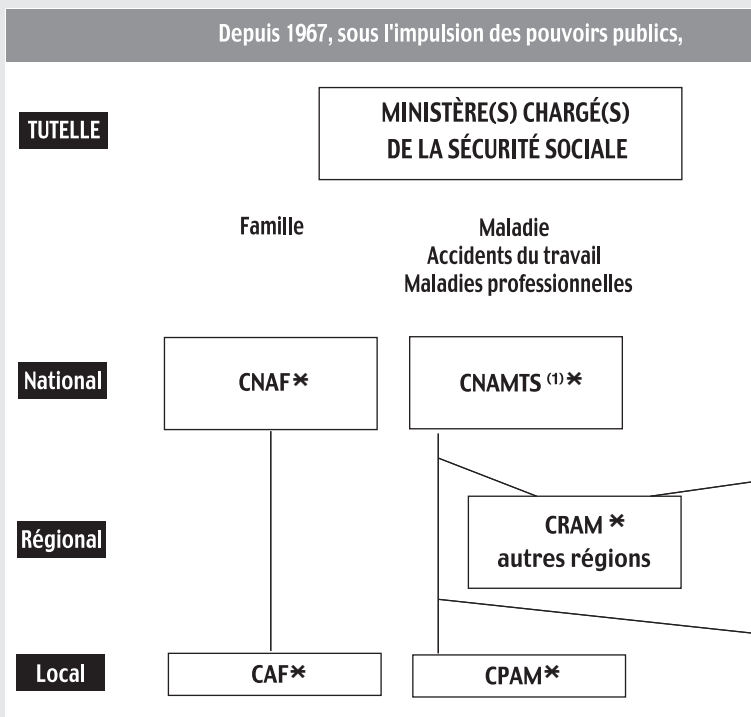
La branche Famille a pour principale vocation de :

- servir les prestations familiales et le RMI.

**LA MALADIE
(CNAM – CPAM – CRAM – CGSS)**

La branche Maladie exerce une double mission de :

- verser les prestations maladie, maternité, invalidité, décès ;
- développer la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.



⁽¹⁾ La CNAMTS fait partie de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, une nouvelle instance qui négocie et signe les conventions et les contrats avec les professionnels de santé pour le compte des régimes salariés, agricoles et non salariés et non agricoles. Cette union fixe les tarifs et le niveau de prise en charge des prestations et assure les relations avec les organismes d'assurance maladie complémentaires.

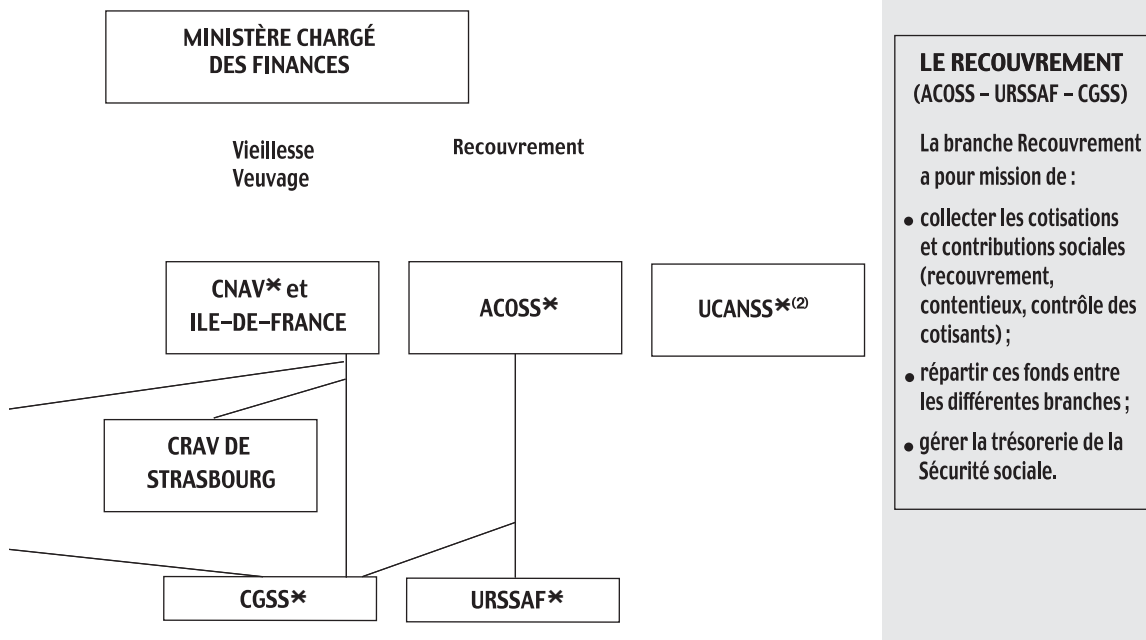
⁽²⁾ L'Union des caisses nationales de sécurité sociale remplit des missions communes aux caisses nationales, notamment la gestion de la convention collective du personnel de la Sécurité sociale.

* Glossaire

- CNAF :** Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
UNCAM : Union des caisses d'assurance maladie
CNAV : Caisse nationale de l'assurance vieillesse
ACOSS : Agence centrale des organismes de Sécurité sociale
UCANSS : Union des caisses nationales de Sécurité sociale
CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
CRAV : Caisse régionale d'assurance vieillesse
CAF : Caisse d'allocations familiales
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CGSS : Caisse générale de sécurité sociale (départements d'outre-mer)
URSSAF : Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

Ce régime concerne tous les travailleurs salariés qui ne relèvent pas d'un régime particulier.

le régime général est structuré en différents pôles de gestion



LA RETRAITE ET LE VEUVAGE
(CNAV - CRAM - CRAV - CGSS)

La branche Retraite a pour mission essentielle de :

- payer les pensions vieillesse et allocations veuvage ;
- gérer les comptes individuels des salariés, reflet de leur vie et de leur carrière professionnelle.

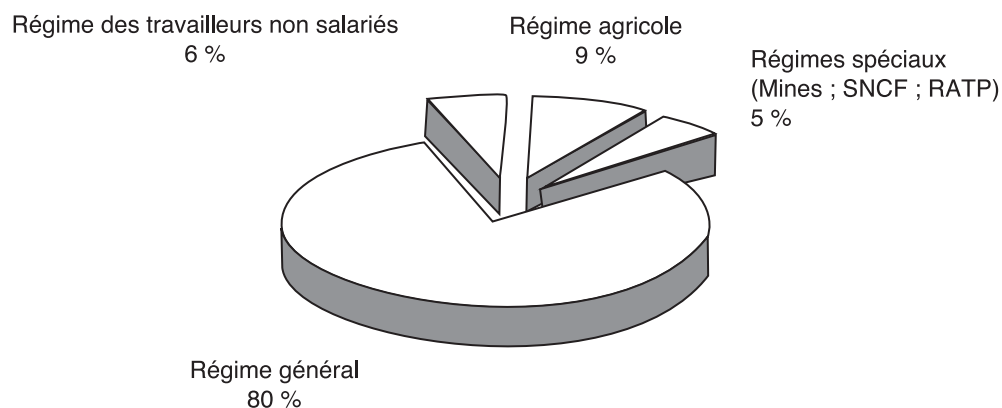
LES ACCIDENTS DU TRAVAIL
(CNAM - CRAM - CGSS - CPAM)

La branche Accidents du travail a pour mission de :

- verser les prestations accidents du travail et maladies professionnelles ;
- déterminer et notifier à l'employeur les taux de cotisations ;
- définir et mettre en œuvre la politique de prévention.

En outre, les branches Maladie, Famille et Retraite mènent une politique d'action sanitaire et sociale. Celle-ci est adaptée à chaque public et définie par le conseil d'administration de chaque organisme.

Créée en 1945, la Sécurité sociale est constituée d'un ensemble de différents régimes obligatoires, chacun couvrant une population spécifique.



L'évolution du système de sécurité sociale français se caractérise notamment par :

- l'amélioration de la couverture de certains risques sociaux ;
- la solidarité entre les générations, les groupes sociaux et aussi entre les différents régimes ;
- la répartition de la charge financière :
 - les cotisations employeur et salarié constituent environ 68 % des ressources du régime général,
 - les contributions, taxes, subventions de l'État et transferts interrégimes constituent environ les 32 % restants ;
- la responsabilisation des acteurs (partenaires sociaux, gouvernement, Parlement et caisses nationales grâce à des conventions pluriannuelles d'objectifs et de gestion) ;
- la simplification des démarches tant pour les salariés que pour les employeurs.

Tous ces progrès permettront de réduire encore davantage les coûts de gestion qui sont, au demeurant, parmi les plus faibles observés en Europe (3,3 % de la masse totale).



Vous créez votre entreprise

2.1 Le Centre de formalités des entreprises (CFE)

Le recours au CFE est obligatoire

Pour identifier votre entreprise, vous devez au moins donner au CFE toutes les informations concernant :

• Pour les créations d'entreprises

- 1° Les nom, nom d'usage et prénoms du déclarant pour les personnes physiques, la dénomination ou la raison sociale pour les personnes morales ;
- 2° la forme juridique de l'entreprise ;
- 3° le siège de l'entreprise, le domicile du déclarant ou l'adresse de l'établissement ;
- 4° l'objet de la formalité ;
- 5° les activités générales de l'entreprise ou de l'établissement ;
- 6° l'existence de salariés dans l'entreprise ou dans l'établissement et, le cas échéant, leur nombre ;
- 7° la date d'effet de l'événement objet de la formalité ;
- 8° les date et lieu de naissance des déclarants personnes physiques.

Le centre ne peut refuser les déclarations respectant les conditions ci-dessus énumérées, ni en apprécier le bien-fondé.

• Pour les modifications de la situation de l'entreprise ainsi que pour sa cessation d'activité

- 1° Les nom, nom d'usage et prénoms du déclarant pour les personnes physiques, la dénomination ou la raison sociale pour les personnes morales ;
- 2° le numéro unique d'identification de l'entreprise et, le cas échéant, le nom de la ville où se trouve le greffe où elle est immatriculée, ou la chambre des métiers où elle est inscrite au répertoire des métiers ;
- 3° l'objet de la formalité, ainsi que la date d'effet de l'événement la justifiant.

Quel CFE ?

Selon votre profession ou la forme juridique de votre entreprise, des CFE sont à votre disposition auprès des organismes suivants :

- commerçants et sociétés commerciales, à l'exclusion de ceux qui sont assujettis à l'immatriculation au registre des entreprises de la batellerie artisanale : CHAMBRES DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE ;

- personnes physiques et sociétés assujetties à l'immatriculation au répertoire des métiers, à l'exclusion de celles qui sont assujetties à l'immatriculation au registre des entreprises de la batellerie artisanale : CHAMBRE DE MÉTIERS ;
- personnes physiques et sociétés assujetties à l'immatriculation au registre des entreprises de la batellerie artisanale : CHAMBRE NATIONALE DE LA BATELLERIE ARTISANALE ;
- sociétés civiles et autres que commerciales, sociétés d'exercice libéral, personnes morales assujetties à l'immatriculation au registre du commerce et des sociétés autres que celles énumérées aux précédents paragraphes, établissements publics industriels et commerciaux, groupements d'intérêt économique et groupements européens d'intérêt économique, agents commerciaux : GREFFES DES TRIBUNAUX DE COMMERCE OU DES TRIBUNAUX DE GRANDE INSTANCE STATUANT COMMERCIALEMENT ;
- personnes exerçant, à titre de profession habituelle, une activité indépendante réglementée ou non, autre que commerciale, artisanale ou agricole, employeurs dont les entreprises ne sont pas immatriculées au registre du commerce et des sociétés, au répertoire des métiers, ou au registre des entreprises de la batellerie artisanale et qui ne relèvent pas du CFE des chambres d'agriculture : UNION DE RECOUVREMENT DES COTISATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE ET D'ALLOCATIONS FAMILIALES (URSSAF) et LES CAISSES GÉNÉRALES DE SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES DOM ;
- personnes physiques et morales exerçant à titre principal des activités agricoles : CHAMBRES D'AGRICULTURE ;
- personnes assujetties à la TVA, à l'impôt sur le revenu au titre des bénéficiaires industriels et commerciaux, au titre des bénéficiaires non commerciaux, personnes assujetties à l'impôt sur les sociétés, dès lors qu'elles exercent leur activité à titre de profession habituelle, qu'elles ne relèvent pas des dispositions précédentes et qu'elles n'ont pas d'autres obligations déclaratives que statistiques et fiscales : CENTRES DES IMPÔTS.

La déclaration présentée ou transmise au centre compétent vaut déclaration auprès des organismes destinataires dès lors qu'elle est régulière et complète à l'égard de ce dernier. Elle interrompt les délais à l'égard de ces organismes.

Un CFE est compétent à l'égard d'une entreprise qui a son siège social ou un établissement situé dans son ressort géographique.

2.2 Comment est identifiée votre entreprise ?

Le CFE transmet à chaque administration ou organisme les informations et les pièces qui les concernent.

Le numéro d'identité de votre entreprise et de ses établissements délivré par l'INSEE lorsque vous avez accompli votre déclaration auprès du CFE comprend un numéro unique d'identification et un numéro d'établissement.

- Le numéro unique d'identification ou numéro SIREN identifie l'entreprise (entreprise personnelle ou société). Il est composé de neuf chiffres.

- Le numéro SIRET identifie chaque établissement de l'entreprise. Il est attribué même lorsque cette dernière n'est constituée que par un établissement. Ce numéro est constitué du numéro unique d'identification (n° SIREN) et d'un numéro complémentaire de cinq chiffres :

SIRET = SIREN + N° Interne de Classement
permet de distinguer les établissements d'une entreprise

Exemple : | 6 | 5 | 4 | | 9 | 8 | 7 | | 1 | 4 | 3 | | 0 | 0 | 1 | 5 | 1 |

C'est ce numéro que vous devrez utiliser dans toutes vos démarches avec les organismes de Sécurité sociale et l'administration, qui établiront sur cette base leurs échanges d'informations.

L'INSEE vous attribue aussi, en fonction de votre activité, le **code APE** (Activité principale exercée) à partir de la nomenclature **NAF** (Nomenclature des activités françaises). C'est un numéro de trois chiffres et une lettre qui sert notamment au recensement des statistiques sur l'activité des entreprises.

Exemple : | 1 | 3 | 4 | B |

3

Vous êtes travailleur indépendant

3.1 Généralités

Le Code de la Sécurité sociale considère comme relevant du régime des employeurs et travailleurs indépendants toute personne physique exerçant même à titre accessoire une activité non salariée sur le territoire français.

À ce titre, vous pouvez être affilié à divers régimes particuliers de Sécurité sociale :

- l'assurance maladie, gérée par la CANAM (Caisse nationale d'assurance maladie des **travailleurs indépendants**),
- le régime d'assurance vieillesse, invalidité, décès et retraite complémentaire des **artisans**, géré par la CANCAVA (Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse artisanale) ;

ou bien

- le régime d'assurance vieillesse des **industriels et commerçants** géré par l'ORGANIC (Organisation autonome nationale d'assurance vieillesse de l'industrie et du commerce) ;

ou bien

- les régimes d'assurance vieillesse, invalidité, décès et retraite complémentaire des diverses **professions libérales**, gérés par des organismes particuliers regroupés au sein d'une caisse nationale, la CNAVPL (Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales) ;

ou bien

- les régimes d'assurance vieillesse, invalidité, décès et retraite complémentaire des **avocats**, la CNBF (Caisse nationale des barreaux français).

Les caisses maladie, AVA et Organic seront regroupées en 2006 dans le RSI.

■ Cotisation personnelle d'allocations familiales, CSG, CRDS

Vous êtes redevable auprès de l'URSSAF dont vous relevez d'une **cotisation personnelle d'allocations familiales**, en plus de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

■ Contribution à la formation professionnelle (CFP)

En tant que travailleur indépendant, vous bénéficiez personnellement du droit à la formation professionnelle continue. Si vous êtes commerçant ou exercez une profession libérale, vous êtes à ce titre redevable d'une contribution qui est aussi recouvrée par l'URSSAF.

Si vous êtes artisan, la contribution à la formation professionnelle est recouvrée dans les mêmes conditions que la taxe pour frais de chambre de métiers, c'est-à-dire par le Trésor public.

Pour 2006, le montant de la CFP est égal à 47 euros et est réglé au 15 février 2007.

Attention ! Il importe de différencier la contribution à la formation professionnelle dont vous êtes redevable en tant que travailleur indépendant de celle que vous devez au titre de la formation de vos salariés.

Sont notamment considérés comme travailleurs non salariés :

- tout associé d'une société en nom collectif ;
- tout commandité, gérant ou non, d'une société en commandite simple et par actions ;
- tout gérant majoritaire ou faisant partie d'un collège majoritaire de SARL, c'est-à-dire ceux possédant plus de la moitié du capital social.

3.2 Que devez-vous faire ?

Vous devez être immatriculé auprès de l'URSSAF dans la circonscription de laquelle est situé votre lieu d'exercice pour le versement de la cotisation personnelle d'allocations familiales, de la CSG, de la CRDS et le cas échéant de la CFP si vous exercez une profession commerciale, industrielle ou libérale.

Il vous faut adresser votre déclaration auprès du CFE duquel vous relevez dans les huit jours qui suivent le début de votre activité.

3.3 Comment déclarer vos revenus ?

Vous devez communiquer le montant de vos revenus chaque année, dans le cadre de la déclaration commune des revenus, déclaration adressée par la Caisse d'assurance maladie des non-salariés. Cette dernière transmet aux autres régimes les informations nécessaires au calcul des cotisations.

Celle-ci peut être effectuée par Internet sur le site net-entreprises.fr.

Dans la mesure où vous n'avez pas retourné cette déclaration commune de revenus, vous serez tenu d'adresser une déclaration à chacun des régimes.

3.4 Comment sont calculées vos cotisations ?

Elles sont assises sur le revenu professionnel non salarié non agricole retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu ou, le cas échéant, sur des **assiettes forfaitaires si vous débutez votre activité**.

L'assiette des cotisations dues par les travailleurs indépendants est définie par l'article L. 131-6 du Code de la sécurité sociale.

« Article L. 131-6

(modifié par la loi n° 2005-882 du 2 août 2005, art. 10-IV, Journal officiel du 3 août 2005)

Les cotisations d'assurance maladie et maternité et d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et les cotisations d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles ou commerciales sont assises sur le revenu professionnel non salarié ou, le cas échéant, sur des revenus forfaitaires.

Le revenu professionnel pris en compte est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu avant déductions, abattements et exonérations mentionnés aux articles 44 quater, 44 sexies, 44 septies et 44 octies, au deuxième alinéa du I de l'article 154 bis du Code général des impôts, à l'exception des cotisations versées aux régimes facultatifs institués dans les conditions fixées par l'article L. 635-1 du présent code par les assurés ayant adhéré auxdits régimes avant la date d'effet de l'article 24 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, au 4 bis et aux quatrième, cinquième et sixième alinéas du a du 5 de l'article 158 et aux articles 238 bis HA et 238 bis HC du Code général des impôts. Il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des amortissements réputés différés au sens du 2° du 1 de l'article 39 du Code général des impôts et des plus-values et moins-values à long terme ainsi que des provisions mentionnées aux articles 39 octies E et 39 octies F du Code général des impôts.

Sont également pris en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité.

Les cotisations sont calculées, chaque année, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu professionnel de l'avant-dernière année ou des revenus forfaitaires. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation.

Le montant des acomptes provisionnels de cotisations sociales dus au titre d'une année civile peut être calculé sur la base des revenus de cette année estimés par l'assuré sur demande de celui-ci à l'organisme de recouvrement. Une majoration de retard de 10 % est appliquée sur l'insuffisance de versement des acomptes provisionnels lorsque le revenu définitif au titre de la même période est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par l'assuré. Cette majoration est recouvrée et contrôlée dans les conditions fixées aux articles L. 244-3 et L. 244-9.

Sans préjudice du précédent alinéa, les cotisations mentionnées au premier alinéa dues au titre de la première année civile d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder dix-huit fois la valeur de la base mensuelle de calcul des prestations familiales en vigueur au 1^{er} octobre de l'année précédente ; celles dues au titre de la deuxième année civile d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder vingt-sept fois cette valeur.

Par dérogation aux quatrième et sixième alinéas, et sans préjudice de l'article L. 131-6-1, les travailleurs non salariés imposés suivant le régime visé à l'article 50-0 ou à l'article 102 ter du Code général des impôts peuvent demander à ce que leurs cotisations soient, dès l'année au titre de laquelle elles sont dues, calculées sur la base du revenu effectivement réalisé. »

Les cotisations sont fixées pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre de chaque année, et sont calculées par l'URSSAF chaque année à titre provisionnel en pourcentage du revenu professionnel de l'avant-dernière année ou bien d'une assiette forfaitaire.

Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation.

Exemples de calcul de la cotisation personnelle d'allocations familiales, de la CSG et de la CRDS

Cas 1 : Début d'activité en 2006

La cotisation et les contributions sont calculées, à titre provisionnel, sur une base forfaitaire :

- la première année d'activité jusqu'au 31 décembre, sur dix-huit fois le salaire de base annuel retenu pour le calcul des prestations familiales (soit 6 505 euros), soit un montant à régler de 218 euros par trimestre ;
- la deuxième année d'activité jusqu'au 31 décembre, sur vingt-sept fois le salaire de base annuel retenu pour le calcul des prestations familiales (soit 9 757 euros), soit un montant à régler de 327 euros par trimestre.

Elle est due à compter du premier jour d'activité.

Elle est réglée aux dates suivantes :

- le premier trimestre le 15 mai ;
- le deuxième trimestre le 15 août ;
- le troisième trimestre le 15 novembre ;
- le quatrième trimestre le 15 février.

Vous avez au moins trois mois avant de régler votre première cotisation quel que soit le mode de paiement (trimestriel ou mensuel).

Exemples • En cas de paiement trimestriel :

- si vous débutez votre activité le 6 janvier 2006, vous réglerez votre première cotisation le 15 mai 2006 ;
- si vous débutez votre activité le 17 février 2006, vous réglerez votre première cotisation le 15 août 2006 avec la deuxième cotisation.

• En cas de paiement mensuel :

- si vous débutez votre activité le 18 janvier et que vous avez adhéré au prélèvement mensuel avant le 20 janvier, vous réglerez votre première cotisation le 20 avril ;
- si vous débutez votre activité le 25 janvier et que vous avez adhéré au prélèvement mensuel avant le 20 février, vous réglerez votre première cotisation le 20 mai.

Lors de la seconde année, pour les troisième et quatrième trimestres, il est procédé à une régularisation sur la base du revenu réel de la première année d'activité.

Exemple • Début d'activité le 15 avril 2006 :

Période	Date d'appel	Cotisation de début d'activité appelée du 16 avril 2006 au 31 décembre 2007
2 ^e trim. 2006	15-08-2006	Cotisation provisionnelle sur base forfaitaire
3 ^e trim. 2006	15-11-2006	Cotisation provisionnelle sur base forfaitaire
4 ^e trim. 2006	15-02-2007	Cotisation provisionnelle sur base forfaitaire
1 ^{er} trim. 2007	15-05-2007	Cotisation provisionnelle sur base forfaitaire
2 ^e trim. 2007	15-08-2007	Cotisation provisionnelle sur base forfaitaire
3 ^e trim. 2007	15-11-2007	Cotisation provisionnelle sur base forfaitaire et 1 ^{re} moitié de la régularisation (1 ^{er} et 2 ^e trimestres 2006) sur revenu 2006
4 ^e trim. 2007	15-02-2008	Cotisation provisionnelle sur base forfaitaire et 2 ^e moitié de la régularisation (3 ^e et 4 ^e trimestres 2006) sur revenu 2006

Cas 2 : Modalités de calcul à partir de la troisième année d'activité

La cotisation est calculée, à titre provisionnel, sur le revenu professionnel non salarié de l'avant-dernière année.

Elle est taxée d'office en cas de non-fourniture du revenu.

Celle-ci est calculée provisoirement sur la base de la moyenne, majorée de 30 %, des revenus des deux années antérieures à l'année dont le revenu n'a pas été déclaré.

Cette taxation ne peut toutefois être :

- inférieure à la cotisation majorée de 30 % qui serait due sur les revenus de l'avant-dernière année ;
- inférieure à celle calculée sur un revenu égal à 50 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle est notifiée la taxation.

Les déficits déclarés au titre des années dont les revenus sont retenus pour le calcul de la taxation d'office sont considérés comme des revenus nuls.

Si durant deux ans l'employeur ou le travailleur indépendant ne fournit pas ses revenus professionnels non salariés, la taxation provisionnelle est calculée sur cinq fois le plafond de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle est notifiée la taxation.

Cette règle s'applique dès lors que le cotisant n'a pas déclaré :

- soit les deux derniers revenus ;
- soit un des deux derniers revenus.

Les taux applicables sont :

- pour la cotisation personnelle d'allocations familiales : 5,40 % sur la totalité du revenu professionnel ;
- pour la CSG : 7,50 % du revenu professionnel et des cotisations sociales personnelles obligatoires ;
- pour la CRDS : 0,50 % du revenu professionnel et des cotisations sociales personnelles obligatoires.

La cotisation provisionnelle fait l'objet d'une RÉGULARISATION DÉFINITIVE, lorsque le revenu professionnel est définitivement connu.

Exemple • Si vous avez débuté votre activité au cours du premier trimestre 2006 :

Période	Date d'appel	Cotisation de début d'activité appelée à compter du premier jour d'activité au 31 décembre 2006
1 ^{er} trimestre 2006	15-05-2006	Cotisation provisionnelle 2006 sur revenu de l'année 2004
2 ^e trimestre 2006	15-08-2006	Cotisation provisionnelle 2006 sur revenu de l'année 2004
3 ^e trimestre 2006	15-11-2006	Cotisation provisionnelle 2006 sur revenu de l'année 2004 + 1 ^{re} moitié de la régularisation (1 ^{er} et 2 ^e trimestres 2005) sur revenu 2005
4 ^e trimestre 2006	15-02-2007	Cotisation provisionnelle 2006 sur revenu de l'année 2004 + 2 ^e moitié de la régularisation (3 ^e et 4 ^e trimestres 2005) sur revenu 2005

Il existe bien sûr des situations particulières pour lesquelles l'assiette des cotisations est calculée différemment. C'est le cas, entre autres, des correspondants locaux de presse.

La CSG est calculée sur le revenu professionnel pris en compte pour la détermination de la cotisation personnelle d'allocations familiales, en ajoutant à ce dernier le montant des cotisations que vous avez acquittées auprès des régimes obligatoires au cours du même exercice (allocations familiales, maladie-maternité, vieillesse). La CSG déductible et non déductible pour le calcul de l'impôt sur le revenu, la contribution à la formation professionnelle, la contribution aux unions régionales de médecins ne doivent pas être intégrées.

Les modalités de recouvrement de la CRDS sont semblables à celles retenues pour la CSG.

Dispositions particulières aux DOM

Débuter son activité

Les cotisations sociales sont calculées sur la base de vos revenus professionnels de l'année $n - 2$ ⁽¹⁾.

Toutefois, depuis le 1^{er} janvier 2001, date d'entrée en vigueur de la loi d'orientation, le travailleur indépendant en début d'activité bénéficie **pendant vingt-quatre mois d'une exonération de certaines charges sociales** ⁽²⁾. Ces vingt-quatre mois s'étalent de la date de création de l'entreprise jusqu'au jour suivant le vingt-quatrième mois d'activité.

Exemple Pour un début d'activité au 3 janvier 2001, l'exonération s'applique jusqu'au 4 janvier 2003.

Attention ! Lorsque les vingt-quatre mois sont terminés, il est réclamé, au travailleur indépendant, une cotisation proratisée, en fonction du nombre de jours restant dans le trimestre en cours.

Exemple L'intéressé a débuté le 14 juin 2002. Les vingt-quatre mois se termineront le 15 juin 2004. Il restera donc à courir quinze jours, au titre du deuxième trimestre 2004.

En admettant que la cotisation pour un trimestre plein se serait élevée pour ce travailleur indépendant à 152,45 euros, il lui sera réclamé :

- au titre du deuxième trimestre 2004 : une cotisation, proratisée sur la base de quinze jours, soit $152,45 \text{ euros} \times 15/90 \text{ jours} = 25,41 \text{ euros}$, payable le 15-08-2003 ;
- au titre des troisième et quatrième trimestres 2004 : la totalité de la cotisation trimestrielle, soit 152,45 euros, payable respectivement les 15-11-2004, et 15-02-2005.

Cas pratique

Vous créez votre entreprise au 1^{er} janvier 2004, vous bénéficiez d'une exonération des cotisations allocations familiales, CSG et CRDS jusqu'au 31 décembre 2005 ⁽³⁾.

En mai 2006, votre revenu professionnel est connu, il est de 20 000 euros.

Le tableau ci-dessous présente une estimation de vos cotisations et contributions sociales et les dates d'échéances :

⁽¹⁾ Sauf contribution à la formation professionnelle : l'assiette de calcul correspond au plafond annuel de Sécurité sociale. Pour l'année 2006, la cotisation est fixée à 47 euros.

⁽²⁾ Cotisation d'assurance maladie (AM), d'assurance vieillesse (AV), cotisation personnelle d'allocations familiales (CPAF) ; Contribution sociale généralisée (CSG), et Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

⁽³⁾ Vous restez redevable de la Contribution à la formation professionnelle (CFP).

ÉCHÉANCES		ARTISAN			COMMERCANT/INDUSTRIEL		
		ORGANISME CONVEN- TIONNÉ Maladie/ Maternité	URSSAF/CGSS Allocations familiales CSG/CRDS	AVA RETRAITE Invalidité/ Décès	ORGANISME CONVEN- TIONNÉ Maladie/ Maternité	URSSAF/CGSS Allocations familiales CSG/CRDS	AVA RETRAITE Invalidité/ Décès
2004	30 avril	-	Exonéré ⁽³⁾	-	-	Exonéré ⁽³⁾	-
	1 ^{er} mai	-		-	-		-
	15 mai	-		-	-		-
	31 juill.	-		-	-		-
	15 août	-		-	-		-
	1 ^{er} oct.	-		-	-		-
	15 nov.	-		-	-		-
		-		-	-		-
2005	15 févr.	-	Exonéré ⁽³⁾	-	-	Exonéré ⁽³⁾	-
	1 ^{er} avril	-		-	-		-
	15 mai	-		-	-		-
	31 juill.	-		-	-		-
	15 août	-		-	-		-
	1 ^{er} oct.	-		-	-		-
	15 nov.	-		-	-		-
		-		-	-		-
2006	15 févr.	-	-	-	-	-	-
	1 ^{er} avril	-	-	-	-	-	-
	15 mai	-	670 €	-	-	670 €	-
	31 juill.	-	-	-	-	-	-
	15 août	-	670 €	-	-	670 €	-
	1 ^{er} oct.	-	-	-	-	-	-
	15 nov.	-	670 €	-	-	670 €	-

⁽³⁾ Vous restez redevable de la contribution à la formation professionnelle (CFP).

Assiettes et taux de cotisations obligatoires			
Assiette		Taux	
		Artisan	Commerçant ou industriel
Maladie-maternité	Dans la limite de 31 068 euros Dans la limite de 155 340 euros	0,60 % 5,90 %	
Indemnités journalières	Dans la limite de 155 340 euros	0,50 %	
Allocations familiales – CPAF	Totalité du revenu professionnel	5,40 %	
CSG/CRDS	Totalité du revenu professionnel + Cotisations sociales obligatoires	8,00 %	
Formation professionnelle – CFP	Sur la base de 31 068 euros	–	0,15 %
Retraite de base	Dans la limite de 31 068 euros	16,65 %	
Retraite complémentaire	Dans la limite de 124 272 euros Dans la limite de 93 204 euros	7,00 %	–
Retraite complémentaire des conjoints		–	6,50 %
Invalidité-décès	Dans la limite de 31 068 euros	2,00 %	1,50 %

3.5 Quand devez-vous payer ?

L'URSSAF ou la CGSS compétentes pour recouvrer vos cotisations personnelles d'allocations familiales, la contribution sociale généralisée et la contribution au remboursement de la dette sociale, exigibles dans les quinze premiers jours du deuxième mois de chaque trimestre au titre du trimestre civil antérieur, sont celles dans le ressort desquelles s'exerce votre activité.

- Premier trimestre : 15 mai ;
- deuxième trimestre : 15 août ;
- troisième trimestre : 15 novembre ;
- quatrième trimestre : 15 février.

Si vous avez adhéré au prélèvement mensuel de vos cotisations, vous serez prélevé le 20 de chaque mois dans les conditions suivantes :

- dix prélèvements provisionnels de janvier à octobre calculés sur les revenus de l'année n - 2 ;
- un ou deux prélèvements permettant la régularisation en novembre et décembre sur les revenus de l'année n - 1 ;
- si vous adhérez avant le 1^{er} décembre de l'année n, votre cotisation du quatrième trimestre normalement due le 15 février de l'année n + 1 sera répartie elle aussi en douze mensualités.

Exemples Pour la régularisation :

- Si vous n'avez pas assez réglé provisionnellement de cotisations :
 - si le calcul fait apparaître un montant inférieur à une des dix mensualités, il est recouvré en novembre,
 - si le calcul fait apparaître un montant inférieur au double d'une des dix mensualités, le montant (identique aux dix cotisations provisionnelles) est recouvré au mois de novembre et le solde au mois de décembre,
 - si le calcul fait apparaître un montant supérieur au double d'une des dix mensualités, le montant est recouvré par moitié au mois de novembre et au mois de décembre ;
- si vous avez déjà trop réglé de cotisations, le montant du solde est remboursé au cotisant avant le 30 novembre.

Dispenses et exonérations des cotisations personnelles d'allocations familiales

- Si vous justifiez d'un revenu professionnel inférieur à un certain montant (4 336 euros pour l'année 2006), vous êtes dispensé de verser la cotisation personnelle d'allocations familiales, la CSG et la CRDS.
- Si vous êtes âgé au moins de 65 ans ou 60 ans pour les femmes veuves, célibataires, séparées ou divorcées, à condition que vous ne viviez pas maritalement, et si vous justifiez d'avoir assumé la charge d'au moins quatre enfants jusqu'à l'âge de 14 ans pendant au moins neuf années, vous êtes exonéré de la cotisation personnelle d'allocations familiales, de la CSG et de la CRDS (article R. 242-15 du Code de la Sécurité sociale).

L'URSSAF ou la CGSS de votre circonscription sont à votre disposition pour vous fournir de plus amples renseignements.

4

Vous embauchez un salarié

4.1 La déclaration unique d'embauche (rendue obligatoire par le décret n° 98-252 du 1^{er} avril 1998 – JO du 4 avril)

La déclaration unique d'embauche permet d'effectuer en une seule déclaration les sept formalités suivantes

- 1 - La déclaration préalable à l'embauche (DPAE) pour tout employeur qui envisage de recruter un salarié.
- 2 - La déclaration de première embauche dans un établissement.
- 3 - La demande d'immatriculation du salarié au régime général de la Sécurité sociale.
- 4 - La demande d'affiliation au régime d'assurance chômage.
- 5 - La demande d'adhésion à un service de médecine du travail.
- 6 - La déclaration d'embauche du salarié auprès du service de médecine du travail en vue de la visite médicale obligatoire.
- 7 - La liste des salariés embauchés pour le préétablissement de la déclaration annuelle de données sociales (DADS) sur support papier.

Comment et où effectuer la déclaration unique d'embauche ?

- Par Internet, sur le site www.due.fr.
- Par Minitel sur 36.14 EMBAUCHE XX [XX étant le numéro de département où est situé votre établissement. Pour la Réunion, XX doit être remplacé par RE ⁽¹⁾].
- Par transferts automatisés par le 36.14 EMBAUCHE XX*DXX (la transmission s'effectue via un automate de saisie).
- Par courrier en retournant votre déclaration (cf. imprimé chapitre 19) au « Service déclaration d'embauche » de l'URSSAF ou de la CGSS dont relève votre établissement.
- Par télécopie auprès de l'URSSAF ou de la CGSS dont relève votre établissement.

Quand établir votre déclaration unique d'embauche ?

Les informations concernant la DPAE doivent obligatoirement être fournies avant l'embauche du salarié, au plus tôt huit jours avant l'embauche, au plus tard le dernier jour ouvrable précédant l'embauche (envoi par courrier) ou dans les instants précédant l'embauche (envoi par Internet, Minitel, télécopie).

Si vous employez à plusieurs reprises le même salarié (intermittent, extra, contrat de très courte durée...), une déclaration préalable à l'embauche est nécessaire à chaque fois.

Vous pouvez compléter ultérieurement votre DUE pour accomplir les formalités autres que la DPAE.

⁽¹⁾ A noter que la Réunion n'est pas concernée par les transferts automatisés.

Dans ce cas, vous devez respecter les délais déclaratifs indiqués dans le tableau ci-dessous :

Sept formalités	Délais déclaratifs
1 - La déclaration préalable à l'embauche (DPAE) pour tout employeur qui envisage de recruter un salarié.	Avant l'embauche et au plus tôt huit jours avant l'embauche.
2 - La déclaration d'une première embauche dans un établissement.	Dans les huit jours suivant l'embauche.
3 - La demande d'immatriculation du salarié au régime général de la Sécurité sociale.	Dans les huit jours suivant l'embauche.
4 - La demande d'affiliation au régime d'assurance chômage.	Dans les deux mois de l'embauche du premier salarié.
5 - La demande d'adhésion à un service de santé au travail.	Dès l'embauche du premier salarié.
6 - La déclaration d'embauche du salarié auprès du service de santé au travail en vue de la visite médicale obligatoire.	Avant l'embauche (obligatoirement dans certains cas) ou au plus tard avant expiration de la période d'essai.
7 - La liste des salariés embauchés pour le pré-établissement de la déclaration annuelle de données sociale (DADS).	Au moins une fois par an, et au plus tard début octobre.

L'URSSAF ou la CGSS destinataire est celle dans le ressort territorial de laquelle est situé l'établissement où vous employez le salarié.

La déclaration fait alors l'objet d'un enregistrement par cet organisme destinataire. Ce dernier vous adresse alors un accusé réception dont une partie doit être remise à votre futur salarié, ce qui fait foi de la date et de l'heure à laquelle vous avez accompli cette déclaration.

Si vous transmettez votre DUE par Internet, l'accusé de réception est disponible immédiatement en ligne.

La déclaration unique d'embauche adressée à l'organisme de recouvrement vaut déclaration ou demande auprès de l'administration, du service ou de l'organisme dès lors qu'elle est régulière et complète en ce qui le concerne.

Si vous désirez obtenir des renseignements complémentaires, vous pouvez contacter l'URSSAF ou la CGSS dont relève votre établissement.

4.2 L'immatriculation du salarié à la Sécurité sociale

Le salarié possède un document d'immatriculation ou une carte d'assuré social

- De la caisse primaire de son lieu de résidence : vous n'avez pas de démarche à effectuer en vue de l'immatriculation.

- D'une caisse primaire d'un autre département : vous invitez le salarié à faire la demande de mutation de son dossier auprès de la caisse primaire de son lieu de résidence.
- D'un autre organisme d'assurance maladie (Caisse des non-salariés, Caisse de prévoyance SNCF, Caisses des professions libérales...) : vous invitez le salarié à faire connaître son changement de régime auprès de la Caisse primaire de son lieu de résidence.

■ Le salarié ne possède pas de document d'immatriculation

- Vous êtes tenu de faire la demande d'immatriculation à la caisse primaire de son lieu de résidence habituelle dans les huit jours suivant l'embauche, à l'aide de la déclaration unique d'embauche.

Remarque ! La carte « vitale » et l'attestation de droits sont les justificatifs à l'assurance maladie du salarié et de sa famille, elle sera demandée :

- en cas d'hospitalisation, par le bureau des entrées de l'hôpital ;
- en cas de dispense d'avance des frais médicaux, pharmaceutiques, etc.

L'attestation mentionne donc des renseignements confidentiels réservés au seul usage des professionnels de santé : un employeur ne doit pas en exiger la production.

Pour justifier de la qualité d'assuré social auprès d'autres tiers (employeurs notamment), la caisse peut délivrer sur la demande de l'assuré une carte d'immatriculation ou une attestation ne comportant pas d'information confidentielle.

La carte « vitale » peut être produite auprès d'un tiers pour justifier le numéro de Sécurité sociale.

■ Le rôle de la caisse primaire

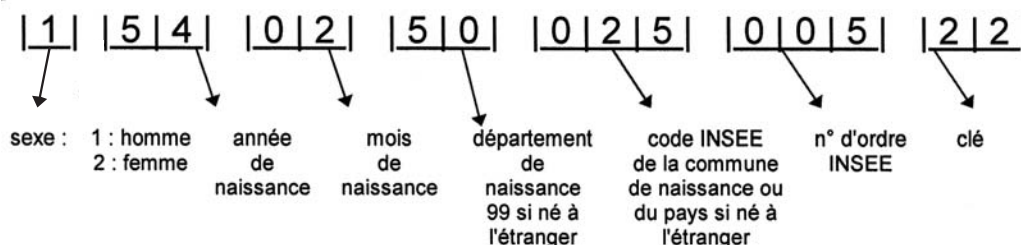
- Assujettissement du salarié au régime général en qualité d'assuré social.
- Attribution d'un numéro d'immatriculation au salarié.
- Affiliation à la caisse primaire de son lieu de résidence qui sera chargée de lui servir ses prestations.
- Communication à l'employeur du numéro d'immatriculation qui servira à tout échange avec la Sécurité sociale.

Le numéro de Sécurité sociale : un élément clé de l'identification des salariés.

C'est quoi ?

- Nom de naissance.
- Nom marital (éventuellement).
- Prénom(s) dans l'ordre de l'état civil.
- Date et lieu de naissance.
- Département et commune si né(e) en France.

- Pays si né(e) à l'étranger.
- Adresse.
- Numéro de sécurité sociale ou numéro d'inscription au répertoire (NIR).



Remarque ! Les mois de naissance peuvent être supérieurs à 12 (20, 30...) pour les assurés nés à l'étranger.
 Pour la Corse, le code département peut prendre les valeurs 2A ou 2B, dans les DOM ce code est 97.

4.3 L'assujettissement à la Sécurité sociale

Sont assujetties obligatoirement au régime général de Sécurité sociale toutes les personnes salariées ou travaillant à quelque titre que ce soit sur le territoire français, quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat.

L'employeur se définit comme la personne pour le compte ou sous l'autorité de laquelle le travail est effectué, et qui en assume la rémunération.

Cette qualité est attachée à toutes les personnes physiques ou morales qui emploient à quelque titre que ce soit du personnel salarié ou assimilé.

4.4 Adhésion à un régime de retraite et prévoyance

Vous devez adhérer à un régime de retraite ou de prévoyance complémentaire et obligatoirement y affilier vos salariés du régime général.

Destinés à compléter les prestations du régime général, les régimes complémentaires de retraite des salariés du secteur non agricole se regroupent pour l'essentiel en deux catégories :

- le régime des cadres, placé sous le contrôle d'un organisme paritaire dénommé AGIRC (Association générale des institutions de retraite des cadres) ;
- le régime des salariés non cadres, placé sous le contrôle de l'ARRCO (Association des régimes de retraite complémentaire). Cet accord a été étendu aux cadres dans la limite du plafond de la Sécurité sociale.

L'âge d'obtention de la retraite complémentaire au taux plein est fixé à 65 ans. Une liquidation à un âge moins élevé est possible, mais dans ce cas, les droits perçus sont réduits.

Remarque ! Vous pouvez aussi adhérer à un régime de prévoyance qui servira à vos salariés des avantages complémentaires pouvant correspondre aux risques les plus divers comme le décès, l'invalidité, la maladie.



Quelles cotisations payer ?

5.1 Généralités

Des cotisations sont dues au titre de l'emploi de travailleurs salariés et assimilés relevant du régime général de Sécurité sociale.

Vous devez verser à l'URSSAF, dans le ressort de laquelle se trouve votre entreprise :

- en ce qui concerne l'entreprise, les parts patronales ;
- au titre de vos salariés, les parts ouvrières.

Quelles cotisations ?

- Les cotisations d'assurances sociales couvrant les risques maladie, maternité, invalidité, décès et vieillesse comportent une part patronale et une part ouvrière.

- La cotisation couvrant les risques accidents du travail et maladies professionnelles, la cotisation allocations familiales et la contribution solidarité autonomie sont exclusivement à votre charge.

D'autres contributions ou versements sont également recouverts par les URSSAF selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général.

- La contribution sociale généralisée sur les revenus d'activité et de remplacement est à la charge du salarié.

Elle est en principe due par toute personne fiscalement domiciliée en France et à la charge d'un régime obligatoire français d'assurance maladie.

- La contribution au remboursement de la dette sociale est aussi assise sur les revenus d'activité et de remplacement.

De même, elle est due par toute personne fiscalement domiciliée en France et à la charge d'un régime obligatoire français d'assurance maladie.

- La contribution destinée au Fonds national d'aide au logement (FNAL), fonds géré par la Caisse des dépôts et consignations, qui centralise les recettes et les dépenses afférentes à l'allocation de logement en faveur des personnes âgées, des handicapés et des salariés de moins de 25 ans aux ressources modestes.

La contribution au FNAL est exclusivement à votre charge. Vous êtes par ailleurs redevable de la contribution supplémentaire si vous employez plus de neuf salariés et êtes tenus au versement mensuel des cotisations.

- Le versement transport est à votre charge si vous employez plus de neuf salariés dans un périmètre de transports urbains.

- La taxe de 8 % sur les contributions patronales destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance lorsque vous êtes tenus au versement mensuel des cotisations.

5.2 Sur quelle base les cotisations sont-elles calculées ?

5.2.1 L'assiette des cotisations

Les parts patronales et les parts salariales sont calculées sur le montant global des rémunérations et de ce qui est assimilé à des rémunérations.

Cela constitue l'assiette des cotisations.

■ On appelle rémunérations en espèces

- Les salaires mensuels (en général) ;
- les heures supplémentaires ;
- les congés payés versés par l'employeur ou par un tiers ⁽¹⁾ ;
- les primes de toute nature ;
- les gratifications ;
- les indemnités ;
- les allocations complémentaires aux indemnités journalières (maladie, maternité, accidents du travail) de la Sécurité sociale versées par l'employeur ou pour son compte par l'entremise d'un tiers ;
- les pourboires ;
- les indemnités de délai-congé (préavis) ;
- etc.

■ On appelle rémunérations en nature

L'avantage qui consiste dans la fourniture ou la mise à disposition d'un bien ou service, permettant au salarié de faire l'économie des frais qu'il aurait dû normalement supporter.

Les avantages « nourriture »

Vous devez évaluer le montant de l'avantage en nature, si vous fournissez des repas gratuits ou à prix modiques à vos salariés.

A) Vous fournissez gratuitement les repas ou les réglez directement à un tiers

L'évaluation de l'avantage en nature est forfaitaire et est fixée pour l'année 2006 à 4,15 euros par repas soit 8,30 euros par jour (pour deux repas). Ce montant est revalorisé le 1^{er} janvier de chaque année.

⁽¹⁾ Caisses de congés payés dont caisse de congés payés pour le bâtiment et les travaux publics.

Attention ! Pour les entreprises du secteur des hôtels, cafés et restaurants, l'avantage en nature est évalué à 3,11 euros par repas (montant en vigueur au 1^{er} juillet 2005 et devant être revalorisé au 1^{er} juillet 2006).

B) Vous fournissez le repas à prix modique :

Deux cas de figure :

- Le salarié prend ses repas chez vous :

Sa participation financière est inférieure à l'évaluation forfaitaire de 4,15 euros ; vous devez réintégrer la différence dans l'assiette des cotisations ;

Exemple Le salarié prend ses repas chez vous et paie 1,50 euro son repas. L'avantage en nature à réintégrer dans l'assiette est de 2,65 euros par repas (4,15 euros – 1,50 euro).

- Le salarié prend ses repas à la cantine ou au restaurant d'entreprise

Lorsque sa participation financière est inférieure à l'évaluation forfaitaire de 4,15 euros :

- vous devez réintégrer la différence dans l'assiette des cotisations si la participation salariale est inférieure à 50 % de l'évaluation forfaitaire (soit 2,075 euros en 2006) ;
- si la participation du salarié est au moins égale à 50 % de l'évaluation forfaitaire (soit 2,075 euros en 2006), l'avantage en nature peut être négligé :

Exemple La participation du salarié est de 1,50 euro par repas : vous devez réintégrer 2,65 euros (4,15 euros – 1,50 euro). Si en revanche sa participation s'élève à 2,5 euros (> 50 %), l'avantage en nature peut être négligé.

C) Le salarié bénéficie de titres-restaurant

La part que vous prenez en charge est exclue de l'assiette des cotisations, y compris de celle de la CSG et de la CRDS lorsqu'elle est comprise entre 50 % et 60 % de la valeur nominale du titre, dans la limite maximale d'un montant fixé à 4,89 euros à compter du 1^{er} janvier 2006 (loi de finances pour 2006).

Exemple Le titre-restaurant a une valeur de 7,10 euros. Vous participez pour 4,80 euros : vous devez réintégrer 4,80 euros dans l'assiette des cotisations car la limite de 50 %-60 % n'est pas respectée (votre participation devrait être comprise entre 3,55 euros et 4,26 euros).

En revanche, si la participation de l'employeur est comprise entre 50 % et 60 % de la valeur du titre mais excède 4,89 euros, il convient de ne réintégrer dans l'assiette des cotisations que la fraction excédentaire aux 4,89 euros.

Les avantages logement

Vous devez évaluer l'avantage constitué par la mise à disposition gratuite d'un logement à votre salarié.

Vous disposez d'un droit d'option entre l'évaluation forfaitaire et l'évaluation en fonction de la valeur locative servant à l'établissement de la taxe d'habitation ou à défaut la valeur réelle.

A) L'évaluation forfaitaire de l'avantage en nature logement est fonction de la rémunération brute mensuelle que perçoit le salarié

Cet avantage est fixé sur la base d'une évaluation forfaitaire mensuelle selon un barème intégrant les avantages accessoires (eau, gaz, électricité, chauffage, garage).

Barème pour l'année 2006 (Montants exprimés en euros)								
Rémunération brute mensuelle	Inférieure à 1 294,50	de 1 294,50 à 1 553,39	de 1 553,40 à 1 812,29	de 1 812,30 à 2 330,09	de 2 330,10 à 2 847,89	de 2 847,90 à 3 365,69	de 3 365,70 à 3 883,49	à partir de 3 883,50
Avantage en nature pour une pièce	53	61	70	80	103	120	136	153
Si plusieurs pièces, avantage en nature par pièce principale	29	39	50	62	92	107	126	144

Exemples • Pour un salarié dont la rémunération brute mensuelle en espèces est de 2 000 euros et logé dans un appartement comportant une seule pièce, l'avantage en nature logement est fixé à 80 euros.

• Pour un salarié dont la rémunération brute mensuelle en espèces est de 2 000 euros et logé dans un appartement de trois pièces, l'avantage en nature logement est fixé à 186 euros (3 × 62 euros).

B) L'évaluation de l'avantage en nature logement selon la valeur locative brute servant à l'établissement de la taxe d'habitation

L'avantage en nature logement peut également être estimé d'après la valeur locative servant à l'établissement de la taxe d'habitation ou à défaut d'après la valeur locative réelle.

Dans ce cas, les avantages accessoires (eau, gaz, électricité, chauffage, garage) que vous prenez en charge sont pris en compte d'après leur valeur réelle.

L'avantage véhicule

Vous devez évaluer l'avantage constitué par la mise à disposition permanente d'un véhicule à votre salarié.

Vous disposez d'un droit d'option entre l'évaluation forfaitaire et l'évaluation en fonction des dépenses réelles.

A) L'évaluation forfaitaire annuelle selon que le véhicule est acheté ou en location

En cas de mise à disposition d'un véhicule appartenant à l'entreprise, l'avantage en nature est estimé à 9 % du coût d'achat pour un véhicule de moins de cinq ans et à 6 % pour un véhicule de plus de cinq ans.

Si vous prenez par ailleurs en charge les frais de carburant résultant de l'usage privé du véhicule par le salarié, ces forfaits sont respectivement portés à 12 % (véhicule de moins de cinq ans) et à 9 % (véhicule de plus de cinq ans).

Lorsque le véhicule est en location, l'évaluation forfaitaire est égale à 30 % du coût global annuel de la location, de l'entretien et de l'assurance.

Ce taux est porté à 40 % de ce même coût lorsque vous prenez en charge les frais de carburant résultant de l'utilisation privée du véhicule par le salarié.

B) L'évaluation basée sur les dépenses réelles (véhicule acheté ou en location)

L'avantage en nature véhicule peut être également évalué sur la base des dépenses réellement engagées par l'employeur.

Cette estimation varie selon que le véhicule est acheté par l'entreprise ou est en location et prend en compte :

- le coût d'achat (à raison de 10 % ou 20 % selon que le véhicule a plus ou moins de cinq ans) ou le coût global annuel de la location ;
- les frais d'entretien, le coût de l'assurance et le cas échéant les frais de carburant à usage privé.

Vous devez, à partir du résultat obtenu, évaluer l'avantage en fonction du nombre de kilomètres parcourus par le salarié pour son usage personnel rapporté au nombre de kilomètres parcourus par le véhicule pour la même période.

Avantages outils issus des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC)

L'avantage en nature dont bénéficie le salarié en raison de la mise à disposition permanente dans le cadre de son activité professionnelle d'outils issus NTIC (téléphone mobile, micro-ordinateur portable, Internet...) doit être évalué sur option de l'employeur :

- sur la base des dépenses réellement engagées
- ou
- sur la base d'un forfait annuel correspondant à 10 % du coût d'achat de cet outil ou, le cas échéant, de l'abonnement toutes taxes comprises.

Autres avantages en nature

Si vous faites bénéficier votre salarié d'autres avantages en nature, tels que la fourniture ou la mise à disposition d'autres biens ou services (voyages d'agrément, etc.), vous devez les réintégrer dans l'assiette des cotisations pour leur valeur réelle.

Sont exclus de l'assiette

- Les indemnités journalières d'assurance maladie versées par la Sécurité sociale ;
- les indemnités légales ou conventionnelles de licenciement ;

- les dédommagements au titre des frais professionnels comme les indemnités de grand déplacement allouées à des salariés empêchés de regagner chaque jour leur lieu de résidence du fait de leurs conditions de travail (dans certaines conditions et limites).

Déduction des frais professionnels : conditions et limites autorisées

Les frais professionnels, qu'est-ce que c'est ?

Ce sont des dépenses supplémentaires, de caractère spécial, inhérentes à la fonction ou à l'emploi :

- engagées par le salarié au titre de l'accomplissement de ses missions ;
- donnant lieu au versement d'une prime, indemnité, allocation ou à un remboursement de la part de l'employeur ;
- pouvant être exclues de l'assiette des cotisations dans certaines limites et conditions.

Les différentes primes ou indemnités

Elles peuvent être réglées, selon les cas, par des allocations forfaitaires, ou sur présentation de justificatifs (frais réels).

Prime de repas sur le lieu de travail

Elle est versée au salarié compte tenu des conditions particulières de travail du salarié dans l'entreprise (en équipe, posté, en continu, de nuit).

Prime de repas hors des locaux de l'entreprise

Elle est versée au salarié en situation de déplacement hors des locaux de l'entreprise ou sur chantier et obligé de prendre ses repas sur place sans qu'il soit démontré que les circonstances ou les usages de la profession l'obligent à prendre ses repas au restaurant.

Indemnité de repas

Elle est versée au salarié en situation de déplacement et obligé de prendre ses repas au restaurant.

Indemnité de grand déplacement

Elle est versée au salarié en déplacement professionnel et empêché de regagner chaque jour sa résidence habituelle (distance domicile lieu de travail supérieure à 50 kilomètres et 1 h 30 minimum de trajet aller en transport en commun) contraint d'engager des dépenses supplémentaires de nourriture et de logement.

Indemnité de transport

- Trajet domicile travail :

indemnité exonérée à concurrence du transport en commun le plus économique.

- Déplacement professionnel :

indemnité exonérée dans la limite du barème kilométrique fiscal en cas d'utilisation du véhicule personnel du salarié en mission professionnelle.

Les moyens

Le versement d'allocations forfaitaires

Si l'allocation forfaitaire versée est supérieure aux limites d'exonérations, vous devez réintégrer la différence dans l'assiette des cotisations.

LIMITES D'EXONÉRATION AU 1^{er} JANVIER 2006

(montants revalorisés annuellement au 1^{er} janvier)

Indemnités liées aux dépenses supplémentaires de nourriture

- Indemnité de restauration, lorsque le salarié est contraint de se restaurer sur son lieu effectif de travail, en raison de conditions particulières d'organisation ou d'horaires de travail, telles que le travail en équipe, travail posté, travail continu, travail en horaire décalé ou travail de nuit : ... **5,30 euros.**
- Indemnité de repas, lorsque le salarié est en déplacement professionnel et empêché de regagner sa résidence ou lieu habituel de travail : **15,80 euros.**
- Indemnité de repas ou de restauration, lorsque le salarié est en déplacement hors des locaux de l'entreprise ou sur un chantier et lorsque les conditions de travail lui interdisent de regagner sa résidence ou son lieu habituel de travail pour le repas et qu'il n'est pas démontré que les circonstances ou les usages de la profession l'obligent à prendre ce repas au restaurant : **7,80 euros.**

Indemnités de mission en cas de grand déplacement en France métropolitaine

Indemnités forfaitaires de grand déplacement en métropole	Pour les 3 premiers mois	Du 4 ^e mois au 24 ^e mois ⁽¹⁾	Du 25 ^e mois au 72 ^e mois ⁽²⁾
Nourriture	15,80 euros par repas	13,40 euros par repas	11,10 euros par repas
Logement et petit déjeuner :			
• Paris, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne	56,80 euros	48,30 euros	39,80 euros
• Autres départements de France métropolitaine	42 euros	35,70 euros	29,40 euros

(1) Montant des indemnités forfaitaires de grand déplacement réduit de 15 %.
 (2) Montant des indemnités forfaitaires de grand déplacement réduit de 30 %.

Indemnités liées à la mobilité professionnelle

- Indemnité destinée à compenser les dépenses d'hébergement provisoire et les frais supplémentaires de nourriture dans l'attente d'un logement définitif pour une durée ne pouvant excéder neuf mois : **63,10 euros (par jour).**
- Indemnité destinée à compenser les dépenses inhérentes à l'installation dans le nouveau logement : **1 262,20 euros.**

Le montant de cette indemnité forfaitaire d'installation est majoré de **105,20 euros par enfant à charge** (dans la limite de trois enfants) et **ne peut excéder 1 577,80 euros.**

Indemnités de repas sur frais réels

Si vous payez directement au restaurateur les frais de repas, ou si vous remboursez le salarié sur justificatifs, cette prise en charge est exonérée de cotisations lorsque le caractère professionnel des frais est avéré.

Aucun avantage en nature ne doit être évalué lorsque vous remboursez ou prenez directement en charge les frais de repas du salarié se trouvant en situation de déplacement professionnel.

Abattement supplémentaire pour frais professionnels (déduction forfaitaire spécifique)

Si vous appliquez la déduction forfaitaire spécifique sur les rémunérations d'un salarié qui appartient à l'une des professions qui ouvraient droit à l'abattement supplémentaire pour frais professionnels en vertu de dispositions fiscales (ouvriers du bâtiment, artistes, VRP...), vous pouvez déduire de l'assiette des cotisations le montant de cette déduction dans la limite de 7 600 euros par an.

Dans ce cas, vous devez réintégrer les primes et indemnités pour frais professionnels versées en sus de l'abattement dans l'assiette des cotisations : l'abattement supplémentaire n'est, en principe, pas cumulable avec les remboursements de frais ou les allocations forfaitaires.

5.2.2 L'assiette minimum des cotisations

Vous pouvez prétendre, au titre de vos salariés, à des mesures d'exonération, ou bien à des modalités particulières de calcul des cotisations.

Toutefois, l'assiette des cotisations ne peut être inférieure au montant cumulé d'une part du salaire conventionnel, d'autre part des indemnités, primes ou majorations s'ajoutant audit salaire minimum.

À défaut de salaire conventionnel, elle ne peut être inférieure au **SMIC** plus les primes réglementaires.

Pour les jeunes de moins de 18 ans, les abattements admis en matière de SMIC sont :

- 20 % avant 17 ans ;
- 10 % entre 17 et 18 ans.

Ces abattements sont supprimés pour les jeunes travailleurs justifiant de six mois de pratique professionnelle dans la branche d'activité dont ils relèvent. Pour la période de six mois, il n'est pas tenu compte de la période d'apprentissage. Le délai de six mois commence à courir à compter de la date de l'intégration dans l'entreprise en qualité de salarié.

Si vous souhaitez obtenir plus de renseignements sur l'assiette des cotisations, vous pouvez vous adresser à votre URSSAF

5.2.3 Le taux des cotisations

(Au 1^{er} janvier 2006)

COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS VERSÉES À L'URSSAF	ASSIETTE ET TAUX			
	TOTALITÉ DES SALAIRES		LIMITE DU PLAFOND ^{(1)*}	
	Part patronale	Part ouvrière	Part patronale	Part ouvrière
Assurance maladie, maternité, invalidité, décès, solidarité ^{(2)**}	13,10	0,75		
Allocations familiales	5,40			
Accidents du travail ⁽³⁾	% variable			
Assurance vieillesse	1,60	0,10	8,30	6,65
FNAL	0,40		0,10	
• Toutes entreprises quel que soit l'effectif				
• Entreprises de plus de 9 salariés				
Versement transport (Plus de 9 salariés) ⁽⁴⁾	0 % variable			
CSG ⁽⁵⁾		7,50 sur la base de 97 % de la rémunération	↗ dont 2,40 % non déductibles ↘ dont 5,10 % déductibles	
CRDS ⁽⁶⁾		0,5 sur la base de 97 % de la rémunération		

* Le plafond mensuel 2006 est égal à 2 589 euros.

** Pour le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et la Moselle, la part patronale est égale à 13,10 %, la part ouvrière à 2,55 % (0,75 % + 1,80 % depuis le 1^{er} janvier 2006).

⁽¹⁾ **Plafond** : Certaines cotisations (FNAL et Vieillesse) sont calculées dans une limite maximum, le plafond des cotisations de Sécurité sociale, fixé chaque année par décret au 1^{er} janvier. Le plafond à retenir est fonction de la périodicité de la paie.

⁽²⁾ **Une cotisation ouvrière maladie** supplémentaire est applicable dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

⁽³⁾ **Accidents du travail** : Les taux variables vous sont notifiés individuellement par la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) à chaque début d'année.

⁽⁴⁾ **Versement transport** : Les taux du versement transport fixés par l'autorité organisatrice de transport ou par décret pour la région Ile-de-France vous sont communiqués par l'URSSAF et la CGSS.

⁽⁵⁾ **CSG** : L'ensemble des sommes assujetties subit une réduction de 3 % au titre des frais professionnels. Pour les revenus de remplacement et assimilés, seules les allocations chômage bénéficient de cette réduction de 3 %. Lorsque les cotisations de Sécurité sociale sont calculées sur une base forfaitaire, la contribution est également calculée sur la base forfaitaire, sans réduction en revanche des 3 % pour frais.

⁽⁶⁾ **CRDS** : La contribution pour le remboursement de la dette sociale s'applique sur les revenus d'activité ou de remplacement (abattement de 3 %). L'assiette de la CRDS est identique à celle de la CSG.

Cotisation ouvrière d'assurance maladie due sur les avantages de retraite

Depuis le 1^{er} janvier 1998, il n'y a plus de cotisations d'assurance maladie sur les pensions servies par les organismes du régime général de Sécurité sociale.

Une cotisation supplémentaire est applicable dans les départements du Haut-Rhin, Bas-Rhin et de la Moselle. Son taux est fixé à 1,80 % depuis le 1^{er} janvier 2006.

Les avantages de retraite et les pensions d'invalidité sont soumis pour leur montant brut à la CSG et la CRDS (pas de réduction de 3 % pour frais).

Cotisation ouvrière d'assurance maladie due sur les revenus de remplacement, indemnités et allocations chômage

Nature de l'avantage	Taux en %
<ul style="list-style-type: none"> Revenus de remplacement (allocations d'assurance, de solidarité, indemnités versées par les ASSEDIC ou certains employeurs du secteur public ou parapublic) 	0
<ul style="list-style-type: none"> Indemnisation de chômage partiel résultant d'accords professionnels ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux (les allocations chômage résultant d'accord d'entreprise ou de décision unilatérale de l'employeur sont soumises aux taux de droit commun) 	0
<ul style="list-style-type: none"> Allocations temporaires dégressives 	0
<ul style="list-style-type: none"> Allocations aux salariés en congé de conversion 	0
<ul style="list-style-type: none"> Avantages de préretraite et avantages accessoires tels que prise en charge par l'employeur des cotisations d'assurance personnelle* 	1,70
<ul style="list-style-type: none"> Préretraites totales ou progressives du FNE 	1,70
<ul style="list-style-type: none"> Allocations spéciales en faveur de certains salariés à temps plein dont l'emploi est transformé en temps partiel (dispositif d'aide au passage à temps partiel) 	0

* 1 % pour les avantages de préretraite résultant d'une décision unilatérale de l'employeur.

La contribution sociale généralisée ainsi que la contribution au remboursement de la dette sociale sont précomptées sur le montant des revenus de remplacement, indemnités et allocations de chômage.

5.3 Quelles sont les principales catégories faisant l'objet de règles particulières ?

L'assiette ou le montant des cotisations est évalué(e) forfaitairement pour certains de ces salariés :

Personnel des hôtels, cafés, restaurants et bars (HCRB)

Des règles particulières existent en fonction du mode de rémunération (fixe ou pourboires).

Apprentis

Au moyen d'un contrat de travail de type particulier, vous vous engagez, en plus du versement d'un salaire, à assurer une formation professionnelle, méthodique et complète dispensée pour partie dans votre entreprise et pour partie dans un centre de formation d'apprentis.

- Votre entreprise a au moins onze salariés, non compris les apprentis, ou est inscrite au Répertoire des métiers (Registre des entreprises dans les départements du Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle) :

Vous n'êtes redevable d'aucune cotisation ou contribution au titre de vos apprentis.

- Votre entreprise ne remplit pas les conditions précitées :

Vous êtes uniquement redevable de la contribution de solidarité pour l'autonomie, des cotisations et des contributions dues au titre du FNAL, de la taxe de 8 % sur les contributions patronales destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance et, le cas échéant, du versement transport.

L'assiette forfaitaire des cotisations restant dues est déterminée par référence à la rémunération minimum fixée en pourcentage du SMIC en vigueur au 1^{er} janvier de l'année, et sous déduction d'une fraction exonérée de 11 %.

5.4 Quelles sont les mesures favorisant l'emploi et l'insertion dans la vie professionnelle ?

Trois types de mesures doivent être distingués :

- les cotisations peuvent être calculées sur des assiettes forfaitaires ;
- les sommes versées au salarié peuvent faire l'objet d'une exonération totale ou partielle en ce qui concerne les cotisations patronales ;
- des réductions sur les cotisations patronales peuvent être appliquées.

De plus, certaines actions sont accompagnées d'aides de l'État.

Pour connaître les différentes mesures emploi, serveur Internet : site www.urssaf.fr.

5.5 Quand devez-vous régler les cotisations ?

Vous êtes responsable auprès de l'URSSAF de la déclaration et du paiement des cotisations salariales et patronales.

■ Périodicité

L'effectif de votre entreprise au 31 décembre détermine la périodicité de versement des cotisations qui sera applicable le 1^{er} avril suivant.

Début d'activité : la périodicité est fixée compte tenu de l'effectif déclaré lors de la création de l'entreprise.

- Si vous occupez neuf salariés au plus, vous devez effectuer un versement trimestriel des cotisations. Vous avez toutefois la possibilité d'opter pour le versement mensuel.
- Si vous occupez plus de neuf salariés, vous êtes tenu au versement mensuel de ces cotisations.

Date d'exigibilité

La date d'exigibilité des cotisations est fonction de l'effectif de votre entreprise et de la date de paiement des salaires.

A) Si vous occupez neuf salariés au plus

Vous devez acquitter les cotisations au titre des rémunérations payées au cours d'un trimestre civil, dans les quinze premiers jours du trimestre civil suivant. Toutefois, les rémunérations afférentes à un mois ou à une fraction de mois peuvent être rattachées à cette période si elles sont payées dans les quinze premiers jours du mois civil suivant ; dans ce cas, les cotisations sont versées dans le premier mois du trimestre civil suivant.

Exemple Au titre de rémunérations versées en novembre 2005, les cotisations sont exigibles jusqu'au 15 janvier 2006 inclus.

Vous avez aussi la possibilité d'acquitter mensuellement les cotisations. Dans ce cas, les dates d'exigibilité sont les suivantes :

- au titre des rémunérations payées au cours des dix premiers jours d'un mois, dans les quinze premiers jours du même mois ;
- au titre des rémunérations payées après le dixième jour d'un mois, dans les quinze premiers jours du mois civil suivant.

Exemples

- Au titre des rémunérations versées le 8 janvier 2006, les cotisations sont exigibles jusqu'au 15 janvier 2006 inclus ;
- Au titre des rémunérations versées le 13 janvier 2006, les cotisations sont exigibles jusqu'au 15 février 2006 inclus.

B) Si vous occupez plus de neuf salariés mais moins de cinquante

Les dates d'exigibilité sont les mêmes que pour les employeurs occupant neuf salariés au plus qui ont choisi d'acquitter mensuellement les cotisations.

C) Si vous occupez cinquante salariés et plus

Vous devez acquitter les cotisations :

- au titre des rémunérations versées entre le premier et le dixième jour d'un mois civil, dans les quinze premiers jours du même mois ;
- au titre des rémunérations versées entre le 11 et le vingtième jour d'un mois civil, au plus tard le vingt-cinquième jour du même mois ; toutefois, les cotisations dues au titre des rémunérations afférentes exclusivement à la période d'emploi de ce même mois sont versées dans les cinq premiers jours du mois civil suivant ;
- au titre des rémunérations versées entre le 21 et le dernier jour d'un mois civil, dans les cinq premiers jours du mois civil suivant.

5.6.3 Offres de simplification

Le réseau des URSSAF met à disposition des entreprises et des associations des offres de service facilitant l'accomplissement de leurs obligations sociales :

- le Chèque emploi très petites entreprises, destiné aux entreprises dont l'effectif n'excède pas cinq salariés. Pour en savoir plus, consultez le site www.emploi.fr
- le Titre emploi entreprise, destiné aux entreprises, quel que soit leur effectif, occupant des salariés à titre occasionnel, c'est-à-dire moins de 700 heures par année civile. Pour en savoir plus, consultez le site www.letee.fr
- le Chèque emploi associatif, destiné aux associations à but non lucratif dont l'effectif n'excède pas trois salariés équivalents temps plein. Pour en savoir plus, consultez le site www.cea.urssaf.fr

Majorations de retard

Il est appliqué une majoration de retard de 10 % du montant des cotisations qui n'ont pas été versées à la date limite d'exigibilité fixée.

Cette majoration de retard est augmentée de 2 % du montant des cotisations dues par trimestre ou fraction de trimestre écoulé, après l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date limite d'exigibilité des cotisations.

La majoration calculée sur le montant des cotisations dues et non payées commence à courir dès le lendemain de la date limite d'exigibilité des cotisations.

5.7 Qu'est-ce que le plafond des cotisations ?

Une partie de la cotisation vieillesse (8,30 % part patronale et 6,65 % part ouvrière) ainsi que la cotisation FNAL 0,10 sont calculées dans la limite d'un plafond (2 589 euros au 1^{er} janvier 2006).

Les autres cotisations (FNAL à 0,40 %, vieillesse patronale à 1,60 %, vieillesse salariale à 0,10 %, maladie-maternité-invalidité-décès, contribution solidarité autonomie, accidents du travail, allocations familiales) sont calculées sur la totalité de la rémunération.

Le plafond est fixé chaque année par arrêté.

Il prend effet au 1^{er} janvier.

Il est fonction des périodes d'emploi auxquelles se rapportent les rémunérations.

En effet, les plafonds périodiques dans la limite desquels les cotisations de Sécurité sociale doivent être calculées peuvent s'établir en :

- trimestre ;

- mois ;
- quinzaine ;
- semaine ;
- journée ;
- heure.

Si votre salarié travaille pour le compte de deux ou plusieurs employeurs régulièrement et simultanément, la part de cotisation vous incombant est déterminée comme suit :

$$\frac{\text{rémunération que vous versez au salarié} \times \text{plafond}}{\text{rémunération totale perçue par le salarié}}$$

Exemple Un salarié perçoit de trois employeurs les salaires mensuels suivants :

Employeur A	:	800 euros
Employeur B	:	900 euros
Employeur C	:	<u>1 100 euros</u>
TOTAL	:	2 800 euros > au plafond 2 589 euros au 1-01-2006

Les cotisations plafonnées seront calculées de la manière suivante :

Employeur A	$\frac{800 \text{ euros} \times \text{plafond}^{(1)}}{2\,800 \text{ euros}}$	$\approx 740 \text{ euros}$
Employeur B	$\frac{900 \text{ euros} \times \text{plafond}^{(1)}}{2\,800 \text{ euros}}$	$\approx 832 \text{ euros}$
Employeur C	$\frac{1\,100 \text{ euros} \times \text{plafond}^{(1)}}{2\,800 \text{ euros}}$	$\approx 1\,017 \text{ euros}$

On appelle ce procédé la proratisation des cotisations plafonnées.

5.8 À quoi sert la régularisation ?

La régularisation, qui s'effectue en fin d'année civile, permet de tenir effectivement compte de l'ensemble des rémunérations payées à chacun de vos salariés et d'acquitter les cotisations réellement dues.

Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements sur ce sujet, vous pouvez vous adresser à l'URSSAF de votre circonscription.

⁽¹⁾ Plafond : 2 589 euros au 1^{er} janvier 2006.

5.9 Qu'est-ce que le contentieux du recouvrement ?

Quand vous ne respectez pas les modalités de versement des cotisations, l'URSSAF est tenue d'engager des actions de recouvrement.

Celles-ci peuvent déboucher sur des sanctions civiles (pénalités, majorations de retard) et pénales en cas de non-paiement des cotisations patronales, retenues de la part salariale de la cotisation, sur la prise de garantie (inscription de privilège au Greffe du tribunal de commerce).

Toute action ou poursuite est obligatoirement précédée d'une mise en demeure envoyée par l'URSSAF par lettre recommandée avec accusé de réception.

La mise en demeure, qui ne peut concerner que les cotisations exigibles au cours des trois années civiles qui précèdent l'année de son envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de son envoi, vous invite à régulariser votre situation dans le mois.

À compter de sa notification, vous avez un mois pour contester devant la Commission de recours amiable, émanation du conseil d'administration de l'URSSAF, la décision prise par cette dernière.

Si, dans un délai d'un mois, vous n'avez ni régularisé votre situation ni contesté la mise en demeure, celui-ci peut vous délivrer une contrainte et procéder à sa signification par voie d'huissier de justice.

À l'issue d'un délai de quinze jours, si vous n'avez pas formé opposition à cette contrainte devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale, l'URSSAF peut engager une procédure de recouvrement forcé.

Exemples Saisie-attribution (saisie sur compte bancaire), saisie-vente (saisie des biens meubles), saisie immobilière (saisie portant sur les immeubles), saisie-arrêt sur les rémunérations du travail.

De même, toute décision prise par l'URSSAF (refus d'exonération, refus de remboursement...) peut être contestée devant la commission de recours amiable qui doit être saisie dans le délai de deux mois suivant la notification.

À l'issue de ce délai, la décision est définitive et l'URSSAF est en droit d'engager, le cas échéant, une procédure de recouvrement forcé.

5.10 Quel est l'objet du contrôle ?

Employeur, travailleur indépendant, vous êtes responsable de la détermination de l'assiette des cotisations et contributions sociales versées à l'URSSAF et, dans certains cas, du calcul des sommes dues.

Ce système déclaratif rend nécessaire le contrôle par l'URSSAF de la bonne application de la réglementation. Le contrôle permet non seulement de vérifier la régularité des déclarations et calcul effectués, mais aussi de vous informer et vous conseiller. Il a pour rôle de prévenir les erreurs et difficultés d'application d'une réglementation complexe et d'assurer un traitement égal des usagers.

■ **Qui peut être contrôlé ?**

Toutes les entreprises, quelles que soient leur activité ou leur taille, tous les travailleurs indépendants peuvent être contrôlés.

■ **Qui contrôle ?**

Ce sont les inspecteurs du recouvrement qui sont chargés du contrôle.

■ **Comment êtes-vous informé du contrôle ?**

Le contrôle peut avoir lieu à tout moment. L'URSSAF vous envoie préalablement, en recommandé avec accusé de réception, un avis de contrôle, sauf lorsque le contrôle est effectué dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé.

■ **Comment se déroule le contrôle ?**

La vérification est effectuée dans les locaux de votre entreprise et, d'une façon générale, dans tous les lieux où se déroule l'activité de l'entreprise.

Vous devez présenter à l'inspecteur tous documents nécessaires à l'exercice de la vérification.

■ **Quelle période peut être contrôlée ?**

La vérification porte sur l'assiette des cotisations et contributions exigibles dans la limite des trois années précédant le contrôle.

■ **Que se passe-t-il après le contrôle ?**

Qu'un redressement soit ou non envisagé, l'inspecteur vous communique un document daté et signé qui mentionne :

- l'objet du contrôle ;
- les documents consultés ;
- la période vérifiée ;
- la date de la fin du contrôle.

Vous disposez d'un délai de trente jours pour faire part, à l'URSSAF dont relève l'inspecteur du recouvrement, de vos remarques, d'éléments nouveaux ou de votre éventuel désaccord, au moyen d'un courrier en recommandé avec accusé de réception.

6

Le bulletin de salaire

Cette question est de la compétence de l'Inspection du travail auprès de laquelle vous pouvez vous adresser.

À titre d'information, nous vous rappelons que le bulletin de salaire, auquel aucune forme n'est imposée, doit comporter certaines mentions prévues dans le Code du travail, à savoir :

- vos nom et adresse ainsi que, le cas échéant, la désignation de l'établissement dont dépend le salarié ;
- la référence de l'organisme auquel vous versez les cotisations de sécurité sociale ;
- s'il y a lieu, l'intitulé de la convention collective de branche applicable au salarié ;
- le nom et l'emploi du salarié, ainsi que sa position dans la classification conventionnelle qui lui est applicable ;
- la période et le nombre d'heures de travail auxquels se rapporte le salaire ;
- le montant de la rémunération brute du salarié ;
- le montant de la CSG/CRDS ;
- la nature et le montant des cotisations salariales retenues sur cette rémunération brute en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles ;
- la nature et le montant des cotisations patronales de Sécurité sociale d'origine législative, réglementaire ou conventionnelle assises sur cette rémunération ;
- la nature et le montant des accessoires de salaire soumis aux cotisations patronales et salariales ;
- la nature et le montant des autres déductions éventuellement effectuées sur la rémunération ;
- la nature et le montant des sommes s'ajoutant à la rémunération et non soumises aux cotisations patronales et salariales ;
- le montant de la somme effectivement reçue par le salarié ;
- la date de paiement de ladite somme ;
- les dates du congé et le montant de l'indemnité correspondante lorsqu'une période de congés annuels est comprise dans la période de paie considérée.



La DADS-U

7.1 Champ d'application

En application de l'article R. 243-14 du Code de la sécurité sociale et des articles 87-240 et 241 du Code général des impôts, toutes les entreprises doivent, au plus tard au 31 janvier de chaque année, établir une déclaration annuelle des données sociales (DADS) en indiquant pour chaque salarié le montant total des rémunérations payées au cours de l'année précédente, ainsi que des renseignements sur la situation du salarié.

Dans le cadre de la simplification administrative et de la modernisation des déclarations sociales, le rapport du secrétaire d'État aux PME, au commerce et à l'artisanat auprès du ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, sous le titre « Simplifions : 37 mesures pour les PME », prévoyait, dans sa mesure n° 13 la fusion de la DADS informatique et de la DADS destinée aux institutions de retraite complémentaire (DADS-CRC).

L'unification de ces normes a abouti à la DADS-U (TDS) : déclaration automatisée des données sociales-unifiée. Elle permet aux entreprises d'utiliser un seul format informatisé pour produire les DADS pour l'ensemble des organismes (cf. circuit ci-contre).

L'arrêté ministériel du 6 février 2003 (JO du 1^{er} mars 2003) et l'arrêté interministériel du 5 janvier 2005 (JO du 1^{er} mars 2005) ont rendu obligatoire le format DADS-U en remplacement des formats existants (TDS-DADS-CRC). Le tableau récapitulatif — TR — annexe de la DADS, une fois complété doit être retourné à l'URSSAF au plus tard le 31 janvier de chaque année et, le cas échéant, avec le versement régularisateur.

7.2 Documentation

Pour connaître les modalités de production de cette déclaration et accéder à la documentation, consultez le portail www.e-eventail.fr.

Remarque ! Les petites entreprises non informatisées pourront produire leurs DADS :

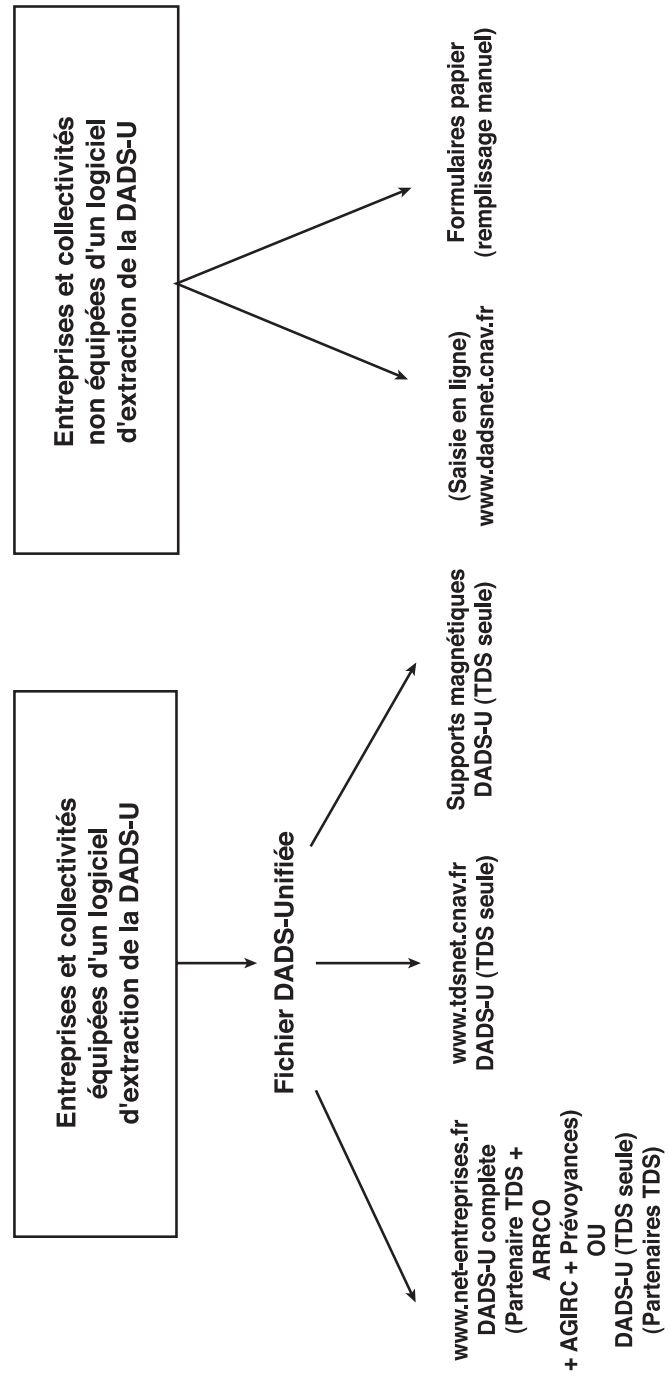
- soit par Internet (saisie en ligne) sur le site www.dadsnet.cnaf.fr du portail e-eventail ;
- soit en utilisant le formulaire papier DADS qui leur sera adressé par leur centre TDS régional.

Ces deux modalités permettent de produire la DADS seulement pour les organismes de Sécurité sociale et les impôts.

Ces DADS (saisies en ligne ou DADS papier) ne concernent donc pas les caisses de retraites complémentaires.

LA DADS-U 2006

COMMENT ?



8

Le portail des déclarations sociales

Qu'est-ce que net-entreprises.fr ?

• Un site portail officiel

www.net-entreprises.fr est le portail officiel des déclarations sociales, sa mise en place par les organismes sociaux eux-mêmes vise à moderniser et simplifier les échanges administratifs.

• 100 % gratuit

Avec www.net-entreprises.fr, vous bénéficiez gratuitement d'un ensemble de services : accès aux différentes déclarations sociales en ligne, envoi de vos déclarations...

• Entièrement sécurisé

L'accès aux déclarations est limité aux personnes inscrites sur le site. La sécurité des échanges informatiques est assurée par le protocole SSL. Votre identification, votre authentification ainsi que l'intégrité des échanges sont assurées. Vos données sont protégées et vous recevez un accusé de réception.

• Avec possibilité de paiement

Le télépaiement vous permet de vous acquitter de certaines cotisations juste à temps, de manière simple, souple et sécurisée.

• Une assistance technique à votre disposition

En cas de difficulté lors de l'utilisation de www.net-entreprises.fr, vous bénéficiez d'un centre d'appel téléphonique.

- pour les entreprises : **N° Indigo 0 820 00 05 16**
0,118 € TTC / MN
- pour les tiers déclarants : **N° Indigo 0 820 36 62 42**
0,118 € TTC / MN

Vos déclarations sociales en ligne

Pour le régime général :

- déclaration automatisée des données sociales unifiée (DADS-U) ;
- déclaration unifiée de cotisations sociales URSSAF, ASSEDIC, retraite complémentaire, prévoyance, caisses de congés payés du BTP (DUCS) ;
- déclaration unique d'embauche (DUE) ;
- attestation de salaire pour le versement des indemnités journalières ;
- attestation ASSEDIC ;
- contribution sociale de solidarité des sociétés et contribution additionnelle - Organic (CSSS) ;
- net-emploi entreprises (DUCS-I), pour les entreprises de moins de dix salariés appartenant au secteur BTP coiffure et cafés-hôtels-restaurants (HCR) ;
- et la déclaration d'arrêt de travail et demande de remboursement intempéries (net-intempéries BTP).

Pour les professions indépendantes :

- déclaration commune des revenus (DCR).

Pour le régime agricole :

- déclaration unique d'embauche pour les salariés agricoles (DUE-MSA) ;
- déclaration de salaires pour les employeurs de main-d'œuvre agricole (DS-MSA) ;
- modification de contrat des salariés agricoles (MDC-MSA) ;
- déclaration d'accident du travail MSA (DAT-MSA) ;
- titre emploi simplifié agricole (TESA).

Certaines déclarations proposent le télérèglement comme mode de paiement sécurisé.

Enfin, pour les entreprises étrangères sans établissement en France mais redevables de cotisations sociales pour leur personnel salarié relevant du régime français de la Sécurité sociale, sont à disposition :

- le formulaire E0 pour la déclaration d'inscription auprès des organismes de la Sécurité sociale et de l'INSEE ;
- le formulaire E2/E4 pour la déclaration de modification ou de cessation auprès de ces mêmes organismes.

Progressivement, seront également mises en ligne les déclarations suivantes :

- déclaration d'accident du travail pour le régime général (DAT) ;
- intempéries BTP ;
- taxe d'aide au commerce et à l'artisanat (TACA).

Net-entreprises.fr en pratique

• Qui peut s'inscrire ?

Toutes les personnes habilitées à effectuer des déclarations peuvent s'inscrire sur le site www.net-entreprises.fr : les entreprises, quelle que soit leur taille, mais aussi les tiers déclarants, les experts-comptables et les centres de gestion agréés.

• Comment s'inscrire ?

Remplissez le formulaire d'inscription directement sur le site www.net-entreprises.fr dans la rubrique « Vous inscrire ». Votre entreprise sera identifiée grâce à son numéro de SIRET/SIREN. Vous recevrez un courrier avec votre mot de passe afin d'authentifier votre inscription. Autorisés par le responsable de votre entreprise ou établissement, vous ou vos collaborateurs pourrez alors effectuer les déclarations pour lesquelles vous êtes inscrits.

• Comment déclarer ?

Selon le type de déclaration à effectuer, soit vous saisissez directement votre formulaire à l'écran, soit vous envoyez directement un fichier issu de votre logiciel de paie ou de gestion si celui-ci est adapté. Vous contrôlez chaque envoi de déclaration grâce à un accusé de réception.

- **Quel équipement ?**

Il vous suffit de posséder un ordinateur équipé au minimum d'un processeur Pentium et d'accéder à Internet avec un navigateur (Internet Explorer ou Netscape) dans une version 4 ou plus récente.

Pour certaines déclarations dont la DADS-U, vous devez avoir un logiciel de paie avec l'extraction DADS-U.

9

Les congés maternité et paternité

9.1 Le congé maternité

9.1.1 Quelle est la durée du repos maternité ?

L'assurance maternité a pour but d'inciter la mère à se reposer et, ainsi, de préserver sa santé et celle de son futur enfant.

La durée du repos légal

Elle n'est subordonnée à aucune prescription médicale de repos et elle est fixée comme suit :

Situation de famille au début de la période prénatale		Période prénatale (en semaines)	Période postnatale (en semaines)	Durée totale de congé maternité (en semaines)
Grossesse simple	L'assurée ou le ménage n'a pas eu deux enfants	6 ⁽¹⁾	10	16
	L'assurée ou le ménage assume déjà la charge de deux enfants ou l'assurée a déjà mis au monde deux enfants nés viables	8 ^{(1) (2)}	18	26
Grossesse gémellaire ⁽³⁾		12 ^{(1) (4)}	22	34
Grossesse de triplés ou plus ⁽³⁾		24 ⁽¹⁾	22	46

⁽¹⁾ En cas d'état pathologique attesté par certificat médical comme résultant de la grossesse, le repos prénatal peut être augmenté de deux semaines au plus.

⁽²⁾ La période prénatale peut être augmentée de deux semaines maximum sans justification médicale. La période postnatale est alors réduite d'autant.

⁽³⁾ La durée du repos maternité est fixée quel que soit le nombre d'enfants qu'a déjà eus l'assurée ou le ménage.

⁽⁴⁾ La période prénatale peut être augmentée au choix de l'assurée de quatre semaines au maximum. Le repos postnatal étant réduit d'autant.

En cas d'accouchement prématuré, les jours du repos prénatal non pris se reportent sur le repos postnatal.

En cas d'accouchement tardif, le repos prénatal est supérieur à la durée légale, mais le repos postnatal n'est pas diminué pour autant.

Sous certaines conditions, un report du congé maternité est possible en cas d'hospitalisation de l'enfant.

La durée du repos supplémentaire

Pour état pathologique lié à la grossesse, elle est de quatorze jours maximum et l'indemnisation est subordonnée à une prescription médicale de repos.

Cet arrêt peut intervenir dès que la grossesse est déclarée à la CPAM. Il est accolé ou non au repos prénatal et peut être pris en une ou plusieurs fois.

9.1.2 Qui est bénéficiaire du repos légal de maternité ?

Seule l'assurée peut prétendre au versement d'indemnités journalières maternité.

Néanmoins, le repos postnatal légal est également accordé au père salarié lorsque la mère décède du fait de son accouchement.

9.1.3 Quelles sont les conditions d'ouverture de droit au repos maternité ?

- Une cessation d'activité d'au moins huit semaines est obligatoire pour le paiement des indemnités journalières.
- L'assurée doit justifier de dix mois d'immatriculation à la date présumée d'accouchement.
- L'assurée doit justifier également :

– avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le SMIC dans les six mois civils précédents
ou
– avoir effectué au moins deux cents heures de travail salarié dans les trois mois civils ou quatre-vingt-dix jours de date à date précédents.

à la date du début de grossesse (date de conception), ou à la date de début du repos prénatal.

9.1.4 Comment s'effectue le paiement des indemnités journalières ?

Il s'effectue à partir des renseignements portés par l'employeur sur l'attestation S 3201 n (cf. « La Maladie »).

Il n'y a pas de délai de carence.

Afin que la caisse primaire puisse déterminer le montant de l'indemnité journalière, l'employeur doit indiquer les salaires soumis à cotisations maladie et diminués :

- du montant des cotisations salariales obligatoires à caractère légal et conventionnel (assurance sociale, Assedic, retraites complémentaires) ;
- du montant de la contribution sociale généralisée (CSG).

Les sommes relatives au remboursement de la dette sociale (CRDS) sont exclues de ce dispositif et n'ont pas à être défalquées.

En cas de rémunération supérieure ou égale au plafond, les caisses limiteront le salaire indiqué par l'employeur au montant du plafond des cotisations d'assurance vieillesse diminué d'un taux forfaitaire de cotisations fixé à 19,68 % dans les départements hors Alsace-Moselle et à 21,33 % dans ces départements.

Ces valeurs sont applicables pour tous repos pathologiques ou prénatals depuis le 1^{er} juillet 2002.

Nous précisons, pour information, aux salariées que la CSG et la CRDS sont retenues par les caisses primaires sur le versement des indemnités journalières maternité.

De plus, ces prestations sont fiscalisables et soumises à l'impôt sur le revenu.

Enfin, il convient de fournir une nouvelle attestation S 3201 n précisant la date de reprise de travail (cf. « La Maladie ») pour le paiement des dernières indemnités.

Lorsque le salarié prend un congé d'adoption, une indemnité journalière est due dans les mêmes conditions que le congé postnatal.

9.1.5 Le congé d'adoption

Un congé d'adoption répondant aux mêmes conditions d'ouverture de droit et de calcul de l'indemnisation du congé de maternité est accordé à partir du jour d'arrivée du ou des enfants au foyer ou des sept jours qui la précèdent. Il peut être pris par la mère ou le père salarié lorsqu'il est réparti entre l'un et l'autre, sous certaines conditions.

Durée maximale :

- dix semaines ;
- vingt-deux semaines en cas d'adoptions multiples ;
- dix-huit semaines lorsque, du fait de l'adoption, l'assurée ou le ménage assume la charge d'au moins trois enfants.

9.2 Le congé paternité

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002 n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 (JO n° 299 du 26 décembre 2001) crée pour tous les régimes de Sécurité sociale un congé de paternité de onze jours consécutifs au plus, ou de dix-huit jours en cas de naissances multiples.

Les pères d'enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2002 peuvent demander à bénéficier de ce congé dans les mêmes conditions d'ouverture de droit et d'indemnisation que celles prévues pour le congé légal de maternité.

9.2.1 Quel est le dispositif du congé de paternité ?

Administrativement, il s'agit d'une nouvelle prestation financée par le Fonds des prestations familiales mais gérée par les caisses primaires d'assurance maladie.

Cas général

- Du point de vue des droits de votre salarié : c'est un congé accordé à partir du 1^{er} janvier 2002 au père pour la naissance de son enfant né à partir de cette date :
 - d'une durée de onze jours calendaires consécutifs au plus, votre salarié pouvant prendre moins de onze jours ;

- non fractionnables, les onze jours ne peuvent pas être pris en plusieurs fois ;
 - non prolongeables, votre salarié ne peut pas revenir sur le nombre de jours qu'il vous a demandés et que vous lui avez accordés ;
- Le congé paternité n'est pas obligatoirement à prendre dans la foulée des trois jours prévus par le Code du travail pour une naissance, mais il doit débuter dans les quatre mois qui suivent la naissance de l'enfant.

■ Cas particuliers

- Le congé de paternité est allongé en cas de naissances multiples, il est alors porté à dix-huit jours.
- Le congé paternité pourra être reporté dans le temps en cas d'hospitalisation de l'enfant. Le délai de quatre mois commence alors à courir à compter de la fin de l'hospitalisation de l'enfant.
- En cas de décès de la mère, le congé de paternité est ajouté au congé de maternité dévolu au père. Le délai de quatre mois commence alors à courir à compter de la fin du congé de maternité dévolu au père.
- En cas d'adoption et de partage du congé d'adoption entre la mère et le père, tous deux assurés, le congé d'adoption de droit commun est alors augmenté de onze jours.
- Cette période ne pourra pas être fractionnée en plus de deux parties dont la plus courte ne pourra pas être inférieure à onze jours.
- Dès lors qu'il s'agit d'adoptions multiples, le congé d'adoption de droit commun est augmenté de dix-huit jours, la durée de la plus courte des deux périodes reste, cependant, de onze jours.

9.2.2 Quel est le circuit administratif ?

Le père salarié doit vous informer, au moins un mois avant la date choisie, du début de son congé de paternité et de la date à laquelle il reprendra son travail.

Cette information doit prendre la forme d'une lettre.

Vous remplissez l'attestation de salaire S 3201 n, ex-attestation de salaire S 3201 m, qui a été remaniée pour préciser s'il s'agit d'un cas de congé maternité ou de congé paternité.

Vous pouvez aussi faire l'attestation de salaire directement en ligne depuis le site www.net-entreprises.fr.

L'indemnité journalière de paternité obéit aux mêmes règles de liquidation et de service que les indemnités journalières maternité, ainsi l'attestation S 3201 n doit être complétée comme pour un congé de maternité.

Une fois l'attestation remplie et signée, vous l'envoyez, accompagnée du certificat de naissance de l'enfant, le cas échéant, ou de tout autre document établissant la filiation (copie du livret de famille mis à jour, copie de l'acte de reconnaissance de l'enfant par le père) dont vous avez

demandé la copie pour votre propre dossier, à la caisse primaire d'assurance maladie de votre salarié dès le premier jour du congé de paternité.

Le maintien de salaire et la subrogation sont possibles.

9.3 Qu'est-ce que le congé parental d'éducation ?

L'attribution d'un tel congé au père ou à la mère qui justifie d'une ancienneté suffisante est prévue par le Code du travail. Sa durée est d'un an, renouvelable d'un commun accord entre le salarié et l'employeur jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant ou au-delà en cas de maladie ou handicap de l'enfant.

Pendant la durée de ce congé, l'assuré(e) conserve alors uniquement ses droits aux prestations en nature. Le contrat de travail est suspendu.

Toutefois, le congé parental peut être partiel. Le (ou la) salarié(e) peut donc exercer une activité à temps partiel (durée de travail réduite d'au moins 1/5).

À la reprise du travail à l'issue du congé, l'intéressé(e) retrouve l'intégralité des droits qu'il (elle) avait acquis antérieurement et ce pendant douze mois.

En cas de maladie ou de nouvelle maternité l'empêchant de reprendre à la date prévue, l'intéressé(e) retrouve ses droits aux prestations en nature et en espèces tant qu'il (elle) est dans l'impossibilité de reprendre son activité.

Le (ou la) salarié(e) involontairement privé(e) d'emploi pendant son congé parental, ou à l'issue de celui-ci, bénéficie tant qu'il (ou elle) est indemnisé(e) par l'assurance chômage des prestations du régime dont il (ou elle) relevait antérieurement au congé parental.

10

L'arrêt maladie

VOTRE SALARIÉ TOMBE MALADE

Scénario de l'arrêt maladie de votre salariée Berthiez Simone

Votre salariée
exerce
une activité
professionnelle
normale

Votre salariée
tombe malade

L'arrêt se poursuit
au-delà de trois mois

avis d'arrêt de travail initial de prolongation

Identité: 255062492026 22
 nom de naissance: BERTHIEZ Simone
 adresse: 4 rue Maréchal
 code postal: 62300 LEZS
 code postal: 62300 LEZS

activité salariée profession indépendante
 sans emploi: date de cessation d'activité: préliez votre situation (1)

LES ENGAGEMENTS MÉDICES
 ic, modalités: certificat avant examen (oui, présumé): CHANTREL Simone
 et prescrit un arrêt de travail (oui/ non/ sans motif): 7 jours après les 3

saes rapport: en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse

horaires non autorisés: de 10 à 12 heures et de 14 à 18 heures à partir de

date: 05/22/03
 Identification du praticien et le cas échéant de l'établissement:
 Dr CHASTAIN
 62103 498-1
 62300 LEZS



Vous établissez
l'attestation de salaire
(cf. page 73)

avis d'arrêt de travail initial de prolongation

Identité: 255062492026 22
 nom de naissance: BERTHIEZ Simone
 adresse: 4 rue Maréchal
 code postal: 62300 LEZS
 code postal: 62300 LEZS

activité salariée profession indépendante
 sans emploi: date de cessation d'activité: préliez votre situation (1)

LES ENGAGEMENTS MÉDICES
 ic, modalités: certificat avant examen (oui, présumé): CHANTREL Simone
 et prescrit un arrêt de travail (oui/ non/ sans motif): 7 jours après les 3

saes rapport: en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse

horaires non autorisés: de 10 à 12 heures et de 14 à 18 heures à partir de

date: 05/23/03
 Identification du praticien et le cas échéant de l'établissement:
 Dr CHASTAIN
 62103 498-1
 62300 LEZS



Y a-t-il eu augmentation générale
des salaires ?
(cf. page 82)

Attention ! Le délai de règlement des indemnités journalières dépend de votre rapidité à adresser l'attestation de salaire à votre employé ou, en cas de subrogation, au centre de la Sécurité sociale de votre salarié.

L'arrêt se poursuit au-delà de six mois

Votre salariée reprend une activité à temps partiel pour motif thérapeutique

Votre salariée reprend une activité à temps complet

Vous établissez une attestation **d'ouverture des droits** (conditions aggravées) (cf. page 83)

Vous produisez **périodiquement** de nouvelles attestations de salaires (cf. page 84)

Vous établissez une attestation de **reprise du travail** (cf. page 85)

L'avis d'arrêt de travail

Partie administrative relative à l'identification et à la situation de l'assurée

Ce volet vous est destiné

cerfa
n°10170*02

avis d'arrêt de travail

(art. L 162-4-1-1° al., L 321-1-5°, R 321-2 du Code de la Sécurité Sociale)

initial de prolongation

volet 3
EMPLOYEUR
OU
ASSEDIC

L'assuré(e)

• identité
numéro d'immatriculation 2550662498024 22
nom de naissance (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) BERTHIER épouse CHANTREL
prénoms Simone
adresse 4 rue Montesquieu
code postal 62300 LENS
adresse où le malade peut être visité IDEM

code postal
bâtiment escalier étage appartement

activité salariée
 profession indépendante
 sans emploi date de cessation d'activité précisez votre situation (1)

(1) voir notice

les renseignements médicaux

le soussigné(e), certifie avoir examiné (nom, prénom) : CHANTREL Simone
et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : Treize février 2003 inclus

sans rapport en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse

sorties non autorisées
sorties autorisées de 10 à 12 heures et de 16 à 18 heures à partir du

date 05 02 2003

signature du praticien *Chastain*

identification du praticien et le cas échéant de l'établissement
Dr CHASTAIN
62103498-1
62 300 LENS

correspondance éventuelle destinée à l'employeur

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)
En cas de non respect des conditions prévues pour l'attribution des indemnités journalières, le prescripteur s'expose à une sanction financière fixée par le Comité Médical Régional (art. L 315-3 du Code de la Sécurité Sociale) **S 3116 d**

Partie médicale réservée au praticien

Date de la prescription médicale de l'arrêt

Cette indication vous permet de connaître la durée prévisible de l'interruption de travail

10.1 Votre salarié tombe malade

Votre salarié vous fait parvenir le volet 3 de l'avis d'arrêt de travail

À cette occasion

Soit par courrier, soit directement en ligne,
vous établissez l'attestation de salaire
qui va permettre d'établir les droits de l'assuré,
puis de calculer le montant
de l'indemnité journalière

Le délai de règlement des indemnités journalières dépend de votre rapidité à adresser l'attestation de salaire à votre employé, ou en cas de subrogation, au centre de Sécurité sociale de votre salarié.

Remarque ! L'attestation de salaire en ligne sur www.net-entreprises.fr : un mode de déclaration plus fiable, plus rapide et plus simple.

Exemple Reprenons le cas de Madame Berthiez Simone

**Arrêt de travail prescrit le 05-02-2003
prévu jusqu'au 13-02-2003 inclus**

En fonction de ces éléments, vous remplissez l'**attestation de salaire**, référencée S 3201 n ^(*).

(Nous reviendrons sur cet imprimé à chaque étape de l'arrêt de travail).

Madame BERTHIEZ peut prétendre aux indemnités journalières dans la mesure où elle remplit l'une des conditions suivantes :

- soit avoir cotisé sur 1 015 fois le SMIC au cours des six mois civils précédant l'arrêt de travail ;
- soit avoir effectué deux cents heures de travail salarié au cours des trois mois civils ou quatre-vingt-dix jours précédant l'arrêt de travail.

Outre les indications concernant les références de :

- votre entreprise,
- votre salarié,

l'attestation S 3201 n comporte plusieurs rubriques dont certaines méritent une attention particulière.

Remarque ! L'attestation de salaire en ligne sur www.net-entreprises.fr : un mode de déclaration plus fiable, plus rapide et plus simple.

^(*) Nous reviendrons sur cet imprimé à chaque étape de l'arrêt de travail.



**ATTESTATION DE SALAIRE
POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES**

SECURITE SOCIALE

N° 11135*02

(Art. L 323-4, L 331-3, L331-8, R 323-4, R 323-6, R 323-8, R 323-10 et R 331-5 du Code de la Sécurité Sociale)

MALADIE MATERNITE PATERNITE

EMPLOYEUR	
NOM - PRENOM ou DENOMINATION	CONFECTION "2000"
ADRESSE	7, rue Verteane
N° TELEPHONE (facultatif)	03 21 74 1930
Code Postal	61230 LENS
Numéro SIRET	72 602 023 015 69
S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case <input type="checkbox"/>	
ASSURE(E)	
N° D'IMMATRICULATION	255 06 62 498 024 22
MATRICULE D'ANS L'ENTREPRISE (facultatif)	
NOM PATRONYMIQUE - PRENOM (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)	BERTHIEZ Simone épouse CHANTREL
ADRESSE	4, rue Montesquieu
Code Postal	61230 LENS
EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE	CONTRE JAME

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS (1)

Date du dernier jour de travail: 04.02.2003 Situation à la date de l'arrêt: _____

Date de reprise du travail: _____

Reprise à temps partiel: Motif médical (avec accord de la CPAM) Non repris ce jour

OU Raison personnelle

CAS GENERAL MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 200 H DE TRAVAIL: _____ euros

CAS PARTICULIERS MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 800 H DE TRAVAIL: _____ euros

Pour la période du 01.11.2002 au 31.01.2003

SALAIRE DE BASE			SOMMES AYANT DONNE LIEU A REGULARISATION DE COTISATIONS		L'ASSURE N'A PAS TRAVILLE A TEMPS COMPLET PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE				
Période de référence		Montant du salaire euros*	Pour la période		Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures correspondant à un travail à temps complet	Salaire rétabli	euros*
du	au		1	2					
01.11.2002	30.11.2002	1829							
01.12.2002	31.12.2002	2360							
01.01.2003	31.01.2003	1656			ABA	1536		1829	X

(1) SE REPORTER A LA NOTICE D'UTILISATION * Si les montants sont exprimés en euros, cochez la case. Si les montants sont exprimés en francs, la case reste vierge.

<p>MATERNITE (à compléter par l'assurée au début du repos prénatal)</p> <p>Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité.</p> <p>Signature de l'assurée: _____</p>	<p>PATERNITE (à compléter par le père au début du congé de paternité)</p> <p>Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.</p> <p>date de naissance de l'enfant: _____</p> <p>Signature de l'assuré: _____</p>
---	---

DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE	
<p align="center">A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR</p> <p>Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation:</p> <p>du 05.02.2003 au 13.02.2003</p> <p>N° de compte postal ou bancaire de l'employeur: 16275 10700 01010022 05</p> <p>et intitulé: _____</p>	<p align="center">A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)</p> <p>J'autorise mon employeur à percevoir mes indemnités journalières pendant la période indiquée ci-contre.</p> <p>Signature de l'assuré(e): </p>

Fait à LENS le 07.02.2003

Nom du signataire: DUPONT Qualité: COMPTABLE

Signature de l'employeur:

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L. 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441.1 du Code P.nal). La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

S 3201 n



N° 50236 ≠ 02

Madame, Monsieur,

C'est avec beaucoup de soin que vous devez compléter cet imprimé. En effet, c'est en fonction des renseignements fournis que seront calculées les indemnités journalières dues à votre salarié(e) ou à vous-même en cas de maintien de salaire.

Dans la mesure où votre salarié(e) travaille en même temps pour plusieurs employeurs, chacun d'eux devra établir la présente attestation.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, il convient d'utiliser l'attestation de salaire S 6202.

Le Directeur de la Caisse Primaire.

NOTICE D'UTILISATION

Cochez le motif de l'arrêt (maladie, maternité, paternité) dans le titre de l'attestation de salaire.

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ÉTUDE DES DROITS

Situation à la date de l'arrêt : précisez chômage, licenciement, démission, congé payé ou non payé, appel sous les drapeaux, congé de conversion. Dans tous ces cas, indiquez la date du dernier jour de travail effectif précédant ce congé et cochez "repris" ou "non repris".

CAS GENERAL

Précisez le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès calculées sur les rémunérations perçues au cours des 6 mois civils précédant la date d'arrêt effectif du travail,

OU
Cochez la case "plus de 200 h". Ce nombre d'heures doit avoir été effectué au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs précédant la date d'arrêt effectif du travail.

CAS PARTICULIERS

Travailleurs saisonniers, VRP, Journalistes à la pige, Travailleurs à domicile...

Précisez le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès calculées sur les rémunérations perçues au cours des 12 mois civils précédant la date d'arrêt effectif du travail,

OU
Cochez la case "plus de 800 h". Ce nombre d'heures doit avoir été effectué au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs précédant la date d'arrêt effectif du travail.

SALAIRES DE REFERENCES

CATEGORIES	PAIES A PRECISER (1 paie par ligne suivant la périodicité)
Salariés payés au mois	3 dernières paies échues avant l'arrêt de travail
Salariés payés à la quinzaine	6 dernières paies échues avant l'arrêt de travail
Salariés payés à la semaine	12 dernières paies échues avant l'arrêt de travail
Travailleurs saisonniers, VRP, Journalistes à la pige, travailleurs à domicile...	Les paies échues au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail

COLONNE 3 - Montant du salaire

Maladie

Il s'agit du montant sur lequel ont été calculées les cotisations dues par le salarié pour les assurances maladie, maternité, invalidité et décès, après abattement éventuel pour frais professionnels.

Maternité-Paternité

Il s'agit de la même base, que définie ci-dessus, diminuée de la part salariale des cotisations obligatoires d'origine légale et conventionnelle et de la C.S.G.

COLONNES 4 et 5 - Sommes ayant donné lieu à régularisation annuelle de cotisations

Si au titre de l'année civile qui précède la période de référence indiquée dans les colonnes 1 et 2 un versement régularisateur de cotisations est intervenu, précisez la période et les sommes concernées.

1 Arrêt de travail en mai 2001

Salaires de référence : février, mars et avril 2001
Salaires de régularisation à prendre en compte :
Période du 1.1.2000 au 31.12.2000

2 Arrêt de travail en mars 2001

Salaires de référence : décembre 2000, janvier et février 2001
Salaires de régularisation à prendre en compte :
Périodes du 1.1.99 au 31.12.99 et du 1.1.2000 au 31.12.2000

	SOMMES AYANT DONNE LIEU A REGULARISATION DE COTISATIONS	
	Période 1	Période 2
Ex. 1	1.1.2000 au 31.12.2000 289,65 € (1900 F)	
Ex. 2	1.1.99 au 31.12.99 243,92 € (1600 F)	1.1.2000 au 31.12.2000 274,41 € (1800 F)

COLONNE 6 - Motif de l'absence

Indiquez selon le cas, maladie (MAL), accident du travail (AT), maternité (MAT), paternité (PAT), chômage total ou partiel (CHOM), fermeture de l'établissement (FERM), congés payés (COP), service national (SN), absence autorisée (ABA); autres cas, renseignez-vous auprès de votre Caisse Primaire.

COLONNE 8 - Nombre d'heures correspondant à un travail à temps complet

Il s'agit du nombre d'heures qui aurait été effectué par le salarié s'il avait pu, à ce poste, travailler à temps complet.

COLONNE 9 - Salaire rétabli

Il s'agit du salaire tel que défini en colonne 3, et rétabli sur la base de l'emploi à temps complet.

rubriques "maternité" et "paternité" :

congé maternité : faites signer l'assurée au début du congé - congé paternité : faites signer l'assuré au début du congé et joignez la copie de l'acte de naissance ou du livret de famille mis à jour que vous aura remis, le cas échéant, votre salarié.

DEMANDE DE SUBROGATION DE L'EMPLOYEUR

En cas de maintien total ou partiel du salaire, l'employeur peut demander que les indemnités journalières dues à l'assuré lui soient versées directement, dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée. Dans ce cas, conformément à l'article R 323.11 4° alinéa du Code de la sécurité sociale, l'assuré doit autoriser l'employeur à percevoir ses indemnités.

S 3201 n

Zoom

sur ces rubriques

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS (1)

Date du dernier jour de travail 04.02.2003 Situation à la date de l'arrêt :

Date de reprise du travail

Reprise à temps partiel Motif médical (avec accord de la CPAM) Non repris ce jour

CAS GENERAL OU Raison personnelle

CAS PARTICULIERS

MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 200 H DE TRAVAIL

MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 800 H DE TRAVAIL

Pour la période du 01.11.2002 au 31.01.2003

SALAIRES DE REFERENCE (1)

SALAIRE DE BASE			SOMMES AYANT DONNE LIEU A REGULARISATION DE COTISATIONS			L'ASSURE N'A PAS TRAVILLE A TEMPS COMPLET PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE				
Période de référence		Montant du salaire euros*				Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures correspondant à un travail à temps complet	Salaire rétabli	euros*
du	au									
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<u>01.11.2002</u>	<u>30.11.2002</u>	<u>1829</u>	<input checked="" type="checkbox"/>							
<u>01.12.2002</u>	<u>31.12.2002</u>	<u>2360</u>	<input checked="" type="checkbox"/>							
<u>01.01.2003</u>	<u>31.01.2003</u>	<u>1656</u>	<input checked="" type="checkbox"/>			<u>ABA</u>	<u>1534</u>		<u>1829</u>	<input checked="" type="checkbox"/>

(1) SE REPORTER A LA NOTICE D'UTILISATION * Si les montants sont exprimés en euros, cochez la case. Si les montants sont exprimés en francs, la case reste vierge.

MATERNITE (à compléter par l'assurée au début du repos prénatal) Signature de l'assurée

PATERNITE (à compléter par le père au début du congé de paternité) Signature de l'assuré

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité.

Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.
date de naissance de l'enfant :

DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation : du 05.02.2003 au 13.02.2003

N° de compte postal ou bancaire de l'employeur 16275 10700 01010022 05

et intitulé :

A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)

J'autorise mon employeur à percevoir mes indemnités journalières pendant la période indiquée ci-contre.

Signature de l'assuré(e)

Fait à LENS le 07.02.2003 Signature de l'employeur

Nom du signataire DUPONT

Qualité COMPTABLE

Renseignements relatifs à l'arrêt de travail

La date du dernier jour de travail → le **4-02-2003**

Cette date correspond au dernier jour de présence de Madame BERTHIEZ dans votre entreprise, même si la journée de travail n'a pas été achevée.

Renseignements relatifs à l'étude des droits

Dans notre exemple, et pour un arrêt prescrit le **05-02-2003**, la période de référence se situe :

- du 1-08-2002 au 31-01-2003 (soit six mois civils précédant le 05-02-2002) ;
- ou
- du 1-11-2002 au 31-01-2003 (soit trois mois civils précédant le 05-02-2003) ;
- ou
- du 07-11-2002 au 04-02-2003 (soit quatre-vingt-dix jours de date à date précédant le 05-02-2003).

Si vous optez pour le nombre d'heures de travail effectuées, indiquez le nombre réel d'heures effectuées.

Madame BERTHIEZ, ayant effectué plus de deux cents heures de travail, peut prétendre aux indemnités journalières.

Salaires de référence

Madame BERTHIEZ est payée au mois : vous indiquez le montant soumis à cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès des trois dernières paies mensuelles échues précédant le 05-02-2003 soit :

- du 1-11-2002 au 30-11-2002 → montant brut = 1 829 euros.
- du 1-12-2002 au 31-12-2002 → montant brut = 2 360 euros.
Ce salaire comporte une prime exceptionnelle (les cotisations ouvrières vieillesse étant cependant calculées sur la base du salaire plafonné).
- du 1-01-2003 au 31-01-2003 → montant brut = 1 656 euros.
Ce salaire a subi une diminution due à l'absence de Madame BERTHIEZ. Dans ce cas, il convient de mentionner les motifs d'absence, le nombre d'heures effectuées, le salaire brut rétabli, correspondant à un emploi à temps complet.

■ Subrogation

Si une convention ou un accord de branche applicable à votre entreprise prévoit le maintien de salaire sous déduction des indemnités journalières (article R. 323-11 quatrième alinéa du Code de la Sécurité sociale) en faveur de votre employé, celui-ci peut vous autoriser à percevoir les prestations en espèces qui lui sont dues en signant l'attestation (S 3201 n).

Quelques indications complémentaires

■ S'agissant des salaires

Le salaire est complet

Le salaire retenu est celui soumis à cotisations.

Le salaire est incomplet

L'attestation de salaire devra mentionner :

- le salaire brut effectivement versé (colonne n° 3 de l'attestation de salaire) ;
- le(s) motif(s) (colonne n° 6).

- Exemples**
- Embauche récente.
 - Maladie, maternité, accidents du travail.
 - Chômage total ou partiel indemnisé.
 - Absence autorisée par l'employeur.
 - Etc.

Remarque ! L'absence non autorisée par l'employeur ne donne pas lieu à rétablissement du salaire par la CPAM pour le calcul de l'indemnité journalière.

- le nombre d'heures effectuées (colonne n° 7) ;
- le salaire brut rétabli comme si l'intéressé avait travaillé à temps complet [salaire d'un ouvrier de même catégorie (SOMC) – colonne n° 9].

■ S'agissant de l'indemnisation

Le délai de carence

L'indemnisation débute généralement à partir du quatrième jour de l'arrêt de travail, les trois premiers jours constituant le délai de carence (en cas d'arrêt en rapport avec une affection de longue durée, seule la première interruption de travail donne lieu à un délai de carence).

L'indemnisation de Madame BERTHIEZ interviendra donc à compter du 08-02-2003 (les 5, 6 et 7-02-2003 représentant le délai de carence).

Le gain journalier de base (GJB)

Il représente le salaire moyen journalier du salarié.

Il est déterminé comme suit :

- 1/90 du montant des trois ou des six dernières paies antérieures à la date de l'interruption de travail suivant que le salaire ou le gain est réglé mensuellement ou deux fois par mois ;
- 1/84 du montant des six ou douze dernières paies antérieures à la date de l'interruption de travail suivant que le salaire ou le gain est réglé toutes les deux semaines ou chaque semaine.

Exemple Cas de Madame BERTHIEZ

Période de référence	Salaire brut	Montant retenu	Périodicité de la paie
Novembre 2002	1 829	1 829	30
Décembre 2002	2 360	2 352 ⁽¹⁾	30
Janvier 2003	1 656	1 829 ⁽²⁾	30

⁽¹⁾ Valeur du plafond mensuel au 1-01-2002.

⁽²⁾ Salaire rétabli (absence autorisée par l'employeur).

Le montant de l'indemnité journalière

Il est égal à la moitié du gain journalier de base, calculé sur le salaire brut, dans la limite du plafond.

La majoration de l'indemnité journalière

Elle intervient au trente-et-unième jour d'arrêt de travail continu si l'assuré a au moins trois enfants à charge. Le montant de l'indemnité journalière est alors porté aux deux tiers du GJB.

- Cette disposition ne concerne pas l'indemnité journalière différentielle versée lors d'une reprise du travail à temps partiel.

Avis de prolongation d'arrêt de travail

Ce volet vous est destiné

cerfa
n°10170*02

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation

volet 3
EMPLOYEUR
OU
ASSEDIC

(art. L 162-4-1-1° al., L 321-1-5°, R 321-2 du Code de la Sécurité Sociale)

L'assuré(e)

• identité

numéro d'immatriculation 2550662498024 22

nom de naissance (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) BERTHELEMY épouse CHANTREL

prénoms Simone d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance.

adresse 4 rue Montesquieu Pour votre démarche, le formulaire original vous sera fourni par l'organisme d'assurance maladie.

code postal 62300 LENS

adresse où le malade peut être visité IDEH

code postal

bâtiment escalier étage appartement

activité salariée

profession indépendante

sans emploi date de cessation d'activité précisez votre situation (1)

(1) voir notice

les renseignements médicaux

le soussigné(e), certifie avoir examiné (nom, prénom) : CHANTREL Simone

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : 15 mars 2003 inclus

sans rapport en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse

sorties non autorisées

sorties autorisées de 10 à 12 heures et de 16 à 18 heures à partir du

date 05 02 2003

identification du praticien et le cas échéant de l'établissement

signature du praticien *Chastain*

Dr CHASTAIN
62103498-1
62300 LENS

correspondance éventuelle destinée à l'employeur

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)
En cas de non respect des conditions prévues pour l'attribution des indemnités journalières, le prescripteur s'expose à une sanction financière fixée par le Comité Médical Régional (art. L 315-3 du Code de la Sécurité Sociale)

S 3116 d

Votre salarié vous fait parvenir le volet 3
de ses prolongations d'arrêt de travail successives

10.2 La maladie se poursuit au-delà de trois mois

L'arrêt de travail atteint trois mois

Votre salarié peut bénéficier d'une revalorisation de son indemnité journalière à compter du premier jour du quatrième mois d'arrêt.

Cette revalorisation peut intervenir dans deux situations :

- **suite à une augmentation salariale intervenue dans le cadre d'une convention collective :**

dans ce cas, nous indiquons la base juridique de l'augmentation, ainsi que toutes les augmentations de salaires intervenues depuis la date d'arrêt de travail jusqu'à la date de demande de revalorisation ;

- **suite à un arrêté ministériel :**

la revalorisation par arrêté ministériel s'effectue à l'initiative de la caisse primaire d'assurance maladie, dès parution des nouveaux coefficients. Vous n'avez donc pas, dans ce cas, de formalités particulières à accomplir.

10.3 La maladie se poursuit au-delà de six mois

Des conditions aggravées d'ouverture des droits

Madame BERTHIEZ peut prétendre à une indemnisation au-delà de six mois d'arrêt de travail continu dans la mesure où elle réunit simultanément les conditions suivantes :

Conditions d'immatriculation :

Justifier de douze mois d'immatriculation au moins à la date de l'interruption de travail.

Conditions de salariat :

Soit : avoir cotisé sur 2 030 fois le SMIC horaire au cours des douze mois civils dont au moins 1 015 fois le SMIC au cours des six premiers mois de ces douze mois civils.	→ précédant la date d'arrêt de travail
Soit : avoir effectué au moins huit cents heures de travail salarié ou assimilé au cours des douze mois civils ou des 365 jours précédents dont deux cents heures au cours des trois premiers mois.	

Sachez encore...

- L'indemnisation au-delà de six mois ne pourra se poursuivre qu'après un avis médical favorable émis par le médecin-conseil délégué de la caisse primaire.
- Au premier jour du septième mois d'arrêt continu, l'indemnité journalière ne peut être inférieure à 1/365 du minimum de la pension vieillesse ou d'invalidité (cette disposition ne concerne pas l'indemnité journalière différentielle versée lors d'une reprise du travail à temps partiel).
- À cette même date, l'indemnité est majorée pour compensation de la CSG (et représente 51,49 % du GJB au lieu de 50 %).

10.4 Votre salarié reprend une activité à temps partiel

La reprise du travail à temps partiel sur prescription du médecin traitant a été accordée par le médecin-conseil du service médical près la caisse primaire.

Celle-ci en informe l'assuré.

Vous établissez une nouvelle attestation S 3201 n indiquant notamment :

- la date de la reprise du travail à temps partiel ;
- la nouvelle référence de salaire.
- vous pouvez aussi effectuer cette déclaration de reprise du travail directement en ligne depuis le site www.net-entreprises.fr.

Zoom sur ces rubriques

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ÉTUDE DES DROITS (1)												
Date du dernier jour de travail				Situation à la date de l'arrêt :								
Date de reprise du travail		24.02.2003										
Reprise à temps partiel		<input checked="" type="checkbox"/>		OU Motif médical (avec accord de la CPAM)				<input type="checkbox"/> Non repris ce jour				
		<input type="checkbox"/>		Raison personnelle								
<input type="checkbox"/> CAS GÉNÉRAL		MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 200 H DE TRAVAIL						Pour la période du				
<input type="checkbox"/> CAS PARTICULIERS		MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 800 H DE TRAVAIL						au				
SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1)												
SALAIRE DE BASE				SOMMES AYANT DONNÉ LIEU A RÉGULARISATION DE COTISATIONS				L'ASSURÉ N'A PAS TRAVAILLÉ A TEMPS COMPLET PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE				
Période de référence		Montant du salaire	euros*	Pour la période 1	euros*	Pour la période 2	euros*	Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures correspondant à un travail à temps complet	Salaire rétabli	euros*
du	au											
1	2	3		4		5		6	7	8	9	
24.02.2003	28.02.2003	230	X					RT Temps partiel	17h30	35h	460	X

(1) SE REPORTER A LA NOTICE D'UTILISATION * Si les montants sont exprimés en euros, cochez la case. Si les montants sont exprimés en francs, la case reste vierge.

Règle générale portant sur l'indemnisation suite à reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique

L'indemnisation de la perte de salaire consécutive à la reprise du travail à temps partiel ne peut être envisagée que si un arrêt à temps complet a été indemnisé.

L'indemnité journalière initiale peut être servie **en tout ou partie**, ou ne pas être servie du tout.

En effet, la loi laisse à chaque caisse primaire la possibilité de définir les modalités de maintien et de calcul de l'indemnisation de la perte de salaire pour reprise à temps partiel.

Le paiement de celle-ci ne peut avoir pour effet de porter les revenus de l'assuré (indemnité journalière + salaire partiel) à un gain supérieur à celui qu'il perçoit lorsqu'il travaille normalement.

Les mêmes modalités s'appliquent dans le cas d'un reclassement professionnel en entreprise.

Ces dispositifs doivent pouvoir se préparer par une concertation en temps utile entre tous les partenaires concernés : le salarié, son médecin traitant, le médecin-conseil de l'assurance maladie, le médecin du travail, l'employeur.

10.5 Votre salarié reprend une activité à temps complet

Vous indiquez la date de la reprise du travail effective à temps complet sur l'attestation S 3201 n.

Zoom
sur ces rubriques

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS (1)	
Date du dernier jour de travail	<input type="text"/>
Date de reprise du travail	03.04.2003
Reprise à temps partiel	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CAS GENERAL	Motif médical (avec accord de la CPAM)
<input type="checkbox"/> CAS PARTICULIERS	OU Raison personnelle
	MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 200 H DE TRAVAIL <input type="text"/>
	MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 800 H DE TRAVAIL <input type="text"/>
	Situation à la date de l'arrêt : <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Non repris ce jour
	Pour la période du <input type="text"/> au <input type="text"/>

Dans le cas de Madame BERTHIEZ, l'indemnisation se poursuivra jusqu'au 02-04-2003, soit jusqu'à la veille de la date de la reprise du travail à temps complet (dans la limite de l'accord qui a été donné par la caisse).



Les risques professionnels

11.1 Généralités

La législation relative aux risques professionnels distingue :

- les accidents du travail ;
- les accidents du trajet-travail ;
- les maladies professionnelles.

11.2 Qu'est-ce qu'un accident du travail ?

« Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail. »

Cette notion englobe aussi bien les accidents survenus sur les lieux du travail que sur les lieux où le salarié est envoyé en mission.

En application de la jurisprudence, le caractère professionnel de l'accident est présumé si les deux conditions suivantes sont réunies

- un fait accidentel a provoqué une ou plusieurs lésions ;
- l'accident est intervenu au temps et au lieu du travail, y compris au titre d'une mission.

11.3 Qu'est-ce qu'un accident de trajet ?

« Est considéré comme accident de trajet l'accident survenu au travailleur pendant le trajet d'aller et de retour ».

Entre :

- la résidence et le lieu du travail ;
- le lieu du travail et le lieu habituel du repas.

Caractéristiques du parcours

Le parcours ne doit être ni interrompu ni détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi.

Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier.

En application de la jurisprudence

Quatre conditions complètent les règles légales :

- la résidence du salarié doit présenter un caractère stable ;
- le lieu de prise des repas doit être un lieu habituel ;
- en dehors du covoiturage régulier, l'itinéraire doit être le plus court, le plus commode, ou logique ;
- l'interruption ne doit pas être provoquée par l'intérêt personnel.

Remarque ! En matière de mission, la jurisprudence englobe le trajet aller et retour à la mission proprement dite. L'ensemble sera pris en charge au titre d'un accident du travail.

11.4 Quelles formalités devez-vous accomplir ?

Votre salarié est tenu de vous déclarer l'accident dans les vingt-quatre heures de sa survenance.

	Quand ?	Comment ?	À qui ?	Pourquoi ?
• Déclaration d'accident du travail (DAT) ⁽¹⁾	Dans les quarante-huit heures sous peine de sanctions administratives ⁽³⁾	Imprimé S 6200 f en recommandé/ avis de réception	CPAM du lieu de résidence de la victime	En vue de la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident
• Feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle ⁽²⁾	Au moment de l'AT ⁽³⁾	Imprimé S 6201 c	À votre salarié	Pour qu'il puisse recevoir les soins sans faire l'avance des frais
• Attestation de salaire	En même temps que la DAT quand il y a arrêt de travail ou dès qu'un arrêt de travail est prescrit	Imprimé S 6202 i	CPAM du lieu de résidence de la victime	Pour le versement des indemnités journalières

⁽¹⁾ Si la tenue d'un registre d'infirmerie est autorisée par la CRAM, vous êtes dispensé de déclarer les accidents n'entraînant ni arrêt de travail ni consultation médicale.

⁽²⁾ Le renouvellement de la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est assuré ultérieurement par la CPAM.

⁽³⁾ La CPAM peut poursuivre auprès des employeurs qui ont contrevenu à ces dispositions le remboursement de la totalité des dépenses faites à l'occasion de l'accident.

Remarque ! En cas d'accident survenu dans votre entreprise à un travailleur intérimaire, vous devez remplir une information préalable à la déclaration d'accident du travail (imprimé S 6209 a) que vous enverrez à l'entreprise de travail temporaire, au service prévention de la CRAM et à l'inspection du travail.

La déclaration d'accident du travail

Dans tous les cas, vous devez déclarer l'accident : si vous avez un doute sur le caractère professionnel de l'accident, il vous est possible de faire connaître en même temps à la CPAM vos réserves ou observations éventuelles.

Pendant toute la durée de l'instruction, la caisse primaire qui instruit la déclaration d'accident peut vous demander tous renseignements complémentaires qu'elle juge utiles.

À cet effet, elle peut :

- soit vous adresser des questionnaires pour recueillir des informations complémentaires ;
- soit dépêcher au sein de votre entreprise un agent enquêteur agréé et assermenté dont la mission est également de recueillir des éléments, qui permettront à la caisse de prendre sa décision.

Il est de votre intérêt de répondre rapidement et avec précision à ces sollicitations.

La caisse primaire d'assurance maladie, lorsqu'elle ne dispose pas d'assez d'éléments pour prendre une décision dans le délai de trente jours suivant la réception de la DAT, peut, après vous en avoir avisé, recourir à un délai complémentaire d'instruction de deux mois maximum.

En l'absence de décision de la caisse à l'expiration de ces délais, le caractère professionnel de l'accident est implicitement reconnu.

La caisse primaire d'assurance maladie vous tient informé, si nécessaire, de la procédure d'instruction et vous avise de la clôture de celle-ci.

Vous avez alors la possibilité de consulter dans un délai communiqué par la caisse, avant décision de celle-ci ⁽¹⁾, les pièces administratives qui constituent son dossier.

Les pièces constitutives du dossier s'entendent des documents qui ne sont pas couverts par le secret médical. Il s'agit notamment :

- de la déclaration d'accident ;
- de l'attestation de salaire ;
- des divers certificats médicaux ;
- des différents constats faits par la caisse ;
- des informations parvenues à la caisse de chacune des parties ;
- des éléments communiqués par la caisse régionale ;
- et éventuellement, du rapport de l'expertise technique.

Les pièces du dossier médical sont couvertes par le secret médical et ne peuvent vous être communiquées.

⁽¹⁾ La jurisprudence a considéré qu'un délai de dix jours était raisonnable.

■ Délivrance de la feuille d'accident du travail (imprimé S 6201 C)

Dès que vous avez connaissance de l'accident, vous devez délivrer ou faire parvenir la feuille d'accident à votre salarié afin qu'il puisse bénéficier de soins sans faire l'avance des frais. La présentation de ce document à tout praticien ou fournisseur permettra à votre salarié de bénéficier du tiers payant pour les soins se rapportant à son accident.

Lorsque le traitement est terminé, la victime est invitée par sa caisse à lui restituer ce document. Il en est de même lorsque la caisse notifie une non-reconnaissance du caractère professionnel de l'accident.

■ Délivrance de l'attestation de salaire

Vous êtes tenu d'adresser à la CPAM, en même temps que la déclaration d'accident ou au moment où vous avez connaissance d'un arrêt de travail si celui-ci est postérieur, une attestation de salaire (imprimé S 6202 i).

Vous pouvez aussi faire l'attestation de salaire directement en ligne depuis le site www.net-entreprises.fr.



N° 60-3682

0 0 0 0 0 0

ATTENTION : L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? OUI NON

→ si oui, remplissez IMMÉDIATEMENT l'attestation de salaire S6202 par duplication avec le présent formulaire.
→ si non, remplissez uniquement cette déclaration.

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

SÉCURITÉ SOCIALE

(Articles L 441.1 à L 441.4 et Article R 441.2, R 441.3 et R 441.5) - (Décret du 17-12-85)
L'EMPLOYEUR ENVOIE À LA CASSE DE RÉSIDENCE HABITUELLE DE L'ASSURÉ, LES 3 PREMIERS VOLETS DE LA LIASSE PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES APRÈS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVÉ LE 4^e VOLET AU DOS DUQUEL SE TROUVE LA NOTICE.

EMPLOYEUR		SÉCURITÉ SOCIALE	
Nom, Prénom ou raison sociale MUZET SA		CTN <input type="checkbox"/>	
Adresse 202 avenue des Saules GUYANCOURT 78280		N° de Téléphone 01 30 64 02 04	
ÉTABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME (le chantier n'est jamais considéré comme établissement d'attache permanent)		Groupes d'activités <input type="checkbox"/>	
Adresse 28 rue des Prés 78251 MONTIGNY LE BRETONNEUX		N° de Téléphone 01 30 62 01 02	
N° SIRET de l'établissement 3 152 238 250031		RÉSERVÉ CPAM	
Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime.		CPAM <input type="checkbox"/>	
VICTIME		RESERVÉ CPAM	
N° d'immatriculation 1480634880314		CPAM <input type="checkbox"/>	
À défaut sexe Masculin Date de naissance 19-06-48		RESERVÉ CPAM	
NOM, Prénom (NOM, s'il y a lieu, du nom d'époux) ROUX Marc		RESERVÉ CPAM	
ADRESSE 10 Avenue des Garennes 78160 HARLY-LE-ROI		RESERVÉ CPAM	
Nationalité <input checked="" type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> C.E.E. <input type="checkbox"/> Autre		RESERVÉ CPAM	
Date d'embauche 01-08-86 Profession Mécanicien		RESERVÉ CPAM	
Qualification professionnelle Agent de maîtrise Ancienneté dans le poste 2 ans		RESERVÉ CPAM	
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON		RESERVÉ CPAM	
ACCIDENT		RESERVÉ CPAM	
Date 1.5.06.01 Heure 1.14.5		RESERVÉ CPAM	
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de 0.8.30 à 1.2.30 et de 1.40.0 à 1.64.5		RESERVÉ CPAM	
Lieu de l'accident (1) Avenue Emile Zola à GUYANCOURT 78280		RESERVÉ CPAM	
Circonstances détaillées de l'accident (1) En procédant à l'essai du véhicule d'un client, la victime est entrée en collision avec un poids lourd venant en face. (voir détails dans P.V. de gendarmerie de ST CYR L'ECOLE)		RESERVÉ CPAM	
(Indiquez, le cas échéant l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)		RESERVÉ CPAM	
Siège des lésions (1) Thorax et abdomen		RESERVÉ CPAM	
Nature des lésions (1) fractures multiples des côtes et rachis cervical		RESERVÉ CPAM	
Victime transportée à la clinique du grand air (ST CYR L'ECOLE)		RESERVÉ CPAM	
Accident <input checked="" type="checkbox"/> constaté le 1.5.06.01 Heure 1.30.0 <input type="checkbox"/> par l'employeur <input checked="" type="checkbox"/> par ses préposés <input type="checkbox"/> décrit par la victime		RESERVÉ CPAM	
<input type="checkbox"/> inscrit au regist. d'infirmerie le _____ sous le N° _____		RESERVÉ CPAM	
Conséquences : <input type="checkbox"/> SANS ARRÊT DE TRAVAIL <input checked="" type="checkbox"/> AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (1) <input type="checkbox"/> DÉCÈS		RESERVÉ CPAM	
TÉMOINS		RESERVÉ CPAM	
Nom, prénom et adresse DUCROS Robert 10 Avenue Pierre Curie 78100 SAINT GERMAIN EN LAYE		RESERVÉ CPAM	
Un rapport de police a-t-il été établi ? <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON par qui ? Brigade de gendarmerie de ST CYR L'ECOLE		RESERVÉ CPAM	
TIERS		RESERVÉ CPAM	
L'accident a-t-il été causé par un tiers : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		RESERVÉ CPAM	
Si OUI, nom et adresse du tiers DOUTRE Arnaud 8 place d'Italie 75015 PARIS		RESERVÉ CPAM	
Sté d'assurance du tiers GMF 8 rue des nevelours 78009 VERSAILLES Coalex		RESERVÉ CPAM	

Nom, prénom du signataire **MUZET Pierre**
Qualité **Directeur**
(1) Se reporter à la notice d'utilisation

Fait à **Guyancourt** le **16-06-2001**
Signature **Cluzet**

UCANSS - "Édition 06/96" S 6200F



N° 50261#01

SÉCURITÉ SOCIALE

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL (NOTICE D'UTILISATION)

(DÉCRET DU 17-12-85)

Madame, Monsieur,

Un salarié de votre entreprise vient d'être victime d'un accident du travail. À cette occasion, vous êtes soumis(e) à certaines obligations, notamment celle de déclarer cet accident à la sécurité sociale à l'aide du formulaire ci-joint.

Envoyez à la CAISSE PRIMAIRE DU LIEU DE RÉSIDENCE HABITUELLE de la victime les 3 premiers volets de ce formulaire, PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION, AU PLUS TARD 48 HEURES après avoir eu connaissance de l'accident.

Remplissez très lisiblement le formulaire en vous aidant des précisions qui suivent :

ATTENTION

Dans le cas d'un accident avec ARRÊT DE TRAVAIL, remplissez immédiatement L'ATTESTATION DE SALAIRE réf. S 6202, (rubriques « EMPLOYEUR » et « VICTIME »).

EMPLOYEUR

Dans tous les cas, indiquez votre numéro de SIRET.

VICTIME

QUALIFICATION PROFESSIONNELLE

Indiquez si la victime est cadre, technicien, agent de maîtrise, employé, ouvrier qualifié (précisez, si possible, la spécialité), ouvrier non qualifié, apprenti, divers (V.R.P., sportif, personnel de maison, etc.)

ACCIDENT

1 - LIEU DE L'ACCIDENT

Précisez si l'accident s'est produit :

- sur le lieu de travail habituel (atelier, chantier, bureau),
 - sur un lieu de travail occasionnel,
 - lors d'un déplacement pour le compte de l'employeur,
 - au domicile du salarié,
 - sur le trajet aller ou retour entre le domicile ou le lieu de prise habituelle des repas, et le lieu de travail.
- Dans tous les cas, indiquez la localité et le lieu précis de l'accident.

2 - CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES DE L'ACCIDENT

Indiquez ce que faisait la victime au moment de l'accident (travail sur une machine, manutention, etc.) et comment celui-ci s'est produit (glissade, heurt, etc.).

3 - SIÈGE DES LÉSIONS

Indiquez l'endroit du corps où la victime a été atteinte (yeux, tête ou cou, mains, membres supérieurs, tronc, pieds, membres inférieurs, sièges internes) en précisant s'il y a lieu droite ou gauche.

4 - NATURE DES LÉSIONS

Précisez s'il s'agit de contusion, plaie, lumbago, entorse, fracture, brûlure, piqûre, présence d'un corps étranger, lésions multiples, autres (à préciser).

5 - ARRÊT DE TRAVAIL

Si la victime a arrêté son travail sur prescription d'un médecin, et si cet arrêt intervient après l'envoi de la présente déclaration, vous devez OBLIGATOIREMENT établir et envoyer le formulaire « ATTESTATION DE SALAIRE » Accident du travail ou maladie professionnelle - Réf. S. 6202, à la caisse primaire du lieu de résidence habituelle de la victime. Vous devez également remplir cette même formalité si votre salarié a un nouvel arrêt de travail dû à son accident.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles. Nous vous en remercions.

Le Directeur de
la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie

Aux termes des articles L. 471.1 et R 471.3 du code de la Sécurité Sociale, sont punis d'une amende les employeurs qui ont négligé de procéder à la déclaration des accidents à la Caisse Primaire dans les 48 heures ou de délivrer à la victime la feuille d'accident. En outre, la Caisse Primaire peut demander le remboursement de la totalité des dépenses faites à l'occasion de l'accident.

Réf. S. 6200 f

cerfa
N° 11383*02

feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle

(Art. L 441.5 et R 441.8 du code de la sécurité sociale)

1/2

Lorsqu'un accident a eu lieu, la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est remise à la victime par l'employeur qui établit parallèlement la déclaration d'accident du travail (réf. S 6 200).

Cette feuille est remise à la victime par la caisse lorsqu'une maladie professionnelle est déclarée.

La feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est conservée par la victime. Elle doit être présentée systématiquement au praticien qui dispense les soins, ou le cas échéant à l'hôpital, ainsi qu'à l'auxiliaire médical(e), au pharmacien ou au fournisseur et au biologiste chaque fois qu'une ordonnance est exécutée. Ces derniers doivent remplir la page 2/2 afin d'attester la prestation des actes et l'exécution des ordonnances. La facturation des actes est portée sur les feuilles de soins et les bordereaux de facturation utilisés également pour les risques maladie et maternité.

La page 1/2 permet à la victime de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

En cas de rechute ou si nécessaire, en cas de poursuite des soins, l'organisme d'assurance maladie délivre à la victime, sur sa demande, une nouvelle feuille.

attestation d'accident ou de maladie autorisant le bénéfice du tiers payant

(à remplir obligatoirement lors de la délivrance)

l'organisme d'assurance maladie

● **identification**

● **numéro AT/MP** (à compléter par la caisse en cas de renouvellement) | | | | | | | | | |

Ce modèle est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance.

Pour votre démarche, le formulaire original vous sera fourni par l'organisme d'assurance maladie

la victime

● **identification**

nom patronymique *(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)* Roux
 prénom Marc date de naissance 19061948
 adresse 10 Avenue des Garennes
 code postal 78160 MARLY LE ROI
 numéro d'immatriculation 148063488031416

l'employeur

● **identification**

nom-prénom ou raison sociale MUZET S.A.
 adresse 202 Avenue des Saules
 code postal 78280 GUYANCOURT
 numéro SIRET de l'établissement d'attache permanent de la victime 31529382500031
 êtes-vous autorisé à gérer le risque AT/MP ? oui non

l'accident du travail ou la maladie professionnelle

● **accident du travail**

● **maladie professionnelle**

date 15.06.2001 date de la constatation médicale
 rechute du rechute du

● **lésions**

nature fractures multiples et rachis
 siège C6 et vertèbres cervicales

demande de renouvellement

à remplir par la victime, si la feuille est complètement remplie avant la fin des soins

adresse
 code postal
 je demande le renouvellement de cette feuille d'accident
 date signature

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 471-3 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal). Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

S 6201 c

récapitulatif des soins et fournitures

2/2

(à remplir par les professionnels de santé)

€

dates des actes médicaux	actes effectués (lettres-cléf et coefficient)	i.k.	D.E.	montant total des honoraires	exécution des ordonnances montant de la facture
Ce modèle est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance. Pour votre démarche, le formulaire original vous sera fourni par l'organisme d'assurance maladie					

L'exécutant des actes, le pharmacien ou le fournisseur attestera une seule fois la prestation des actes en apposant sa signature et son cachet dans une des cases prévues ci-dessous à cet effet.

signature attestant la prestation des actes	signature attestant la prestation des actes	signature attestant la prestation des actes	signature attestant la prestation des actes

cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste

cachet du pharmacien ou du fournisseur	cachet du pharmacien ou du fournisseur	cachet du pharmacien ou du fournisseur	cachet du pharmacien ou du fournisseur

SÉCURITÉ SOCIALE

INFORMATION PREALABLE
A LA DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL
(NOTICE)

Madame, Monsieur,

Un salarié mis à disposition de votre entreprise, par une Entreprise de Travail Temporaire, ou un groupement d'employeurs, vient d'être victime d'un accident de travail.

A cette occasion, vous êtes tenu(e) d'adresser, par lettre recommandée, chacun des 3 premiers volets de la liasse aux destinataires suivants :

1^{er} volet, à l'Entreprise de Travail Temporaire ou au groupement d'employeurs (chargés d'établir la Déclaration d'Accident du Travail),

2^e volet, au Service de Prévention de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (C.R.A.M.),

3^e volet, à l'Inspection du Travail.

AU PLUS TARD 24 HEURES après avoir eu connaissance de l'accident.

Remplissez très lisiblement le formulaire en vous aidant des précisions qui suivent :

VICTIME

QUALIFICATION PROFESSIONNELLE.

Indiquez si la victime est cadre, technicien, agent de maîtrise, employé, ouvrier qualifié (précisez, si possible, la spécialité), ouvrier non qualifié, divers.

ACCIDENT

1 - LIEU DE L'ACCIDENT

Précisez si l'accident s'est produit :

- sur le lieu de travail indiqué dans le contrat liant l'utilisateur à l'entrepreneur de travail temporaire ou au groupement d'employeurs (atelier, chantier, bureau...)
 - sur un lieu de travail non prévu au dit contrat,
 - lors d'un déplacement pour le compte de l'entreprise utilisatrice,
 - au domicile du salarié,
 - sur le trajet aller ou retour entre le domicile ou le lieu de prise habituelle des repas, et le lieu de travail tel que défini ci-dessus.
- Dans tous les cas, indiquez la localité et le lieu précis de l'accident.

2 - CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES DE L'ACCIDENT

Indiquez ce que faisait la victime au moment de l'accident (travail sur une machine, manutention, etc) et comment celui-ci s'est produit (glissade, heurt, etc.),

3 - SIÈGE DES LÉSIONS

Indiquez l'endroit du corps où la victime a été atteinte (yeux, tête ou cou, mains, membres supérieurs, tronc, pieds, membres inférieurs, sièges internes) en précisant s'il y a lieu droite ou gauche.

4 - NATURE DES LÉSIONS

Précisez s'il s'agit de contusion, plaie, lumbago, entorse, fracture, brûlure, piqûre, présence d'un corps étranger, lésions multiples, autres (à préciser).

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles. Nous vous en remercions.

*Le Directeur de
la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie*

Aux termes du décret n° 82-562 du 29-6-1982, sont punies d'une amende les entreprises utilisatrices qui ne respectent pas les obligations indiquées ci-dessus.

La loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données concernant le travailleur auprès des organismes concernés.

S 6209 a

cerfa

n°11138*01

certificat arrêt de travail
accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

initial de prolongation
 de rechute

L'assuré(e) (à compléter à l'aide de la carte d'assurance maladie)

• régime

général agricole autre : lequel ?

• identité

numéro d'immatriculation

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

prénoms

adresse

Ce modèle est communiqué à titre d'information
afin que vous puissiez en prendre connaissance.
Pour votre démarche, le formulaire original fourni par
l'organisme d'assurance maladie doit être utilisé.

• accident du travail ou maladie professionnelle

s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle :

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle oui non⁽¹⁾

⁽¹⁾ en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

L'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

CE DOCUMENT PEUT ETRE ADRESSE PAR LA VICTIME A L'EMPLOYEUR POUR JUSTIFIER DE SON ABSENCE

OU A L'ASSEDIC SI ELLE EST EN SITUATION DE CHOMAGE

• conséquences

arrêt de travail jusqu'au

sorties autorisées oui non de heures à heures

reprise de travail le

certificat établi le

à
signature du praticien

cachet du praticien ou de l'établissement

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

S 6909a

11.5 Qu'est-ce qu'une maladie professionnelle ?

« Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau. »

Ce tableau peut être obtenu auprès du service prévention de la Caisse régionale d'assurance maladie de votre circonscription ou sur les bases de données de l'INRS : www.inrs.fr.

Peuvent également être reconnues d'origine professionnelle, après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles :

- une maladie telle que désignée dans un tableau lorsqu'une ou plusieurs des conditions prévues au tableau (délai de prise en charge, durée d'exposition ou liste limitative des travaux) ne sont pas remplies et qu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime ;
- une maladie caractérisée, non désignée dans un tableau lorsqu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès ou une incapacité permanente partielle d'au moins 25 %.

11.6 Vous utilisez des produits ou des procédés de travail susceptibles de provoquer des maladies professionnelles

Vous devez en faire la déclaration :

- à la CPAM ;
- à l'inspection du travail.

(Il vous appartient d'en informer également votre médecin du travail.)

Quand ?	Comment ?	À qui ?
Avant le commencement des travaux ou avant l'utilisation des produits.	Par lettre recommandée avec AR.	<ul style="list-style-type: none">• À la CPAM.• À l'inspection du travail.

11.7 Qui fait la déclaration de maladie professionnelle ?

Votre salarié, à la CPAM de son lieu de résidence à l'aide de l'imprimé S 6100 b.

Cette déclaration doit toujours être accompagnée d'un certificat médical informant la victime du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle.

Votre salarié peut solliciter sa caisse primaire pour toute aide ou précision complémentaire concernant les démarches déclaratives en matière de maladies professionnelles.

11.8 Quelles sont les suites de cette déclaration ?

La CPAM vous adresse le double de la déclaration établie par votre salarié.

Pendant toute la durée de l'instruction, la caisse primaire qui instruit la déclaration d'accident, peut vous demander tous renseignements complémentaires qu'elle juge utiles.

À cet effet, elle peut :

- soit vous adresser des questionnaires pour recueillir des informations complémentaires ;
- soit dépêcher au sein de votre entreprise un agent enquêteur, agréé et assermenté dont la mission est également de recueillir des éléments, qui permettront à la caisse de prendre sa décision.

Il est de votre intérêt de répondre rapidement et avec précision à ces sollicitations.

À partir de la réception de la déclaration, la caisse dispose de trois mois pour se prononcer sur le caractère professionnel de la maladie.

Ce délai peut être prolongé d'un délai complémentaire de trois mois maximum lorsque la demande est particulièrement complexe et nécessite une enquête ou l'avis d'un expert médical ou lorsque la caisse n'est pas en possession de toutes les pièces et éléments d'appréciation utiles. La caisse doit vous aviser de son recours au délai complémentaire d'instruction.

En l'absence de décision de la caisse à l'expiration de ces délais, le caractère professionnel de la maladie est implicitement reconnu.

La caisse primaire d'assurance maladie vous tient informé, si nécessaire, de la procédure d'instruction et vous avise de la clôture de celle-ci.

Vous avez alors la possibilité de consulter dans un délai communiqué par la caisse, avant décision de celle-ci ⁽¹⁾, les pièces administratives qui constituent son dossier.

Les pièces constitutives du dossier s'entendent des documents, qui ne sont pas couverts par le secret médical. Il s'agit notamment :

- de la déclaration de maladie ;
- de l'attestation de salaire ;
- des divers certificats médicaux ;
- des différents constats faits par la caisse ;
- des informations parvenues à la caisse de chacune des parties ;
- des éléments communiqués par la caisse régionale ;
- et éventuellement, du rapport de l'expertise technique.

Les pièces du dossier médical sont couvertes par le secret médical et ne peuvent vous être communiquées.

11.9 Quelles formalités devez-vous accomplir ?

■ Délivrance de la feuille de maladie professionnelle

La caisse délivrera elle-même la feuille de maladie professionnelle pour permettre à votre salarié de bénéficier du tiers payant pour les soins se rapportant à sa maladie. La présentation de ce document à tout praticien ou fournisseur permettra à votre salarié de bénéficier du tiers payant pour les soins se rapportant à son accident. Lorsque le traitement est terminé, la victime est invitée par sa caisse à lui restituer ce document. Il en est de même lorsque la caisse notifie une non-reconnaissance du caractère professionnel de la maladie.

■ Délivrance de l'attestation de salaire

À la demande de la caisse ou dès lors que vous avez connaissance d'un arrêt de travail, vous êtes tenu d'adresser à la CPAM une attestation de salaire (imprimé S 6202 i).

Vous pouvez aussi faire l'attestation de salaire directement en ligne depuis le site www.net-entreprises.fr

⁽¹⁾ La jurisprudence a considéré qu'un délai de dix jours était raisonnable.



N° 60-3950



DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE
DEMANDE MOTIVEE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE

SECURITE SOCIALE

Article L 461-1, L 461-5, R 441-11, R 461-3 et 5, D 461-29 du Code de la sécurité sociale
LA VICTIME ENVOIE A SA CAISSE, LES 4 PREMIERS VOLETS, AU PLUS TARD DANS LES 15 JOURS
SUIVANT L'ARRÊT DE TRAVAIL, ET CONSERVE LE 5^e VOLET

Première demande OUI NON SI NON, DATE DE LA 1^{re} DEMANDE

Réservé CPAM

VICTIME

N° d'immatriculation 1 48 06 34 880 314 16

NOM, Prénom Roux Marc

ADRESSE 10 Avenue des Garennes
78160 MARLY LE ROI

Date d'embauche 15 03 1968 Profession Electricien
Oxycoupeur Goulées continues

Nationalité Française C.E.E. Autre

NATURE DE LA MALADIE

Le soussigné, déclare être atteint de (ou que la victime est atteinte de) Mésothéliome malin du péritoine

Tableau 30D amiante Date de la 1^{re} constatation médicale ou éventuellement de l'arrêt de travail. 25-07-98

DERNIER EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou raison sociale MUZET S.A.

Adresse 202 Avenue des saules
78280 GUYANCOURT N° de Téléphone 01 30 64 02 04

ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME

Adresse 28 rue des prés
78281 MONTIGNY LE BRETONNEUX N° de Téléphone 01 30 62 01 02

N° SIRET de l'établissement 781121101010301061610

Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime. CTN 01 101-2

DUREE DE L'EXPOSITION

Emplois antérieurs ayant exposé la victime au risque de la maladie (1)

Nom et adresse des employeurs	du	Période	au	Poste occupé
<u>MUZET S.A.</u> <u>202 avenue des saules</u> <u>78280 GUYANCOURT</u>	<u>15-03-68</u>		<u>15-02-87</u>	<u>Electricien scierie</u>
<u>//</u>	<u>16-02-87</u>		<u>01-06-88</u>	<u>Polyvalent</u> <u>Goulées continues</u>
<u>//</u>	<u>02-06-88</u>		<u>à a pur</u>	<u>oxycouper Goulées</u> <u>continues</u>

(1) Joindre, autant que possible, la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois.

PIECES A JOINDRE

- Certificat médical en double exemplaire
- Attestation de salaire établie par le dernier employeur

DECLARANT (2)

NOM, Prénom Epouse Roux DEMANGE Marie-Claude

ADRESSE 10 Avenue des Garennes
78160 MARLY LE ROI

QUALITE

(2) A COMPLETER SI LE DECLARANT N'EST PAS LA VICTIME

Fait à MARLY LE ROI le 19-10-2000 Signature M.C. Roux

S 6100b

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

NOTICE D'UTILISATION

Madame, Monsieur,

Votre Médecin vient de constater une altération de votre état de santé qu'il estime avoir été causée par les différents travaux que vous avez été amené(e) à effectuer au cours de votre carrière professionnelle.

Afin que votre situation, puisse être examinée par l'organisme d'assurance maladie dont vous dépendez, il convient que vous lui adressiez le plus rapidement possible et au plus tard dans les 15 jours suivant votre arrêt de travail (si votre état de santé justifie un tel arrêt) :

- Les 4 premiers volets (dûment complétés) de cette déclaration (vous conservez le dernier feuillet),
- Les 2 premiers volets du certificat médical établi par votre médecin,
- Le cas échéant, s'il y a un arrêt de travail, l'attestation de salaire remplie par votre dernier employeur.

Maladies d'origine professionnelle
(Art. L 461-1 Code sécurité sociale)

1 - Il s'agit, tout d'abord, des maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.

2 - Cependant, peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par le travail habituel et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délais de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux).

3 - Une maladie caractérisée, ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles, peut être reconnue d'origine professionnelle, s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel et si elle entraîne le décès ou une incapacité permanente au moins égale à 25%.

11.10 Les prestations accidents du travail et maladies professionnelles et la reprise du travail

L'ouverture des droits

Il n'existe aucune autre condition d'ouverture des droits aux prestations que la reconnaissance par la caisse du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie déclaré.

L'indemnisation de l'arrêt de travail

Renseignements relatifs à l'attestation de salaire

L'indemnité journalière AT/MP est calculée par la CPAM à partir des seuls éléments contenus dans l'attestation de salaire spécifique aux AT/MP, référence S 6202 i.

- Date de l'arrêt de travail : elle peut être identique ou postérieure à celle de l'accident ;

Remarque ! Pour une maladie professionnelle, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle est assimilée à la date de l'accident.

- Salaire de référence (voir la notice explicative).

Ne pas y inclure :

- les prestations familiales légales ;
- les cotisations patronales de Sécurité sociale ;
- les cotisations patronales à des régimes de retraite ou de prévoyance complémentaires.

Mentionner :

- les avantages en nature et les pourboires (cadre A - colonne 5) ;
- les frais professionnels et les frais d'atelier (cadre A - colonne 8).

Renseignements relatifs à l'indemnité journalière

Vous devez rémunérer intégralement la journée de l'accident. L'indemnité versée à votre salarié par la CPAM intervient à compter du lendemain de la date de l'accident du travail.

Pendant les vingt-huit premiers jours d'arrêt de travail, l'indemnité journalière AT est égale à 60 % du gain journalier de base (GJB).

À compter du vingt-neuvième jour d'arrêt de travail, elle est égale à 80 % du GJB sans pouvoir dépasser le gain journalier net (GJN).

$$\text{GJN} = \text{GJB} - \text{cotisations salariales et CSG}$$

Remarque ! Afin d'éviter tout retard dans le règlement des indemnités journalières, il vous appartient d'informer la CPAM de la date de reprise de travail de votre salarié.



**ATTESTATION DE SALAIRE
ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE**

Sécurité Sociale

No 11137*02

(Article L 433.1, L 433.2, R 433.5 à R 433.7, R 433.8.1, R 433.12, R 436.2 et R 441.4 du Code de la Sécurité Sociale)

ATTENTION Dans le cas d'un accident avec arrêt de travail, les zones "EMPLOYEUR" et "VICTIME" peuvent être remplies par duplication avec la liasse de la déclaration d'accident du travail S6200

EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou raison sociale MUZET S.A
 Adresse 202 avenue de saules
78280 GUYANCOURT N° de Téléphone 01 30 64 02 04

ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME
(Le chantier n'est jamais considéré comme établissement d'attache permanent)

Adresse 28 rue de Paris
78251 MONTIGNY LE BRETONNEUX N° de Téléphone 01 30 62 01 02
 N° SIRET de l'établissement 315 223 825 000 31

Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime

Réservé CPAM

VICTIME

N° d'immatriculation 148 06 34 880 314 16
 A défaut sexe masculin Date de naissance 19-06-48
 NOM, Prénom ROUX Marc
 ADRESSE 10 avenue de Garenne
78160 MARLY LE ROI Nationalité Française
 C.E.E.
 Autre
 Date d'embauche 10 08 1986 Profession Mécanicien
 Qualification professionnelle Agent de maîtrise Ancienneté dans le poste 3 ans
 L'accident a-t-il fait d'autres victimes? OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN DU TRAVAIL

Nom, adresse Docteur CALMANT
Centre médical inter entreprise
12 rue de la reine 78000 VERSAILLES

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRET DE TRAVAIL

Date de l'accident ou de la 1^{re} constatation médicale de la maladie professionnelle 15-06-01 Motif de l'arrêt Accident du travail
 Maladie professionnelle
 Date du dernier jour de travail 15-06-01
 Date de reprise de travail Travail non repris à ce jour

SALAIRES DE REFERENCE (en euros) (en fonction de la date d'arrêt de travail)

A	SALAIRE DE BASE				ACCESSOIRES DU SALAIRE				FRAIS PROFES.	
	Date d'échéance de la paye	Période du	au	Montant brut	Avantages en nature et pourboires non inclus dans le salaire brut de base	Indemnités, primes, gratifications versées avec le même périodicité que le salaire brut de base et non inclus dans celui-ci	Part salariale des cotisations à déduire sur colonnes 4, 5 et 6	Soumis à cotisations	Déd. Sup. %	
	<u>02-06-01</u>	<u>01-05-01</u>	<u>31-05-01</u>	<u>1619,16</u>	—	<u>Salubrité 38,11</u>	<u>348,03</u>	<u>1619,16</u>	<u>10%</u>	

B Rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base					C Cas où la période de référence n'a pas été entièrement accomplie					
Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement du	au	Montant brut	Part salariale des cotisations à déduire sur colonne 12	Interruption du travail		S'il s'agit d'une interruption autorisée		Part salariale des cotisations à déduire sur colonne 18	
9	10	11	12	13	Motif	du	au	La victime a-t-elle bénéficié d'un mois de salaire ?	Si la victime a subi une perte de salaire, indiquez le salaire brut perdu	18
<u>02-01-01</u>	<u>01-01-00</u>	<u>31-12-00</u>	<u>1608,34</u>	<u>337,75</u>	<u>maladie</u>	<u>02-05-01</u>	<u>07-05-01</u>	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
								Si OUI, précisez		
								<input checked="" type="checkbox"/> Intégral		
								<input type="checkbox"/> Partiel		

D Salaire minimum des apprentis, des stagiaires ou des salariés de moins de 18 ans
 Cas particuliers — pour les apprentis précisez le N° et la date du contrat

DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR
 Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation 3 mois
 du 16-06-01 au 16-09-01
 Pendant cette période le salaire sera maintenu Intégralement Partiellement
 N° compte postal ou bancaire employeur 0300 021 200 369 39
 et intitulé Compte BNP Saun/Guerrin en Belmes

A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)
 J'autorise mon employeur à percevoir mes indemnités journalières pendant la période indiquée ci-contre
 Signature de l'assuré(e) M. Roux

Fait à Guyancourt le 16-06-2001
 Nom du signataire Guyancourt Signature de l'employeur Muzet
 Qualité du signataire

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fautes ou de fausses déclarations (art. L 471-3 du Code Sécurité Sociale, 411 du Code P énal). La loi 78-17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

S62021



N° 50287#02

NOTICE D'UTILISATION

Madame, Monsieur,

Vous devez obligatoirement adresser la présente attestation à la Caisse Primaire du LIEU DE RESIDENCE HABITUELLE de la victime, dès que vous avez connaissance de l'arrêt de travail ou de la rechute.

S'il s'agit d'une maladie professionnelle, remettez l'attestation à la victime.

C'est en fonction des renseignements fournis que seront calculées les indemnités journalières dues à la victime tant précisé que si celle-ci travaille simultanément pour plusieurs employeurs, chacun d'eux est tenu de fournir la présente attestation.

Remplissez la zone relative aux salaires de référence en vous aidant des précisions suivantes :

A SALAIRE DE BASE ET ACCESSOIRES DU SALAIRE DE LA PERIODE DE REFERENCE .

Le salaire de base correspond aux gains ECHUS, au cours de la période de référence (qu'ils aient ou non été versés) y compris le cas échéant, le salaire maintenu pendant un ou des arrêts de travail survenus au cours de cette période (voir C ci-dessous).

La période de référence est déterminée en fonction de la périodicité des payes ; il s'agit à la date de l'arrêt de travail :

- de la dernière paye échue si le salaire ou gain est réglé au mois,
- des deux dernières payes échues si le salaire ou gain est réglé deux fois par mois ou toutes les deux semaines,
- des quatre dernières payes échues si le salaire ou gain est réglé chaque semaine,
- des payes afférentes au mois antérieur à la date d'arrêt de travail si le salaire ou gain est réglé journalièrement, ou à intervalles réguliers différents ou irréguliers ainsi qu'au début ou à la fin d'un travail,
- des salaires ou gains des trois mois antérieurs à la date de l'arrêt de travail si le salaire ou gain n'est pas réglé au moins une fois par mois mais l'est au moins une fois par trimestre.
- des salaires ou gains des douze mois antérieurs à la date de l'arrêt de travail si l'activité de l'entreprise n'est pas continue ou présente un caractère saisonnier ou lorsque la victime exerce une profession de manière discontinue.

Colonne 7

Inscrivez le montant global de la part salariale des cotisations correspondant aux sommes portées aux colonnes 4, 5 et 6 de A.

Si ce total ne figure pas déjà sur le bulletin de paye du mois considéré, le calculer en additionnant l'ensemble des cotisations salariales réglées au titre de la période de référence (AS-AVG-AV-ASSEDIC ou contribution solidarité - ARRCO + AGIRC et CSG pour son montant net, ainsi que les régimes de prévoyance complémentaire).

Colonne 8

Inscrivez dans cette colonne les sommes effectivement versées au titre des frais d'atelier et des frais professionnels soumis à cotisations. Si l'intéressé bénéficie en matière d'impôts d'une réduction propre en sus du taux général de réduction pour frais professionnels, indiquez son taux.

B RAPPELS DE SALAIRE ET D'ACCESSOIRES DU SALAIRE - ACCESSOIRES DU SALAIRE VERSÉS AVEC UNE PERIODICITE DIFFERENTE DE CELLE DU SALAIRE DE BASE .

Ils seront rapportés à une période immédiatement postérieure au mois civil au cours duquel ils ont été versés et d'une durée égale à la période au titre de laquelle ils ont été alloués. Inscrivez donc les sommes déjà versées à ce titre et susceptibles d'être reportées sur la période de référence (inscrite en A, colonnes 2 et 3).

Exemple :

Un salarié payé mensuellement est victime d'un accident du travail avec arrêt immédiat le 4 juillet 1993 : La période de référence sera le mois de juin 1993. Il a perçu une prime annuelle le 31/12/92, celle-ci sera inscrite en B avec sa date de versement, la période à laquelle la prime se rattache (du 1.1.92 au 31.12.92) et son montant brut.

En effet, cette prime doit être répartie sur les 12 mois civils qui suivent la date de son versement et donc 1/12e de son montant sera ajoutée au salaire et aux accessoires du salaire afférents à la période de référence (juin 93) pour le calcul de l'indemnité journalière.

Colonne 13

Inscrivez le montant global de la part salariale des cotisations et de la CSG (défini colonne 7) correspondant aux seules sommes portées à la colonne 12.

C CAS OU LA PERIODE DE REFERENCE N'A PAS ETE ENTIEREMENT ACCOMPLIE

En raison d'un des motifs figurant dans la liste suivante : maladie (MAL), longue maladie (MLD), accident du travail (AT), maternité (MAT), chômage total ou partiel (CHOM), fermeture de l'établissement (FERM), congés non payés autorisés (ABS AUT), service national (SN)... (art. R. 433.7 du Code de la Sécurité Sociale).

Colonne 14

Inscrivez le ou les motifs d'interruption du travail (voir ci-dessus),

Colonne 18

Inscrivez le salaire brut perdu relatif à l'interruption de travail au cours de la période de référence. Dans le cas d'une embauche ou d'un changement d'emploi récent, le salaire de base est déterminé à partir du salaire afférent à l'emploi occupé au moment de l'arrêt de travail. Toutefois, si le salaire de base ainsi déterminé se trouve inférieur au montant global des rémunérations réellement perçues dans les différents emplois au cours de la période à considérer, c'est sur ce montant global que sera calculée l'indemnité journalière.

Colonne 19

Indiquez le montant global de la part salariale des cotisations et de la CSG (défini colonne 7) qui aurait été calculé sur le salaire brut perdu mentionné colonne 18, selon le calcul suivant :

Colonne 19 = colonne 18 X colonne 7 : colonnes 4 + 5 + 6

D CAS PARTICULIERS

Salariés de moins de 18 ans : Indiquez le salaire minimum applicable au salarié adulte de la même catégorie.

Apprentis ou stagiaires : Précisez le salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi qualifié dans lequel l'apprenti ou le stagiaire aurait normalement été classé à la fin de l'apprentissage ou du stage.

DEMANDE DE SUBROGATION DE L'EMPLOYEUR

En cas de maintien total ou partiel du salaire, l'employeur peut demander que les indemnités journalières dues à l'assuré(e) lui soient versées directement dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée. Dans ce cas la victime doit autoriser l'employeur à percevoir les indemnités, en complétant le cadre prévu.

Le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
S62021

Les prestations relatives à l'incapacité permanente

Votre salarié reste atteint d'une incapacité permanente.

Le taux d'incapacité est fixé par la caisse primaire après avis du médecin-conseil, compte tenu de la nature de l'infirmité, de l'état général du salarié et de certains éléments socioprofessionnels.

- Si le taux est inférieur à 10 %, le salarié perçoit une indemnité en capital, d'un montant forfaitaire, selon le taux d'incapacité.
- Si le taux est égal ou supérieur à 10 %, le salarié perçoit une rente, calculée en fonction du taux d'incapacité permanente et de son salaire annuel.

Vous devez communiquer à la CPAM, sur sa demande, les éléments de salaires permettant le calcul de la rente.

Le double de la notification de rente adressée à votre salarié vous sera envoyé pour information.

En cas de décès imputable à l'accident ou aux suites de l'accident ou de la maladie professionnelle, ses ayants droit (veuf, veuve, concubin(e), personne liée par un pacte civil de solidarité, les enfants ou les parents de l'assuré à charge) peuvent avoir droit à une rente.

Bénéficiaires	Montant de la rente annuelle * = salaire annuel de base multiplié par un taux de :
1. Le conjoint non divorcé ni séparé de corps, à condition que le mariage ait eu lieu avant l'accident ou, à défaut, si le mariage a eu lieu après l'accident, sous condition de durée du mariage (deux ans à la date du décès).	1. 40 % (porté à 60 % à 55 ans ou en cas d'incapacité d'au moins 50 %).
2. Le concubin ou la personne liée par un pacte civil de solidarité, à condition que le PACS ait été contracté ou que la situation de concubinage établie antérieurement à l'accident ou, à défaut, qu'ils l'aient été deux ans avant le décès.	2. 40 %.
Remarque ! Ces conditions ne sont pas exigées si des enfants sont nés de ces différents types d'unions.	
3. Le conjoint séparé de corps ou l'ex-conjoint divorcé s'il a obtenu une pension alimentaire.	3. 20 % (sans pouvoir dépasser le montant de la pension alimentaire).
4. Les enfants jusqu'à leur vingtième anniversaire.	4. 25 % pour chacun des deux premiers enfants ; 20 % pour chaque enfant à partir du troisième. Ces taux sont portés à 30 % par enfant, lorsque ces derniers sont orphelins de père et de mère au moment de l'accident ou le deviennent.
5. Les ascendants , s'ils étaient effectivement à la charge de la victime ou si la victime leur versait une pension alimentaire ou lorsqu'elle n'avait ni conjoint ni enfant, s'ils rapportent la preuve qu'ils auraient pu obtenir de la victime une pension alimentaire.	5. 10 % pour chacun des ascendants. (dans la limite de 30 % du salaire annuel de base).

* Taux applicables aux accidents ou maladies survenus à compter du 1^{er} septembre 2001.

Remarque ! Le cumul de ces différents taux ne peut dépasser 85 % du salaire annuel de la victime.

11.11 La faute inexcusable et la faute intentionnelle de l'employeur

Vous pouvez être reconnu responsable vis-à-vis de votre salarié d'une faute inexcusable

Cette faute peut être de votre propre fait ou du fait d'un salarié substitué dans la direction de votre entreprise.

Selon la définition classique, « la faute inexcusable est une faute d'une exceptionnelle gravité, dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, de la conscience du danger que devait en avoir son auteur et de l'absence de toute cause justificative. »

Toutefois, depuis les arrêts rendus par la Cour de cassation le 28 février 2002, dans des cas de maladies liées à l'amiante, la faute inexcusable est définie comme « une obligation de sécurité de résultat... que le manquement à cette obligation a la caractéristique de faute inexcusable au sens de l'article L. 452-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver ».

Désormais, la faute repose sur le critère de la conscience du danger de l'employeur non suivi des mesures nécessaires de prévention.

Toutefois, la victime ne bénéficie pas d'une présomption de faute inexcusable de l'employeur. C'est à elle de rapporter la preuve que son employeur, qui avait ou aurait dû avoir conscience du danger, n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver (C. cass. 2^e civ. 8 juillet 2004, n^o pourvoi 02-30984).

Aussi, lorsque la faute inexcusable est invoquée par la victime ou lorsque la caisse primaire est en possession d'éléments susceptibles de mettre en évidence l'existence d'une telle faute, une procédure amiable entre la victime ou ses ayants droit et l'employeur est organisée par la caisse primaire.

Cette procédure de conciliation permet, le cas échéant, de recueillir l'accord des parties sur l'existence d'une telle faute et peut également conduire à déterminer le montant de la majoration de rente et l'indemnisation des préjudices personnels (préjudice causé par les souffrances physiques et morales, préjudices esthétiques et d'agrément) accordée à la victime ou à ses ayants droit.

La majoration de rente est payée par la caisse qui en récupère le montant au moyen d'une cotisation complémentaire. Cette cotisation ne peut être perçue pendant plus de vingt ans et son taux ne peut excéder ni 50 % de la cotisation de l'employeur, ni 3 % des salaires servant de base à cette cotisation.

L'employeur peut à tout moment proposer spontanément à la caisse de se libérer de sa dette par le versement du capital représentatif de la majoration de rente.

Dans le cas de cession ou de cessation de l'activité de l'entreprise, le capital correspondant aux arrérages à échoir de la majoration de rente est immédiatement exigible.

La réparation des préjudices personnels est versée directement aux bénéficiaires par la caisse qui en récupère le montant auprès de l'employeur.

À défaut d'accord amiable, c'est le tribunal des affaires de sécurité sociale qui statue

Vous pouvez vous assurer contre les conséquences financières de votre propre faute inexcusable ou de celle des salariés à qui vous avez délégué des pouvoirs ou qui se seraient substitués dans la direction de votre entreprise.

Dans ce cas, l'assureur ou son mandataire participe à la procédure amiable de conciliation.

Vous pouvez être reconnu responsable vis-à-vis de votre salarié d'une faute intentionnelle

« La faute intentionnelle se distingue de la faute inexcusable par la présence d'un élément intentionnel. »

En plus des prestations servies par la caisse primaire, la victime ou ses ayants droit conservent contre l'auteur de l'accident le droit de demander réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun.

La caisse primaire est également admise à intenter contre l'auteur de l'accident une action en remboursement des sommes payées par elle.

La caisse régionale peut imposer à l'employeur une cotisation supplémentaire.

11.12 Qui règle la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ?

La cotisation AT/MP est à la charge exclusive de l'employeur.

Le taux de la cotisation AT/MP n'est pas uniforme : il diffère selon le niveau de risque d'accident et de maladie présenté par l'activité de chaque établissement. Il a donc pour objectif d'être incitatif à la prévention des risques professionnels.

11.13 Qui fixe et notifie le taux de la cotisation ?

Le service tarification de la caisse régionale d'assurance maladie de votre circonscription (ou la caisse générale de sécurité sociale pour les DOM).

11.14 Quand le taux vous est-il notifié ?

Dès l'embauche de votre premier salarié.

Puis tous les ans au 1^{er} janvier, ce taux étant valable pour l'année entière.

En fonction :

- de l'activité professionnelle exercée par votre entreprise ;
- de toutes les dépenses réglées par les CPAM au titre des AT/MP ;
- des salaires soumis à cotisation AT/MP (reportés sur les DADS) ;
- de l'effectif de l'entreprise qui entraîne le mode de tarification applicable.

11.15 Les trois modes de tarification

En fonction de l'effectif de votre entreprise, la CRAM appliquera l'un des trois modes de tarification suivant :

Tarification collective (moins de 10 salariés)

Taux fixé annuellement par arrêté ministériel pour chaque catégorie professionnelle en fonction des résultats statistiques nationaux des trois dernières années connues (dépenses AT ; salaires reportés sur la DADS).

Tarification individuelle réelle (200 salariés et plus)

Taux déterminé annuellement par la CRAM en fonction des résultats statistiques des trois dernières années connues propres à l'établissement ou aux établissements de l'entreprise.

Tarification mixte (entre 10 et 199 salariés)

Taux déterminé annuellement par la CRAM en additionnant une fraction de taux réel propre à l'établissement et une fraction complémentaire de taux collectif (la fraction de taux réel est d'autant plus grande que l'effectif de l'entreprise tend vers 199).

11.16 Règles particulières de tarification applicables aux établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

Le mode de tarification est fonction de l'effectif de/ou des établissements implantés en Alsace-Moselle d'une entreprise à savoir (les effectifs des autres régions ne sont pas pris en compte) :

■ Entreprise hors bâtiment et travaux publics

Tarification collective (moins de 50 salariés)

Taux fixés annuellement par arrêté ministériel pour chaque catégorie professionnelle en fonction des résultats statistiques régionaux des trois dernières années connues (dépenses AT ; salaires reportés sur la DADS).

Tarification individuelle réelle (200 salariés et plus)

Taux déterminé annuellement par la CRAM Alsace-Moselle en fonction des résultats statistiques des trois dernières années connues propres à l'établissement ou aux établissements de l'entreprise.

Tarification mixte (entre 50 et 199 salariés)

Taux déterminé annuellement par la CRAM Alsace-Moselle en additionnant une fraction de taux réel propre à l'établissement et une fraction complémentaire de taux collectif (la fraction de taux réel est d'autant plus grande que l'effectif de l'entreprise tend vers 199).

■ Entreprise de bâtiment et travaux publics (BTP)

Tarification collective (moins de 50 salariés)

Taux fixés dans les mêmes conditions que pour les entreprises hors BTP.

Tarification individuelle réelle (500 salariés et plus)

Taux déterminé annuellement par la CRAM Alsace-Moselle en fonction des résultats statistiques des trois dernières années connues propres à l'établissement ou aux établissements de l'entreprise.

Tarification mixte (entre 50 et 499 salariés)

Taux déterminé annuellement par la CRAM Alsace-Moselle en additionnant une fraction de taux réel propre à l'établissement et une fraction complémentaire de taux collectif (la fraction de taux réel est d'autant plus grande que l'effectif de l'entreprise tend vers 499).

Les dépenses AT sont basées sur le coût réel aussi bien pour les entreprises hors BTP que pour celles relevant du BTP.

11.17 Vos relations avec la CRAM en matière de taux de cotisations AT/MP

Vous êtes soumis à un taux calculé par la CRAM

- Taux mixte ;
- Taux individuel.

La CRAM vous envoie chaque année vers le mois de septembre un relevé de **compte employeur** (cf. pages 114 et 115). Ce compte est le relevé des dépenses générées au cours de l'avant-dernière année connue (année n - 1).

Il comprend :

- les prestations temporaires (les dépenses de soins, d'hospitalisation et les indemnités journalières) ;
- les indemnités en capital ;
- les capitaux représentatifs de rentes et des accidents mortels. (Pour les établissements des entreprises du bâtiment et des travaux publics, ils sont remplacés par le produit du coût moyen de ces accidents par le nombre des accidents concernés).

Il rappelle en outre le total des salaires versés aux salariés de votre établissement au titre de ce même exercice (salaires indiqués sur la DADS.)

Ces éléments interviendront dans la détermination de votre taux de cotisations AT/MP.

Ce relevé de compte vous est communiqué pour vérification, effectuez celle-ci avec soin.

En cas de désaccord, faites-en part à la CRAM.

- Ensuite, **la CRAM vous envoie** dans le courant du premier trimestre de l'année civile **une feuille de calcul** (cf. page 116) des taux de cotisations AT/MP reprenant tous les éléments de calcul de votre taux de cotisation AT/MP.
- Enfin, quel que soit le mode de tarification auquel vous êtes soumis, **la CRAM vous envoie une notification de taux** (cf. pages 117 et 119).

Le taux notifié sera celui sur lequel vous devez payer vos cotisations AT/MP pour l'année civile en cours.

Le formulaire de la notification de taux indique également :

- le numéro de risque Sécurité sociale dont relève votre activité (le bon classement de votre activité par la CRAM est important car de lui dépend le taux qui vous est appliqué) ;
- le secteur professionnel dont relève votre activité ;
- le numéro SIRET de votre établissement.

En cas de désaccord, vous avez deux mois, à compter de la date de réception de la notification, pour contester le taux notifié.

La contestation se fait par lettre recommandée avec AR auprès de la CRAM (pendant la procédure, vous devez néanmoins cotiser sur la base du taux notifié) ou vous pouvez dans les mêmes conditions saisir directement la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail.

Conservez précieusement votre notification de taux car y figurent :

- le numéro SIRET ;
- le numéro de risque Sécurité sociale ;

qui devront obligatoirement être reportés sur les DADS et les DAT.



**CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE
DU SUD-EST**

35 RUE GEORGE 13386 MARSEILLE CEDEX 20
Tél. : 04 91 85 85 00
DGRP
Tél. : 04 91 85 85 67

Le 18/10/2000

SOCIETE DE CHAUDRONNERIE MODERNE
TOUR ARIANE LA DEFENSE
5 PL DE LA PYRAMIDE
92800 PUTEAUX

COMPTE EMPLOYEUR TARIFICATION

SIRET	Section	RISQUE	B	CTN	LIEU DU RISQUE
014551410 00115	01	283CC		AA	115 AVENUE DES BLEUETS
Zones grisées à rappeler dans tout document déclaratif					
URSSAF		REFERENCES URSSAF			13004 MARSEILLE
MARSEILLE	00000003303410171				
NATURE DES ACTIVITES VISEES SOUS LE NUMERO DE RISQUE CI-DESSUS					
FABRICATION DE CHAUDRONNERIE COURANTE					

EXERCICE 1999

SALAIRES : Euros : 782657,00		EFFECTIF MOYEN : 52	
RECAPITULATIF DES PRESTATIONS			
Nombre 1 ^o versement	5	Montant IT	23928,83
Nombre IC	2	Montant IC	2515,91
Nombre rente	0	Montant Rente	0,00

La loi n° 78.17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant, auprès de notre organisme.

COMPTE EMPLOYEUR TARIFICATION

EXERCICE : 1999

Référence employeur : 418679866 00115 01

Date : 18/10/2000

Page : 1 / 1

Numéro de sinistre Nom de la victime	SOMMES REGLEES PAR LA CAISSE PRIMAIRE AU TITRE DES					TOTAL (col. 2-3-4-5)	PRESTATIONS INCAPACITE PERMANENTE		
	Frais médicaux 2	Frais Pharmacie 3	Frais Hospitali- sation 4	Indemnités journalières Montant 5	Nbre		Taux IP	Indemnité en capital	Capitaux
1560223141375 69 000918 6 DUPUY 1° Vers AT		72,83		853,64	30	926,47			
1650223245419 72 000913 7 DI LIBERTO 1° Vers AT	23,10	14,67		330,39	11	368,16			
1480224516827 17 000727 1 VIGOUR 1° Vers AT	124,18	138,86		814,99	25	1078,03			
1510713066525 73 000502 8 SINO JEAN AT	23,62					23,62			
171106666617 91 000301 5 MARCO AT		17,47				17,47			
1461234567014 09 000224 9 ALFORT 1° Vers AT	655,38	8,92		10197,49	262	10861,79			
1470548218022 97 991221 6 SENKO 1° Vers / IC AT	1605,89	65,87	426,66	7715,36	162	9813,78	6,00	1970,57	
153079934212914 991116 8 JARDIN IC AT	613,30					613,30	2,00	545,34	
1540825632660 66 990728 1 FORT AT	72,05					72,05			
16124578019 72 990520 2 NAUR AT		16,78				16,78			
1750779114120 140991002 5 DECAUMEL AT	38,42					38,42			
1510712504727 73 970703 8 ERSINO JEAN AT		4,38				4,38			
1510713055727 73 910121 6 MONTERSINO JEAN AT	87,66					87,66			
156100215388 01 881117 9 ANGE AT		6,92				6,92			

La loi n° 78.17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant, auprès de notre organisme.

FEUILLE DE CALCUL COMPTE TRIENNAL



CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE DU SUD-EST

35 RUE GEORGE 13386 MARSEILLE CEDEX 20
Tél. : 04 91 85 85 00
DGRP
Tél. : 04 91 85 79 12

Le 02/01/2001

SOCIETE DE CHAUDRONNERIE MODERNE

TOUR ARIANE LA DEFENSE
5 PL DE LA PYRAMIDE
92800 PUTEAUX

FEUILLE DE CALCUL - COMPTE TRIENNAL - TAUX MIXTE

SIRET	Section	RISQUE	B	CTN	LIEU DU RISQUE
014551410 00115	01	283CC		AA	115, AVENUE DES BLEUETS
Zones grisées à rappeler dans tout document déclaratif					13004 MARSEILLE
URSSAF		REFERENCES URSSAF			
MARSEILLE		00000003303410171			
NATURE DES ACTIVITES VISEES SOUS LE NUMERO DE RISQUE CI-DESSUS					
FABRICATION DE CHAUDRONNERIE COURANTE					

ELEMENTS SERVANT AU CALCUL :	Effectif du dernier exercice de la période triennale de référence	
	Section AT : 52	Entreprise (global) : 71
		- E -

ANNEE	TOTAL DES SALAIRES	ACCIDENTS (RECOURS DEDUITS)			
		Indemnités Temporaires		Indemnités en Capital	
		Montant	Montant	Nombre	Montant
1997	1745576	21349	3186	0	0
1998	1425187	29799	0	0	0
1999	782657	23929	2516	0	0
TOTAL	Euros 2670420	75077	5702		0
TOTAL	Euros 2670420	75077	5702		0
RISQUE			- C -	- D -	

MAJORATIONS ARRETE DU :	MAJORATION FORFAITAIRE RISQUE TRAJET	CHARGES	COMPENSATION
30/12/2000	0,35	44 %	0,45
	- F -	- G -	- H -

CALCUL EFFECTUE :	COUT TOTAL DU RISQUE TRAVAIL CHARGES COMPRISES	TAUX BRUT	TAUX NET REEL CHARGES COMPRISES	TAUX NET REEL
	$B + C + [(B + C) \times G] + (D \times J)$	$(M \times 100) / A$	$N + F + (F \times G) + H$	arrondi au centième le plus voisin
	80779	3,250	5,31	5,31
	- M -	- N -	- P -	- R -

TAUX ANNEE PRECEDENTE	TAUX COLLECTIF	FRACTION TAUX NET REEL	FRACTION TAUX COLLECTIF	TAUX MIXTE	TAUX MIXTE
				$(P \times K) + (I \times L)$	arrondi au centième le plus voisin
5,87	4,50	0,324	0,676	4,7624	4,76
	- I -	- K -	- L -	- S -	- T -

TAUX APPLICABLE	DATE D'EFFET
6,50	01/01/2001

La loi n° 78.17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant, auprès de notre organisme.



**CAISSE REGIONALE DE SECURITE SOCIALE
DU SUD-est**

35 RUE GEORGE 13386 MARSEILLE CEDEX 20

Tél. : 04 91 85 85 00

DGRP

Tél. : 04 91 85 79 12

Le 02/01/01

SOCIETE DE CHAUDRONNERIE MODERNE
TOUR ARIANE LA DEFENSE
5 PL DE LA PYRAMIDE
92800 PUTEAUX

**NOTIFICATION DU TAUX DES COTISATIONS
DUES AU TITRE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES**

SIRET	Section	RISQUE	B	CTN	LIEU DU RISQUE
014551410 00115	01	283CC		AA	115, AVENUE DES BLEUETS
Zones grisées à rappeler dans tout document déclaratif					13004 MARSEILLE
URSSAF		REFERENCES URSSAF			
MARSEILLE	000000003303410171				
NATURE DES ACTIVITES VISEES SOUS LE NUMERO DE RISQUE CI-DESSUS					
FABRICATION DE CHAUDRONNERIE COURANTE					

TAUX	DATE D'EFFET
4,76	01/01/2001

Le taux notifié à votre établissement permet de déterminer le montant des cotisations d'accidents du travail et des maladies professionnelles qui lui sont applicables.

Ces cotisations sont, au même titre que les cotisations d'Assurances Sociales et d'Allocations Familiales, payables à l'URSSAF dont dépend votre établissement.

Si la nature de l'activité décrite sur cette notification ne correspond pas à celle exercée par vos salariés, contactez nos services.

Par ailleurs, vous êtes tenu de déclarer à la caisse toute circonstance de nature à aggraver les risques encourus par votre personnel (article L242-5 du code de la Sécurité Sociale).

CONSERVEZ CETTE NOTIFICATION ET TRANSMETTEZ UNE COPIE A VOTRE COMPTABLE S'IL ETABLIT VOS DECLARATIONS SOCIALES

LE DIRECTEUR,

POSSIBILITES DE RECOURS - FORMES ET DELAIS
(article R. 143-21 du Code de la Sécurité Sociale)

LE RECOURS GRACIEUX doit être formé auprès de notre Caisse Régionale dans le DELAI MAXIMUM de 2 MOIS, à compter de la date de réception de la présente notification, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

1 - dans le cas où la Caisse Régionale, saisie régulièrement du recours gracieux a rejeté celui-ci dans un délai de DEUX MOIS, un nouveau délai de DEUX MOIS est ouvert pour introduire un recours contentieux (cf. paragraphe 2 ci-après). Ce nouveau délai court du jour où intervient la décision de rejet.

2 - si deux mois après son introduction, le recours gracieux n'a pas fait l'objet d'une décision de la CAISSE REGIONALE, il doit être regardé comme rejeté. Dans ce cas, un nouveau délai de DEUX MOIS, courant du jour où intervient la décision implicite de rejet est ouvert pour saisir la CNIT dans les conditions de forme indiquées ci-après.

LE RECOURS CONTENTIEUX

En cas de rejet de votre recours gracieux, vous avez la faculté de saisir d'un recours la CNIT instituée par l'article L. 143.3 du Code de la SECURITE SOCIALE.

Le recours, établi en TRIPLE exemplaire, doit être formé dans le DELAI MAXIMUM de 2 MOIS, à compter de la date de rejet explicite (cf. paragraphe 1), ou implicite (cf. paragraphe 2) de votre recours gracieux, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, adressée au Secrétariat de la CNIT SECTION Tarification, Les Jardins de la Somme - Port d'Aval - B.P. 2817 - 80026 AMIENS CEDEX 1.

Dans le même délai de 2 MOIS, les mémoires justificatifs établis également en TRIPLE exemplaire doivent être adressés à ladite CNIT.

Conformément aux dispositions de l'article R 144.6 du Code de la SECURITE SOCIALE, la procédure devant la CNIT est gratuite et sans frais. Toutefois, l'appelant qui succombe est condamné au paiement d'un droit qui ne peut excéder le dixième du montant mensuel du plafond prévu à l'article L. 241.3 du Code de la Sécurité Sociale ; il peut cependant être dispensé du paiement de ce droit par une mention expresse figurant dans la décision. En outre, dans le cas de recours jugé dilatoire ou abusif, le demandeur qui succombe, est condamné au paiement d'une amende aux taux prévu à l'article 559 du nouveau Code de Procédure Civile et, le cas échéant, au règlement des frais de la procédure et notamment des frais résultant des enquêtes, consultations et expertises ordonnées par la Commission.

La loi n° 78.17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant, auprès de notre organisme.

Vos références : indispensables pour toute correspondance ou tout contact avec notre organisme :

SIREN : 582 050 647 (entreprise)
SIRET : 582 050 647 00020 (établissement)

Prestations versées au cours de l'exercice considéré, pour tout accident tant qu'il occasionne des frais, même si le salarié a quitté votre établissement

Nombre de jours d'arrêt

COMPTE EMPLOYEUR TARIFICATION

EXERCICE : 2001

référence employeur : 014551410 00013 01

Date : 13/08/2001

Page : 1 / 1

1 Numéro de sinistre Nom de la victime	SOMMES REGLEES PAR LA CAISSE PRIMAIRE AU TITRE DES			5 Indemnités Journalières Montant 5	Nbre	TOTAL (col. 2-3-4-5)	PRESTATIONS INCAPACITÉS PERMANENTES	
	2 Frais médicaux	3 Frais Pharmacie	4 Frais Hospitalisation				Taux IP	Indemnité en capital
1570145288023 74 000907 4 DUPUY AT	253,00	125,00	21485,00	2400,00	13	21883,00	5,00	10451,10
2530499127420 87 000205 3 DILIBERO AT 1° Vers / IC	745,00	254,00		7500,00	25	12500,00	35,00	
1550543157010 87 991105 6 VIGOUROUX MP 1° Vers / Rente	786,00	2840,00	54200,00	35600,00	125	93220,00		812800,00
1750775118120 14 991002 5 ALLAFORT AT Mortel								2477239,44
1650763113057 71 990807 8 KUTSENKO AT 1° Vers / Rec. Total								
1750775118120 14 930205 8 ALLAFORT AT Rente							45,00	
145049833692 53 930131 6 OLIVIERI AT Vers	1250,00		12845,00	6300,00	30	20185,00		697600,00

(Rente fractionnée en application Décret 92-558 du 25/06/1992)

Accident du travail (les accidents de trajet ne figurent pas sur le compte employeur)

Maladie professionnelle

Date sous la forme Année-Mois-Jour :
- de survenance pour les accidents du travail
- de constatation pour les maladies professionnelles

Montant à la charge du tiers (déduit de votre compte)

La prise en charge des accidents graves (taux d'IPP supérieur ou égal à 10 % ou mortels) survenus à des salariés infirmes en mission s'effectue à hauteur de :
- 1/3 par l'entreprise utilisatrice
- 2/3 par l'entreprise de travail temporaire

Accident mortel : salaire de référence multiplié par 26

Montant de la rente annuelle initiale multiplié par 32

Indemnité en Capital : indemnité perçue par l'assuré multipliée par 1,1 (taux d'IPP inférieur à 10 %)

Taux d'Incapacité Permanente Partielle attribué à la date de consolidation initiale

11.18 La prévention des risques professionnels

Les services prévention des CRAM :

Des partenaires pour vous aider à maîtriser les risques AT/MP

- Des compétences et des moyens techniques.
- Des incitations financières.

La prévention des risques professionnels pourquoi ?

Vous êtes le seul responsable légal de la sécurité de vos salariés.

- Des règles sont imposées aux employeurs par le Code du travail pour l'hygiène, la sécurité et la protection de la santé des salariés au travail. Le contrôle de leur respect est fait par l'inspecteur du travail.
- Indépendamment et dans le cadre de l'application du Code de la Sécurité sociale, les agents des services prévention des CRAM peuvent vous apporter conseils et aides financières pour améliorer la sécurité et la protection de vos salariés.

Comment ?

Par des moyens techniques

- Les ingénieurs-conseils et les contrôleurs de sécurité de la CRAM peuvent pénétrer dans tous les établissements. Ils conseillent l'entreprise dans l'analyse et la maîtrise des risques.
- Ils ont les moyens de faire effectuer toutes les mesures, analyses et, prélèvements d'atmosphère.

Les prélèvements et mesures sont effectués par les services de prévention.

Ces conseils et mesures sont gratuits

- Ils sont invités aux réunions des CHSCT.
- Ils effectuent des enquêtes à la suite d'accidents graves ou mortels pour en déterminer les causes en vue de proposer des mesures de prévention (et non pas pour engager des recherches en responsabilité).
- Ils peuvent vous inviter à prendre toutes mesures justifiées de prévention.

Grâce à leurs compétences techniques et leurs expériences industrielles, ils peuvent vous apporter gratuitement

- Des informations techniques et juridiques.
- De la documentation, des supports d'information et de sensibilisation.

- Une offre de stages de sensibilisation et de formation des salariés et des outils pédagogiques.
- Des conseils d'experts en matière de sécurité des machines, d'ergonomie des postes de travail, de traitement des nuisances chimiques, physiques, ou biologiques de choix d'équipements de protections collectives et individuelles, d'intégration de la sécurité dans la conception des lieux de travail (notamment lors de travaux neufs et à l'occasion d'investissements).

Des incitations financières :

- Des minorations du taux de la cotisation AT/MP à la suite de la mise en œuvre de mesures de prévention.
- Des majorations du taux en cas de non-réalisation de mesures de prévention demandées face à un risque important.
- Une aide financière aux petites entreprises dans le cadre d'une démarche contractuelle par voie de contrats de prévention pour des investissements dans :
 - la formation à la sécurité ;
 - l'abaissement de l'exposition aux nuisances ;
 - l'amélioration de la sécurité globale dans l'entreprise.
- Des subventions ou des prêts pour encourager l'innovation en matière de maîtrise des risques professionnels.



Le maintien dans l'emploi

Le droit à la réinsertion professionnelle est ouvert à toute personne qui, du fait de son état de santé, et quelle que soit l'origine de son handicap (maladie, accident, accident du travail, maladie professionnelle) est devenue inapte à exercer sa profession.

Pour assurer le maximum d'efficacité, le signalement d'une situation de désinsertion professionnelle doit être le plus précoce possible. Le médecin traitant, le médecin-conseil et le médecin du travail doivent travailler en étroite collaboration afin de proposer la solution la mieux adaptée à l'état du salarié.

Les dispositions définies par le Code du travail et le Code de la sécurité sociale (CSS) ayant pour but de favoriser la réinsertion professionnelle d'un malade ou d'un accidenté utilisent différentes terminologies renvoyant à des objectifs et des contenus pas toujours totalement distincts.

- La réadaptation fonctionnelle (notion médicale) avec prise en charge de prestations en nature et en espèces (indemnités journalières en cas d'arrêt de travail).
- La rééducation professionnelle en vue d'un reclassement professionnel (notion socio-professionnelle) avec prise en charge des frais de toute nature, y compris les frais d'entretien et d'hébergement (art. R. 481-2 du Code de la sécurité sociale) et du maintien des indemnités journalières ou de la rente éventuellement complétées (art. L. 432-9, L. 323-3 et R. 323-3 du Code de la sécurité sociale).

Elle a pour objectif la réinsertion professionnelle et peut prendre différentes formes :

- rééducation au sein de l'entreprise ;
- rééducation dans un établissement,

pour réapprendre ou apprendre les gestes d'un ancien ou d'un nouveau poste de travail ou encore bénéficier d'une formation diplômante permettant de se réorienter vers un nouveau métier.

La réinsertion professionnelle peut nécessiter le recours à la seule réadaptation fonctionnelle ou à la seule rééducation professionnelle ou encore à l'association des deux selon des modalités et proportions variables adaptées à chaque cas.

Les différents outils du maintien dans l'emploi

La réadaptation fonctionnelle

Selon la gravité de l'atteinte, elle est faite en cabinet libéral ou en centre spécialisé. Elle peut permettre la réinsertion plus précoce dans le milieu du travail.

La reprise d'un travail léger ou à temps partiel

Cette reprise vise à « favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure » et ainsi la réinsertion au travail de la victime.

Pour être mise en œuvre, elle doit être prescrite par le médecin traitant, reconnue par le médecin-conseil et acceptée par le médecin du travail après accord de l'employeur.

La visite de préreprise du médecin du travail

La visite de préreprise est un moment particulièrement important car elle permet au médecin du travail de faire le point sur les capacités de travail de la victime et d'envisager des mesures de réinsertion dans le cas où la reprise du travail au poste antérieur n'est pas envisageable.

Une visite de préreprise suffisamment précoce permet d'organiser au mieux le retour du salarié au sein de l'entreprise, dans un poste aménagé si cela s'avère nécessaire.

Cette visite est possible sur l'initiative de la victime, sur conseil du médecin traitant ou du médecin-conseil. Elle permet au médecin du travail de faire le point sur les capacités de travail de la victime et d'envisager des mesures de réinsertion.

Le médecin-conseil, lorsqu'il juge que l'état de la victime entraîne des difficultés ou une impossibilité à la reprise de l'ancien travail, informe, avec l'accord de la victime, le médecin du travail.

Le médecin du travail doit, lors de la visite de reprise, se prononcer sur l'aptitude au travail du salarié :

- si l'assuré est apte sans réserve, il reprend son poste de travail ou un poste équivalent ;
- si l'assuré est inapte à titre temporaire ou définitif (l'inaptitude ne peut être prononcée qu'après une deuxième visite espacée de quinze jours de la précédente), plusieurs solutions sont envisageables :
 - un travail aménagé est proposé par l'entreprise avec éventuellement l'aide financière de l'État ;
 - une rééducation professionnelle, en centre spécialisé, est nécessaire avant la réintégration ;
 - le licenciement avec indemnités est effectué, lorsque la nature des séquelles rend la reprise du travail impossible.

La rééducation professionnelle

Lorsque la rééducation professionnelle s'avère nécessaire, l'avis de la COTOREP est sollicité. Elle apprécie l'aptitude au travail et, en fonction du handicap de la victime, se prononce sur :

- le placement direct en milieu ordinaire du travail ;
- l'orientation vers une structure de travail protégé (ateliers protégés, centres de distribution de travail à domicile, centres d'aide par le travail) ;
- la formation professionnelle pour donner une nouvelle qualification professionnelle.

Stage de rééducation en entreprise

Principe : l'entreprise propose au salarié un poste de travail adapté à son handicap. La caisse participe au salaire de la victime le temps de l'apprentissage au nouveau poste.

Avantage : maintien du handicapé dans son environnement professionnel.

- Contrat

Un contrat est passé entre la victime, l'employeur, et la CPAM, avec accord de la COTOREP, et visa du directeur départemental du travail et de l'emploi. Le contrat précise la part du salaire incombant à l'entreprise et celle incombant à la CPAM ainsi que la durée du stage.

- Participation de la CPAM

Une participation, sous forme d'indemnités journalières selon le montant du salaire, est négociée entre la caisse et l'employeur.

Ces différents outils sont utilisables quel que soit le risque ayant entraîné le handicap, par contre, les procédures et l'indemnisation peuvent être quelque peu différentes selon que l'on est dans le cadre des risques professionnels ou non.

Tableau synoptique des conséquences de l'inaptitude
(Extrait de la circulaire DRT n° 93/11 du 17 mars 1993
concernant le contrat de travail,
la maladie et l'inaptitude physique du salarié, document ministère du Travail
non paru au Journal officiel)

	Inaptitude constatée après arrêt de travail consécutif à un AT/MP	Inaptitude constatée après arrêt de travail consécutif à maladie ou accident non professionnel	Inaptitude constatée hors arrêt de travail (visite annuelle ou à la demande du salarié)
Constatation de l'inaptitude au poste	nécessité de deux examens médicaux espacés de deux semaines (R 241-51-1)	nécessité de deux examens médicaux espacés de deux semaines (R 241-51-1)	nécessité de deux examens médicaux espacés de deux semaines (R 241-51-1)
Rôle du médecin du travail	doit formuler par écrit ses conclusions sur l'aptitude du salarié à exercer une des tâches existantes dans l'entreprise (L 122-32-5 al. 1 ^{er})	doit formuler par écrit ses conclusions sur l'aptitude du salarié à exercer une des tâches existantes dans l'entreprise (L 122-24-4 al. 1 ^{er})	le médecin est habilité à proposer toute mesure justifiée par l'état de santé (L 241-10-1 al. 1 ^{er})
Obligations de l'employeur	compte tenu des conclusions du médecin et après avis des délégués du personnel, l'employeur doit proposer un emploi approprié aux capacités du salarié et aussi comparable que possible au précédent (L 122-32-5 al. 1 ^{er}) s'il ne peut proposer un autre emploi, l'employeur doit en faire connaître par écrit les motifs (L 122-32-5 al. 2)	compte tenu des conclusions du médecin, l'employeur doit proposer un emploi approprié aux capacités du salarié et aussi comparable que possible au précédent (L 122-24-4 al. 1 ^{er}) l'employeur est tenu de prendre en considération les propositions du médecin du travail et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite (L 241-10-1 al. 2)	l'employeur est tenu de prendre en considération les propositions du médecin du travail et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite (L 241-10-1 al. 2)
Conséquences de l'absence de reclassement	l'employeur ne peut prononcer le licenciement que s'il justifie de l'impossibilité de reclassement (L 122-32-5 al. 4) si le salarié n'est pas licencié (ou reclassé) dans le délai d'un mois, l'employeur doit rétablir le salaire précédent (L 122-32-5 al. 1 ^{er})	la décision est laissée au chef d'entreprise sous le contrôle éventuel du juge du contrat de travail si le salarié n'est pas licencié (ou reclassé) dans le délai d'un mois, l'employeur doit rétablir le salaire précédent (L 122-24-4 al. 2)	la décision est laissée au chef d'entreprise sous le contrôle éventuel du juge du contrat de travail
Contestations des avis médicaux devant l'inspecteur du travail	l'employeur ou le salarié peuvent saisir l'inspecteur du travail de toute contestation sur les avis d'aptitude ou d'inaptitude. La décision est prise après avis du médecin inspecteur du travail (L 241-10-1 al. 3)	l'employeur ou le salarié peuvent saisir l'inspecteur du travail de toute contestation sur les avis d'aptitude ou d'inaptitude. La décision est prise après avis du médecin inspecteur du travail (L 241-10-1 al. 3)	l'employeur ou le salarié peuvent saisir l'inspecteur du travail de toute contestation sur les avis d'aptitude ou d'inaptitude. La décision est prise après avis du médecin inspecteur du travail (L 241-10-1 al. 3)
Indemnisation en cas de licenciement justifié par l'impossibilité de reclassement	doublément de l'indemnité légale de licenciement (ou indemnité conventionnelle si plus favorable) et indemnité de préavis (L 122-32-5)	indemnité légale (ou conventionnelle si non expressément exclue par la convention collective) de licenciement pas d'indemnité de préavis (sauf si expressément prévue par la convention collective) (jurisprudence)	indemnité légale (ou conventionnelle si non expressément exclue par la convention collective) de licenciement pas d'indemnité de préavis (sauf si expressément prévue par la convention collective) (jurisprudence)
Sanction en cas de licenciement non justifié par l'impossibilité de reclassement	réintégration ou indemnité au moins égale à 12 mois de salaire (L 122-32-7)	réintégration ou indemnité au moins égale à six mois de salaire pour absence de cause réelle et sérieuse (L 122-14-4)	réintégration ou indemnité au moins égale à six mois de salaire pour absence de cause réelle et sérieuse (L 122-14-4)

7 Juin 1993

* Articles du Code du travail.

13

L'allocation des travailleurs de l'amiante

Depuis le 2 avril 1999, un dispositif de cessation anticipée d'activité permet aux salariés et anciens salariés des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, ou victimes d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante, de bénéficier d'une allocation de retraite anticipée.

À effet du 1^{er} août 2000, le dispositif a été ouvert aux salariés ou anciens salariés des établissements de flocage et de calorifugeage à l'amiante, de construction et de réparations navales (sous réserve de l'exercice de l'un des métiers inscrits aux arrêtés des 7 juillet 2000 (JO du 22 juillet 2000, page 11290), 19 mars 2001 (JO du 31 mars 2001, page 5066) et du 12 août 2002 (JO du 29 août 2002, page 14340), et aux ouvriers dockers professionnels.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005 prévoit que l'inscription ou la modification d'un établissement ou d'un port sur la liste fixée par arrêté ne peut intervenir qu'après information de l'employeur concerné. La décision doit être notifiée à l'employeur. L'employeur doit l'afficher sur le lieu de travail concerné.

Remarque ! Les désaccords sur une inscription ou sur une modification sont portés devant le Conseil d'État.

La gestion de cette allocation a été confiée aux caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) et aux caisses générales de sécurité sociale (CGSS) pour les départements d'outre-mer.

Conditions

Ou bien :

- Travailler ou avoir travaillé, pendant la période fixée, dans un des établissements figurant sur les listes établies par arrêtés successifs ⁽¹⁾ ou bien avoir été ou être ouvrier docker professionnel ou personnel portuaire assurant la manutention dans un des ports inscrits à la liste fixée par l'arrêté du 7 juillet 2000 (JO du 22 juillet 2000, page 11299) ; voir aussi les arrêtés des 12 octobre 2000 (JO du 18 octobre 2000, page 16550), 1^{er} août 2001 (JO du 5 septembre 2001, page 14235), 28 mars 2002 (JO du 18 avril 2002, page 6830), 30 avril 2002 (JO du 4 mai 2002, page 8370), 14 octobre 2003 (JO du 10 décembre 2003, page 21017), 25 novembre 2004 (JO du 30 novembre 2004), 25 mars 2005 (JO du 5 avril 2005) et 24 octobre 2005 (JO du 29 octobre 2005).

Et :

- Avoir atteint un âge déterminé pouvant varier en fonction de la durée de travail effectuée dans ces établissements, sans pouvoir être inférieur à 50 ans.

⁽¹⁾ **Fabrication de matériaux contenant de l'amiante et traitement à l'amiante** (flocage et calorifugeage) : arrêtés des 3 juillet 2000 (JO du 16 juillet 2000), 12 octobre 2000 (JO du 19 octobre 2000), 19 mars 2001 (JO du 31 mars 2001), 1^{er} août 2001 (JO du 4 septembre 2001), 24 avril 2002 (JO du 5 mai 2002), 12 août 2002 (JO du 29 août 2002), 25 mars 2003 (JO du 11 avril 2003), 30 juin 2003 (JO du 10 juillet 2003), 6 février 2004 (JO du 3 mars 2004), 21 septembre 2004 (JO du 3 octobre 2004), 25 novembre 2004 (JO du 30 novembre 2004), 25 mars 2005 (JO du 7 avril 2005 et 2 arrêtés du 30 septembre 2005 (JO du 14 octobre 2005).

Construction et réparation navales : arrêtés des 7 juillet 2000 (JO du 22 juillet 2000), 19 mars 2001 (JO du 31 mars 2001), 28 septembre 2001 (JO du 21 octobre 2001), 11 décembre 2001 (JO du 20 décembre 2001), 24 avril 2002 (JO du 5 mai 2002), 12 août 2002 (JO du 29 août 2002), 25 mars 2003 (JO du 16 avril 2003), 30 juin 2003 (JO du 10 juillet 2003), 21 septembre 2004 (JO du 3 octobre 2004), 25 novembre 2004 (JO du 30 novembre 2004), 25 mars 2005 (JO du 7 avril 2005) et 30 septembre 2005 (JO du 14 octobre 2005).

Ou bien :

- Être salarié ou ancien salarié reconnu atteint au titre du régime général d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante, soit qu'elle figure au tableau 30 ou 30 bis des maladies professionnelles, soit qu'elle soit prise en charge sur avis motivé du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

Et :

- Être âgé d'au moins 50 ans.

Et dans les deux cas :

- Cesser toute activité professionnelle.
- Cumul impossible avec un revenu de remplacement (tel qu'une allocation chômage), indemnités journalières « maladie », allocation de préretraite FNE (ou autre dispositif similaire) : pour bénéficier de l'allocation des travailleurs de l'amiante, le demandeur doit mettre fin à ces situations.
- La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002 introduit la possibilité de verser une allocation différentielle en complément d'une pension d'invalidité servie au titre du régime général ou d'un régime spécial (le demandeur peut, lorsqu'il est titulaire d'une telle pension, opter pour cette formule ou renoncer à sa pension d'invalidité pour percevoir l'intégralité de l'allocation des travailleurs de l'amiante), d'un avantage de réversion servi au titre du régime général ou d'un régime spécial ou d'un avantage personnel de vieillesse acquis au titre d'un régime spécial.
- Incompatibilité avec un avantage personnel de vieillesse servi par un régime obligatoire autre qu'un régime spécial, une préretraite progressive.

Montant

L'allocation de cessation d'activité est calculée en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts de la dernière année d'activité salariée.

Cette allocation est égale à :

- 65 % du salaire de référence dans la limite du plafond de la sécurité sociale ;
- 50 % de ce salaire pour la fraction comprise entre une et deux fois ce plafond.

Le montant de l'allocation ne peut être ni inférieur au montant minimal de l'allocation spéciale du fonds national de l'emploi (AS-FNE), ni supérieur à 85 % du salaire de référence.

À qui s'adresser ?

Pour bénéficier de l'allocation, l'intéressé doit souscrire une demande auprès de la caisse régionale d'assurance maladie ou de la CGSS de son domicile habituel.

La protection sociale

Les titulaires de cette allocation et leur ayants droit bénéficient du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité et, en application de la loi n° 2002-1487 du 21 décembre 2002 de financement de la Sécurité sociale pour 2003, auprès du régime dont elles relevaient à la date du dépôt de leur demande.

La prise en charge des cotisations d'assurance volontaire à l'assurance vieillesse et des contributions aux régimes de retraite complémentaire est assurée par le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

Les conséquences sur le contrat de travail

Le salarié qui est admis au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée présente sa démission à son employeur. Cette rupture du contrat de travail à l'initiative du salarié ouvre droit au versement par l'employeur d'une indemnité de cessation d'activité d'un montant égal à celui de l'indemnité de départ en retraite (art. L. 122-4-13 du Code du travail) et calculée sur la base de l'ancienneté acquise au moment de la rupture du contrat de travail, sans préjudice de l'application de dispositions plus favorables prévues en matière d'indemnité de départ à la retraite par une convention ou un accord collectif de travail ou par le contrat de travail.

Le financement de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

Un fonds a été spécialement créé par l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la Sécurité sociale pour 1999, pour ce dispositif : le Fonds de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCATAA).

Ce fonds est alimenté par trois flux :

Une contribution de la branche Accidents du travail – Maladies professionnelles

Une contribution de la branche Accidents du travail – Maladies professionnelles du régime général, dont le montant, précédemment fixé chaque année par arrêté ministériel, est maintenant fixé par la loi de financement de la Sécurité sociale (application de l'article 47 de la loi de financement de la Sécurité sociale : application de l'article 47 de la loi n° 01-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la Sécurité sociale pour 2002) ;

Une taxe sur les tabacs

Une fraction du produit de la taxe sur les tabacs (définis à l'article 575 du Code général des impôts).

Une nouvelle contribution des entreprises

L'article 47 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005 (JO du 21 décembre 2004) crée une modalité complémentaire de financement : la contribution de l'entreprise, applicable à effet du 5 octobre 2004. Le décret n° 2005-417 du 2 mai 2005, paru au JO du 5 mai 2005, précise les modalités d'application de cette mesure.

• L'entreprise contributrice

- Si l'allocataire a été admis dans le dispositif au titre d'une maladie professionnelle, c'est l'entreprise qui supporte ou a supporté, au titre de ces cotisations pour accidents du travail et maladies professionnelles, la charge des dépenses occasionnées par cette maladie professionnelle.

- Si l'allocataire a été admis dans le dispositif au titre de l'activité dans un des établissements répertoriés au cours de la période retenue, c'est l'entreprise qui exploite l'établissement à la date d'admission du salarié à l'allocation. Si l'intéressé a travaillé dans plusieurs établissements répertoriés, la contribution est répartie en fonction de la durée du travail effectué au sein de chaque établissement.

- Si l'allocataire relève ou a relevé de la catégorie des dockers professionnels intermittents, la contribution correspondant à la période d'intermittence est répartie entre tous les employeurs de main-d'œuvre du port, en fonction des rémunérations totales brutes versées aux intéressés pendant la période d'intermittence.

• Les cas d'exonération

- La contribution n'est pas due pour le premier bénéficiaire admis au cours d'une année civile.

- Les entreprises placées en redressement ou liquidation judiciaire sont exonérées de la contribution.

• Le montant de la contribution

Il est égal, par allocation attribuée, à 15 % du montant annuel brut de l'allocation, majoré de 40 % au titre des cotisations d'assurance vieillesse et de retraite complémentaire, multiplié par le nombre d'années comprises entre 60 ans et l'âge de l'allocataire à la date d'attribution.

Exemple Attribution d'une allocation d'un montant brut de 1 450 euros à un bénéficiaire de 56 ans.

Montant annuel brut : $1\,450 \times 12 = 17\,400$ euros.

Contribution à 15 % : 2 610 euros.

Contribution pour cotisations à la charge du fonds : $2\,610 \times 40\% = 1\,044$ euros.

Durée potentielle du versement : 4 ans.

Montant total de la contribution : $(2\,610 + 1\,044) \times 4 = 14\,616$ euros.

Attention ! Pour une entreprise donnée, le montant de la contribution ne peut ni dépasser deux millions d'euros par année civile ni être supérieur à 2,5 % de la masse totale des salaires payés au personnel pour la dernière année connue.

• Recouvrement

La contribution est appelée, recouvrée et contrôlée par l'URSSAF.

14

L'invalidité et le décès

14.1 L'invalidité

À la suite d'un arrêt pour maladie, votre salarié peut être reconnu invalide par le médecin-conseil de la caisse.

Cette reconnaissance met fin à l'indemnisation maladie pour être remplacée par une indemnisation au titre de l'assurance invalidité.

L'indemnisation au titre de cette assurance n'implique de votre part aucune démarche.

Définition

« Est reconnu invalide l'assuré dont l'état de santé entraîne une diminution des deux tiers de sa capacité de travail ou de gain. »

Conditions d'indemnisation

Les conditions de droit sont les mêmes que celles retenues pour l'indemnisation d'un arrêt maladie au-delà de six mois.

La pension d'invalidité

- Objectif : compenser la diminution de capacité de gain.

Quelle que soit la catégorie reconnue, l'assuré invalide peut, en pratique, exercer une activité salariée sous réserve de l'avis du médecin du travail.

Le cumul entre salaire et pension est possible dans la limite du montant du salaire trimestriel moyen perçu avant la maladie suivie d'invalidité.

En cas de prescription d'arrêt de travail à un salarié invalide pour un autre motif médical que l'affection invalidante, le droit à indemnités journalières est soumis aux conditions générales.

L'assuré au seul titre de la pension d'invalidité ouvre à présent droit au capital décès.

14.2 Le décès

En cas de décès, un salarié ou titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente AT pour incapacité supérieure ou égale aux deux tiers peut ouvrir droit, pour sa famille, à un capital décès.

Conditions

Les mêmes que pour le droit au remboursement des soins pour le salarié (soixante heures en un mois ou cent vingt heures en trois mois ouvrent un droit).

Le seul statut titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident de travail suffit à ouvrir droit au capital décès.

Vous établirez une attestation de salaire (S 3201 n) et indiquerez le cas échéant les augmentations de salaires appliquées dans l'entreprise entre la date d'arrêt de votre salarié et la date de son décès.

15

La retraite

15.1 Le départ volontaire à la retraite

Tout salarié quittant volontairement l'entreprise pour faire valoir ses droits à retraite a droit à l'indemnité légale ou conventionnelle de départ à la retraite. Cette indemnité est intégralement soumise à cotisations aux taux de droit commun.

15.2 La mise à la retraite par l'employeur

Tout salarié dont la mise à la retraite résulte d'une décision de l'employeur a droit, sous réserve de dispositions plus favorables de la convention collective ou du contrat de travail, au versement d'une indemnité équivalente à l'indemnité légale de licenciement. Cette indemnité n'est pas soumise à cotisations.

La mise à la retraite s'entend par la possibilité donnée à l'entreprise de rompre le contrat de travail d'un salarié de 65 ans qui peut bénéficier d'une retraite au taux maximum de 50 %.

15.3 Comment votre salarié peut-il préparer sa retraite de la Sécurité sociale ?

15.3.1 Le relevé de carrière

Sur une simple demande écrite, adressée à la Cnav, à la Cram, à la Crav ou à la CGSS, tout salarié peut recevoir son relevé de carrière afin de connaître la durée d'assurance acquise et les salaires à partir desquels sera calculée sa retraite de la Sécurité sociale. Il peut de la même façon obtenir un calcul estimatif à partir de 54 ans.

Le relevé de carrière peut être consulté et/ou demandé en ligne sur le site www.retraite.cnaf.fr

15.3.2 L'âge de la retraite

■ L'âge de la retraite de la Sécurité sociale est fixé à 60 ans

L'assuré a toujours la possibilité d'ajourner sa demande au-delà de 60 ans sans limitation.

Depuis le 1^{er} janvier 2004, les assurés qui ont commencé une activité très jeune et qui ont effectué une très longue carrière ont la possibilité, sous certaines conditions, de partir en retraite avant 60 ans (à compter de 56, 57, 58 ou 59 ans selon les cas).

Depuis le 1^{er} juillet 2004, les assurés handicapés ont à leur tour la possibilité de prendre leur retraite avant 60 ans (à compter de 55, 56, 57, 58 ou 59 ans selon les cas). Ils doivent justifier

notamment, tous régimes de retraite confondus, d'une durée d'assurance minimale accomplie alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente d'au moins 80 %.

Le droit à la retraite est ouvert à partir d'un trimestre d'assurance.

15.3.3 La retraite et l'activité

■ La cessation d'activité

Le service de la retraite du régime général est subordonné à la rupture de tout lien professionnel avec son dernier employeur. L'assuré doit alors fournir une attestation sur l'honneur mentionnant la date de cessation de toute activité salariée au cours des six mois précédant le point de départ de la retraite.

■ Dérogations à la cessation d'activité

L'exercice de certaines activités professionnelles, **ayant commencé antérieurement au point de départ de la retraite**, peut être poursuivi sans faire obstacle au service de la retraite du régime général. Il s'agit notamment des activités à caractère littéraire ou scientifique exercées accessoirement, des activités artistiques, des activités juridictionnelles ou assimilées, etc.

■ Activités exclues des règles de cessation d'activité

Certaines activités sont exclues du dispositif de cessation d'activité, il s'agit notamment des activités non salariées (les artisans, commerçants et industriels, professions libérales, avocats, exploitants agricoles) ou celles relevant de certains régimes spéciaux ⁽¹⁾.

■ Le cumul emploi-retraite

L'assuré peut reprendre une activité salariée immédiatement chez un autre employeur, ou chez son dernier employeur au plus tôt six mois après le point de départ de sa retraite.

Dans le cadre de cette reprise d'activité, la retraite lui est servie à condition que le total mensuel des montants bruts de ses retraites de salarié (des régimes de base et des régimes complémentaires), quelles que soient leurs dates d'effet, et de son nouveau salaire d'activité, ne dépasse pas la limite de cumul ⁽²⁾. Dans le cas contraire, sa retraite est suspendue.

Le paiement reprend lorsqu'il cesse cette activité, ou dès qu'elle lui procure un revenu inférieur.

Si l'assuré bénéficie d'une retraite attribuée avant le 1^{er} janvier 2004 et qu'il souhaite reprendre une activité professionnelle, il ne rentre pas dans ce nouveau dispositif. Il ne peut pas reprendre une activité chez son ancien employeur mais il peut retravailler chez un autre employeur ou exercer une activité non salariée différente de celle exercée avant sa cessation et ce, quels que soient ses revenus professionnels.

⁽¹⁾ Fonctionnaires de l'État, magistrats de l'ordre judiciaire, militaires, fonctionnaires territoriaux et hospitaliers (CNRACL), ouvriers des établissements industriels et des marins.

⁽²⁾ La limite du cumul est égale à la moyenne des trois derniers salaires d'activité soumis à la contribution sociale généralisée (CSG).

Activités exclues des règles de cumul emploi-retraite

Les revenus procurés par les activités professionnelles non salariées (tels que les artisans, commerçants et industriels, professions libérales, avocats, exploitants agricoles) ou relevant de certains régimes spéciaux ⁽¹⁾ ne font pas obstacle au paiement de la retraite du régime général de la Sécurité sociale.

15.4 La retraite progressive

Attention, cette partie a été rédigée sur la base des informations disponibles en janvier 2006.

Cette faculté est ouverte aux salariés âgés d'au moins 60 ans qui exercent à titre exclusif une activité à temps partiel et qui justifient du nombre de trimestres d'assurance requis (régime général, régime agricole et régime des non-salariés confondus) pour obtenir une retraite au taux maximum de 50 %.

Son montant est une fraction de la retraite calculée selon les règles habituelles.

La fraction qui est servie est déterminée en fonction de la durée de travail à temps partiel par rapport à la durée du travail à temps complet dans l'entreprise.

Temps du travail	Fraction de la retraite à payer
• Entre 60 et 80 % du temps complet	30 %
• Entre 40 et 59,99 % du temps complet	50 %
• Moins de 40 % du temps complet	70 %

Cette fraction ainsi fixée est servie et peut éventuellement être révisée à l'issue de chaque période d'un an à compter de la date de point de départ de la retraite en cas de modification de la durée de travail à temps partiel ayant une incidence sur la fraction de retraite payée.

Le salarié continuant à exercer une activité, des cotisations obligatoires seront prélevées sur son salaire.

Lorsque l'assuré cesse son activité à temps partiel et souhaite obtenir le paiement intégral de sa retraite, il lui appartient d'en faire la demande.

La retraite progressive et le cumul emploi-retraite

Les assurés titulaires d'une retraite progressive qui cessent leur activité à temps partiel et qui demandent le service de leur retraite complète sont soumis aux règles de cessation d'activité et de cumul emploi-retraite.

Dans le cadre des retraites progressives dont la mise en paiement de la retraite complète intervient après le 31 décembre 2003, les nouvelles dispositions de cumul emploi-retraite (citées page 141) seront appliquées en cas de reprise d'activité.

⁽¹⁾ Fonctionnaires de l'État, magistrats de l'ordre judiciaire, militaires, fonctionnaires territoriaux et hospitaliers (CNRACL), ouvriers des établissements industriels et des marins.

■ Cotisation d'un temps partiel sur la base d'un temps plein

Désormais, tous les salariés titulaires d'un contrat de travail à temps partiel **ou** dont la rémunération n'est pas déterminée en fonction du nombre d'heures de travail effectuées ont la possibilité, en accord ⁽¹⁾ avec leur employeur, de cotiser au titre de l'assurance vieillesse sur la base d'un salaire équivalent à l'activité exercée à temps plein.

15.5 Les régimes complémentaires

L'accord du 8 décembre 1961, signé entre le patronat français (CNPF) et les confédérations de salariés, a donné naissance à l'ARCCO, Association des régimes de retraites complémentaires.

La loi du 29 décembre 1972 « portant généralisation de la retraite complémentaire au profit des salariés et anciens salariés » a étendu le bénéfice de cet accord à toutes les catégories de salariés ou d'anciens salariés assujettis à titre obligatoire à l'assurance vieillesse du régime général et du régime des assurances sociales agricoles.

Institué par la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, le régime des cadres est obligatoire pour toutes les branches professionnelles entrant dans son champ d'application.

Le régime fonctionne selon le système de la répartition. Il est géré par des institutions adhérant à une Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC).

15.6 Un accès rapide à des informations pratiques sur la retraite des salariés

www.retraite.cnnav.fr

- Donne des informations pratiques sur les droits à retraite, les démarches à effectuer et permet de visualiser ou de commander son relevé de carrière, d'imprimer certains documents (brochures, imprimés de demande retraite, etc.) et de calculer sa retraite à partir de l'âge de 54 ans.
- Propose un simulateur commun de droits à la retraite. Il permet en quelques minutes d'avoir une projection de ce que pourraient être les droits à la retraite des futurs retraités en fonction de profils présélectionnés et ce quel que soit leur âge.

⁽¹⁾ Signature d'un accord écrit entre l'employeur et le salarié, figurant dans le contrat de travail ou un avenant.

Votre salarié à l'étranger

16.1 Généralités

Le salarié qui va, durant une période déterminée, exercer son activité sur le territoire d'un autre État, pour le compte de l'entreprise qui l'emploie, peut être maintenu au régime français de sécurité sociale.

Suivant l'État dans lequel il se rend et la durée prévue de la période d'emploi, la situation, au regard de la sécurité sociale française mais aussi du régime étranger, va être différente.

On distingue trois situations :

- la mission ;
- le détachement ;
- le détachement de longue durée.

Les modalités de détachement sont différentes d'un État à l'autre. Elles résultent des accords internationaux : les règlements européens applicables dans les relations entre les dix-huit États de l'Espace économique européen et la Suisse ou les conventions ou accords bilatéraux.

La situation des personnels roulants et navigants des transports internationaux, du fait de sa spécificité, fait l'objet d'un chapitre particulier (chapitre 16.9).

16.2 Principe et définitions

Dans les trois situations définies ci-après, l'employeur est l'élément moteur du maintien au régime français de Sécurité sociale. Il lui incombe d'accomplir les formalités préalables ainsi que de prévenir la Caisse primaire d'assurance maladie de tout changement survenu dans la situation de son salarié. L'employeur s'engage à s'acquitter des cotisations prévues par le régime français de Sécurité sociale.

L'interlocuteur privilégié de l'employeur est donc la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle se trouve l'entreprise ou, en cas d'entreprises ayant plusieurs établissements, l'établissement dont dépend le salarié ; cette règle concerne également les entreprises à établissements multiples autorisées, en application des dispositions de l'article R. 243-8 du Code de la sécurité sociale, à verser les cotisations auprès d'une seule URSSAF.

Par ailleurs, l'employeur, utilisant de manière régulière et fréquente les procédures du détachement, a intérêt à se mettre en relation avec la caisse primaire ci-dessus désignée afin de déterminer, en liaison avec celle-ci et dans la limite des possibilités qui sont consenties à ladite caisse par les instructions ministérielles, les modalités pratiques spécifiques de gestion des missions et détachements nombreux et répétitifs.

16.2.1 La mission

Il s'agit d'une mission d'ordre professionnel ou de voyages d'affaires qui conduisent certains collaborateurs d'une entreprise à des déplacements fréquents, successifs et souvent impromptus, soit dans un même État, soit dans une série d'États, pour une durée inférieure ou égale à trois mois.

16.2.2 Le détachement

Il s'agit de l'exécution d'un travail projeté à l'avance, en un lieu déterminé, avec une certaine continuité et d'une durée en général supérieure à trois mois.

Le détachement a été instauré dans l'intérêt du salarié afin d'éviter que ce dernier ne soit soumis, pour de courtes périodes, à différentes législations.

16.2.3 Le détachement de longue durée

C'est un détachement qui excède la durée prévue par un accord international (règlements communautaires ou conventions bilatérales) et requiert des autorisations spécifiques. En principe, le salarié conserve des liens avec son employeur habituel.

L'employeur doit recourir au détachement de longue durée sitôt le début de l'activité à l'étranger lorsque la durée prévisible de celle-ci est, dès le départ, supérieure à la durée de la période initiale de détachement prévue par le texte international.

Remarque ! Ces procédures ne peuvent dispenser du versement de cotisations dans l'État de détachement que lorsque celui-ci est lié à la France par un accord international de sécurité sociale ou un accord bilatéral : règlements européens, conventions ou accords de sécurité sociale avec plusieurs États ou Province d'État (Québec) et avec certains territoires d'outre-mer (autonomes en matières de protection sociale).

En l'absence d'accord international ou lorsque la durée prévue par l'accord international est dépassée (durée normale ou prolongation exceptionnelle), le salarié devra être assujéti à la législation de l'État d'accueil à moins que la législation de cet État ne l'en dispense.

16.3 Mission et détachement dans un État membre de l'UE/EEE ou la Suisse

■ État de l'UE/EEE ou Suisse

Allemagne – Autriche – Belgique – Danemark – Espagne (péninsule Ibérique, îles Baléares et Canaries) – France (Métropole, DOM : Guadeloupe, Martinique, Guyane française, la Réunion) –

Finlande - Grèce - Irlande - Islande - Italie - Liechtenstein - Luxembourg - Norvège - Pays-Bas - Portugal (y compris les archipels des Açores et de Madère) - Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, pays de Galles, Irlande du Nord et Gibraltar) - Suède ainsi que la Suisse. À compter du 1^{er} mai 2004, dix nouveaux États dans l'Union européenne : Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République tchèque, République slovaque, Slovénie.

■ **À qui s'appliquent les règlements européens ?**

Ces textes s'appliquent, entre autres, aux salariés quelle que soit leur nationalité ou bien aux réfugiés ou aux apatrides.

Toutefois, s'agissant des ressortissants d'États tiers, c'est-à-dire n'ayant pas la nationalité d'un pays de l'Espace économique européen ou Suisse, ces textes ne s'appliquent pas lorsqu'ils sont en mission ou détachement au Danemark, en Norvège, en Islande, au Liechtenstein ou en Suisse (cf. § 16.7 Mission et détachement dans les États hors convention).

16.3.1 Formalités à effectuer dans le cadre d'une mission (durée inférieure à trois mois)

■ **Vous devez présenter votre demande à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du siège social de votre entreprise**

- Vous devez compléter la demande de maintien au régime français de sécurité sociale ⁽¹⁾ et l'envoyer à la CPAM du siège social de votre entreprise.
- Deux exemplaires du formulaire E 101, validés par la CPAM, vous seront retournés, l'un pour vous, l'autre pour le salarié.

■ **Il existe une procédure simplifiée à l'aide de formulaires prénumérotés**

- Cette procédure concerne les employeurs susceptibles de détacher régulièrement des salariés pour moins de trois mois et de manière impromptue.
- Pour en bénéficier, vous devez adresser votre demande, par courrier, à la CPAM du siège social de l'entreprise. À réception, celle-ci vous adressera des formulaires E 101 prénumérotés et présignés, en double exemplaire.

■ **Au moment du départ du salarié, vous devez**

- **Compléter** les deux formulaires E 101 prénumérotés :
 - remettre un exemplaire au salarié,
 - adresser le second à la CPAM, dans les vingt-quatre heures, pour information ;

⁽¹⁾ Questionnaire pour le maintien au régime français de sécurité sociale (disponible sur le site www.ameli.fr, rubrique « formulaires »).

- **adresser** également un exemplaire du formulaire E 101 à l'institution de l'État de détachement dans l'hypothèse d'un détachement en Belgique, en Finlande, en Islande, aux Pays-Bas ou en Suède.

16.3.2 Formalités à effectuer dans le cadre d'un détachement (entre trois mois et un an)

La personne qui effectue, pour le compte de son employeur habituel, une activité professionnelle sur le territoire d'un autre État membre de l'EEE ou de la Suisse demeure assujettie à la législation de l'État habituel d'emploi si la durée prévisible du travail n'excède pas douze mois (article 14 1 a) du règlement CEE n° 1408/71).

- Vous devez compléter la demande de maintien au régime français de sécurité sociale ⁽¹⁾ et l'adresser à la CPAM du siège social de votre entreprise ; deux exemplaires du formulaire E 101 vous seront adressés, l'un pour vous, l'autre pour le salarié.
- Un troisième exemplaire du formulaire E 101 sera adressé par la CPAM à l'institution du lieu de détachement dans l'hypothèse d'un détachement en Belgique, en Finlande, en Islande, aux Pays-Bas ou en Suède.

16.3.3 Formalités à effectuer dans le cadre d'un détachement supérieur à un an ou de longue durée

16.3.3.1 Demande de prolongation au-delà de l'accord initial dans la limite de douze mois supplémentaires

Dans l'hypothèse où le détachement devrait se prolonger au-delà de la première période de douze mois et pour une durée prévue inférieure ou égale au plus à douze nouveaux mois, le maintien au régime habituel d'affiliation est soumis à l'autorisation des autorités compétentes de l'État de détachement (article 14 § 1 b) du règlement CEE n° 1408/71).

Vous devez, en votre qualité d'employeur, formuler votre demande à l'aide de l'imprimé E 102, en quatre exemplaires, directement auprès de l'autorité compétente de l'État de détachement.

La demande d'autorisation préalable peut être soumise à une enquête de la part de ces autorités ; aussi convient-il de leur adresser le formulaire E 102, au moins six semaines avant la fin de la période initiale du détachement.

16.3.3.2 Demande d'autorisation de détachement de longue durée

Si vous souhaitez maintenir votre salarié au régime français, vous devez solliciter une autorisation exceptionnelle (article 17 du règlement CEE n° 1408/71) dans les trois cas suivants :

- dès le début, si le détachement est prévu pour plus de douze mois ;

⁽¹⁾ Questionnaire pour le maintien au régime français de sécurité sociale (disponible sur le site www.ameli.fr, rubrique « formulaires »).

- une fois accompli le détachement d'un an, si la prolongation est prévue pour plus de douze mois ;
- après la première année et la prolongation de douze mois, si le travail doit se poursuivre car la mission n'est pas terminée.

En effet, ce maintien exceptionnel au régime français de sécurité sociale, pris dans l'intérêt du salarié, requiert l'autorisation conjointe des autorités compétentes de l'État d'envoi d'affiliation et de l'État d'accueil.

Le détachement de longue durée relève d'un accord conjoint des autorités françaises et de celles de l'État de détachement et ne comporte en lui-même aucune limitation de durée, les États étant libres, en fonction de chaque cas d'espèce, d'accorder ou de refuser la demande.

Cependant, quelques États ont établi des normes générales en termes de durée.

C'est ainsi en particulier qu'actuellement sur le plan pratique, et sauf situation très particulière, la Belgique, l'Espagne et les Pays-Bas limitent l'accord à cinq ans, la France à six ans. Ces durées s'entendent périodes de détachement initial et de prolongation incluses. Les autres États n'ont pas de position uniforme en terme de durée mais apprécient au cas par cas et, en règle générale, limitent par réciprocité en fonction des positions prises par l'État partenaire.

Pour obtenir l'autorisation exceptionnelle mentionnée ci-dessus, vous devez saisir le

Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale ⁽¹⁾

Service juridique - Détachement

11 rue de la Tour-des-Dames

75436 PARIS cedex 09

Tél. 01 45 26 33 41

Fax 01 45 26 67 03

Votre demande doit lui être adressée au moyen de l'imprimé « Demande d'application de l'article 17 du règlement CEE n° 1408/71 - Maintien d'affiliation au régime français » ⁽²⁾, de préférence au moins six semaines avant la fin de la période initiale du détachement en cas de prolongation ou avant le départ du salarié dans le cas de détachement de longue durée.

Le CLEISS saisit alors l'autorité étrangère et, à réception de la réponse, vous notifie la décision prise en liaison avec cette autorité. Cette décision sera, en outre, communiquée à la CPAM du siège social de votre entreprise qui établira le formulaire E 101 avec mention des références de l'accord donné et vous l'adressera. Un exemplaire dudit formulaire doit être remis à votre salarié.

S'il s'agit d'un détachement en Belgique, un imprimé particulier est à compléter et à adresser au CLEISS ⁽³⁾.

⁽¹⁾ CLEISS.

⁽²⁾ Demande de détachement exceptionnel dans l'EEE et la Suisse (ce formulaire est disponible sur le site www.cleiss.fr, rubrique « formulaires »).

⁽³⁾ Informations requises pour une demande de détachement en Belgique (ce formulaire est disponible sur le site www.cleiss.fr, rubrique « formulaires »).

Remarque ! Il ne saurait y avoir de détachement sur la base de la législation interne française après l'expiration des délais de détachement prévus par les règlements européens puisque le salarié sera alors assujéti obligatoirement à la législation de l'État d'accueil.

16.4 Mission et détachement dans les États liés à la France par une convention ou un accord bilatéral de sécurité sociale

Vous trouverez, en Annexe VI, la liste des États avec lesquels la France a signé une convention de sécurité sociale.

16.4.1 Formalités à effectuer dans le cadre d'une mission (durée inférieure à trois mois)

16.4.1.1 Cas général

Quelle que soit la nationalité du salarié, vous devez adresser à la CPAM du siège social de votre entreprise un avis de mission référence S 9203 ⁽¹⁾.

Le formulaire conventionnel peut toujours être délivré, a posteriori, par la CPAM si l'État d'accueil du salarié demande une justification du maintien au régime français de sécurité sociale.

16.4.1.2 Formalités simplifiées pour l'Algérie et les États-Unis

Vous êtes concerné si vous détachez, pour moins de trois mois et de manière impromptue, des salariés en Algérie ou aux États-Unis.

■ Pour l'Algérie

Votre salarié doit avoir la nationalité algérienne ou française.

Pour bénéficier de ces dispositions, vous devez demander, à la CPAM du siège social de votre entreprise, des formulaires SE 352-01 prénumérotés et présignés, en double exemplaire.

Au moment du départ du salarié, vous devez :

- compléter les deux formulaires prénumérotés SE 352-01 ;
- en remettre un exemplaire au salarié ;
- adresser le second à la CPAM du siège social de votre entreprise dans les vingt-quatre heures.

⁽¹⁾ Ce formulaire est disponible sur le site www.ameli.fr, rubrique « formulaires ».

■ Pour les États-Unis

Ces dispositions sont applicables aux salariés quelle que soit leur nationalité.

L'avis de mission professionnelle référence S 9203 ⁽¹⁾ est suffisant.

Le formulaire SE 404-2 peut toujours être délivré, a posteriori, à la demande notamment des autorités américaines.

16.4.2 Formalités à effectuer dans le cadre d'un détachement (au-delà de trois mois) et dans la limite de l'accord initial prévu par la convention ou l'accord bilatéral

Vous devez présenter votre demande à la caisse primaire d'assurance maladie du siège social de votre entreprise. Suivant l'État de détachement, la durée initiale de celui-ci peut varier de six mois à cinq ans.

■ Si le salarié est français ou a la nationalité de l'État signataire de la convention

Il vous appartient de compléter :

- la demande de maintien au régime français de sécurité sociale ⁽²⁾ et de l'adresser à la CPAM susvisée ;
- ou, dans les relations avec certains États, l'imprimé conventionnel, en trois exemplaires, fourni par la CPAM ; deux exemplaires de l'imprimé conventionnel, validés par la CPAM vous seront adressés, l'un pour vous, l'autre pour le salarié.

Un exemplaire du formulaire de détachement sera alors adressé à l'autorité compétente de l'État d'emploi occasionnel en cas de détachement au Canada, au Québec ou aux États-Unis par la CPAM du siège social de votre entreprise.

Remarque ! Les conventions, signées entre la France, le Canada, les États-Unis et le Québec prévoient que les ressortissants d'États tiers peuvent bénéficier des dispositions ci-dessus concernant le détachement.

⁽¹⁾ Ce formulaire est disponible sur le site www.ameli.fr rubrique « formulaires ».

⁽²⁾ Questionnaire pour le maintien au régime français de sécurité sociale (formulaire disponible sur le site www.ameli.fr, rubrique « formulaire »).

■ Si le salarié a une autre nationalité (États tiers)

Il vous appartient de compléter :

- l'attestation de détachement S 9201 ⁽¹⁾ en trois exemplaires ; deux exemplaires du S 9201 ⁽¹⁾, validés par la CPAM, vous seront retournés, l'un pour le salarié, l'autre pour vous.

16.4.3 Formalités à effectuer dans le cadre d'une prolongation de détachement au-delà de l'accord initial ou d'un détachement prévisible de longue durée

16.4.3.1 Dans le cadre conventionnel

■ Si le salarié est français ou a la nationalité de l'État signataire de la convention

- Pour toute prolongation de détachement supérieure à la durée initiale maximale prévue par la convention ou l'accord bilatéral ;
- pour tout détachement dont la durée est, dès le départ, prévue pour une durée supérieure à celle prévue par le texte conventionnel,

vous devez saisir le :

Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale ⁽²⁾

Service juridique – Détachement

11 rue de la Tour-des-Dames

75436 PARIS cedex 09

Tél. 01 45 26 33 41

Fax 01 45 26 67 03

Votre demande doit être adressée au CLEISS, au moyen du formulaire figurant en Annexe IV, de préférence au moins six semaines avant la fin de la période initiale du détachement en cas de prolongation ou avant le départ du salarié dans le cas de détachement de longue durée.

Le CLEISS saisit alors l'autorité étrangère et, à réception de la réponse, vous notifie la décision prise en liaison avec cette autorité. Cette décision sera, en outre, communiquée à la CPAM du siège social de votre entreprise qui établira le formulaire conventionnel avec mention des références de l'accord donné et vous l'adressera ; un exemplaire de ce formulaire doit être remis à votre salarié.

■ Si le salarié a une autre nationalité (États tiers)

Il convient de se reporter au § 16.4.3.2, ci-dessous.

⁽¹⁾ Ce formulaire est disponible sur le site www.ameli.fr, rubrique « formulaires ».

⁽²⁾ CLEISS.

16.4.3.2 Dans le cadre de la législation interne

■ Cette disposition concerne les deux situations suivantes

- Le salarié ressortissant d'un État autre que la France ou que l'État signataire de la convention ;
- le salarié ayant déjà été détaché dans le cadre conventionnel et parvenu au terme de la durée du détachement prévu par l'accord concerné peut obtenir un maintien au régime français de sécurité sociale dans la limite complémentaire des six ans prévus par la législation française (article L. 761-2 du Code de la sécurité sociale).

Exemple Un salarié détaché aux États-Unis durant cinq ans peut encore être maintenu au régime français de sécurité sociale pour une année au titre de la législation interne française (5 ans + 1 an = 6 ans).

■ Il vous appartient de compléter

- La demande de maintien au régime français de sécurité sociale ⁽¹⁾ et de l'adresser à la CPAM du siège social de votre entreprise ; la CPAM vous fournira une lettre d'accord.

Remarque ! Alors que, dans la situation visée au § 16.4.3.1 (cadre conventionnel), les cotisations ne sont dues qu'au titre de la législation française, dans le cas présent (cadre de la législation interne § 16.4.3.2), il convient de préciser qu'au-delà de la période conventionnelle, le salarié – dans l'exemple ci-dessus – sera, en général, tenu de cotiser également au régime de sécurité sociale américain.

16.4.4 Cas particuliers des accords intérimaires européens

Les accords intérimaires européens permettent d'appliquer, aux ressortissants des États ⁽²⁾ qui les ont ratifiés, les dispositions des conventions bilatérales existant entre deux autres États qui les ont également approuvés. Or, ces conventions bilatérales prévoient le détachement ; le tableau figurant en Annexe VII reprend les différents cas de figure.

Exemple Un ressortissant allemand peut être détaché de France en Turquie durant trois ans dans le cadre de la convention bilatérale franco-turque.

Au moment du départ du salarié, vous devez adresser à la CPAM la demande de maintien au régime français de sécurité sociale ⁽¹⁾ ; le formulaire adapté s'agissant de l'exemple ci-dessus, le SE 208-01 ou en l'absence du formulaire prévu, une lettre d'accord, vous sera adressé en double exemplaire, l'un pour vous, l'autre pour le salarié.

⁽¹⁾ Questionnaire pour le maintien au régime français de sécurité sociale (formulaire disponible sur le site www.ameli.fr, rubrique « formulaires »).

⁽²⁾ Allemagne – Belgique – **Chypre** – Danemark – Espagne – France – Grèce – Irlande – Islande – Italie – Luxembourg – Norvège – Pays-Bas – Portugal – Royaume-Uni – Suède – **Turquie**.

16.5 Mission et détachement dans les collectivités territoriales (Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon)

Le maintien au régime français de sécurité sociale peut être accordé à votre salarié quelle que soit sa nationalité.

16.5.1 Formalités à effectuer dans le cadre d'une mission

Vous devez adresser, à la caisse primaire d'assurance maladie du siège de votre entreprise, l'avis de mission S 9203 ⁽¹⁾ en un exemplaire.

16.5.2 Formalités à effectuer dans le cadre d'un détachement (dans la limite de trois ans)

Vous devez adresser votre demande à la CPAM du siège social de votre entreprise.

Vous devez compléter l'attestation de détachement S 9201 ⁽¹⁾ en trois exemplaires ; deux exemplaires du S 9201 ⁽¹⁾, validés par la CPAM, vous seront retournés, l'un pour votre salarié, l'autre pour vous.

16.5.3 Formalités à effectuer dans le cadre d'une prolongation de détachement

Vous devez établir la demande de prolongation sur le formulaire S 9201 ⁽¹⁾ en triple exemplaire et l'adresser à la CPAM du siège social de votre entreprise. La durée maximale pendant laquelle le salarié peut, dans le cadre du même détachement, rester soumis à la législation française est de six ans (trois ans renouvelables une fois) ; deux exemplaires de l'imprimé S 9201 ⁽¹⁾ portant l'avis de la CPAM vous seront retournés, l'un pour vous, l'autre pour le salarié.

16.6 Mission et détachement dans les Territoires d'outre-mer (Polynésie, Nouvelle-Calédonie)

Le maintien au régime français de sécurité sociale peut être accordé à votre salarié quelle que soit sa nationalité.

⁽¹⁾ Ce formulaire est disponible sur le site www.ameli.fr, rubrique « formulaires ».

16.6.1 Polynésie

16.6.1.1 Formalités à effectuer dans le cadre d'une mission

- Vous devez adresser, à la CPAM du siège social de votre entreprise, une demande de maintien au régime français de sécurité sociale ⁽¹⁾.
- Deux exemplaires du formulaire 980-01, validés par la CPAM, vous seront adressés, un pour vous, un pour le salarié.

■ Il existe une procédure simplifiée à l'aide de formulaires prénumérotés

Elle concerne les employeurs susceptibles de détacher régulièrement des salariés pour moins de trois mois et de manière impromptue.

Pour en bénéficier, vous devez adresser votre demande à la CPAM du siège social de votre entreprise. À réception, celle-ci vous adressera des formulaires 980-01 prénumérotés et prési-gnés, en double exemplaire.

■ Au moment du départ du salarié, vous devrez

- Compléter les deux formulaires 980-01 prénumérotés ;
- en remettre un exemplaire au salarié ;
- adresser le second à la CPAM du siège social de votre entreprise, dans les vingt-quatre heures, pour information.

16.6.1.2 Formalités à effectuer dans le cadre d'un détachement

Vous devez présenter votre demande à la CPAM du siège social de votre entreprise.

Vous devez compléter la demande de maintien au régime français de sécurité sociale ⁽¹⁾.

La CPAM vous délivrera un certificat de détachement (980-01) ; ce dernier est accordé pour une période initiale maximale de trois ans.

16.6.1.3 Formalités à effectuer dans le cadre d'une prolongation ou d'un détachement prévisible de longue durée

Pour toute prolongation au-delà de trois ans et pour une durée de trois ans maximum, il convient de recueillir l'accord de l'autorité administrative compétente du lieu de détachement, à savoir :

Caisse de prévoyance sociale (CPS)

BP n1

PAPEETE - TAHITI

⁽¹⁾ Questionnaire pour le maintien au régime français de sécurité sociale (formulaire disponible sur le site www.ameli.fr, rubrique « formulaires »).

Votre demande doit lui être adressée directement de préférence au moins six semaines avant la fin de la période initiale du détachement.

En l'absence de réponse de la caisse de prévoyance sociale, dans un délai d'un mois, l'accord est réputé acquis.

Pour tout détachement dont la durée est, dès le départ, prévue pour plus de six ans ou pour tout détachement qui viendrait à dépasser six ans, vous devez saisir le :

Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale ⁽¹⁾

Service juridique – Détachement

11 rue de la Tour-des-Dames

75436 PARIS cedex 09

Tél. 01 45 26 33 41

Fax 01 45 26 67 03

Votre demande doit lui être adressée, de préférence au moins six semaines avant le départ du salarié dans le cas d'un détachement de longue durée, au moyen du formulaire figurant en Annexe IV.

Le CLEISS saisit alors l'autorité polynésienne et, à réception de sa réponse, vous notifie la décision prise en liaison avec cette autorité. Cette décision sera, en outre, communiquée à la CPAM du siège social de votre entreprise ; cette dernière établira le formulaire conventionnel, avec mention des références de l'accord donné, et vous l'adressera. Un exemplaire de ce formulaire doit être remis à votre salarié.

16.6.2 Nouvelle-Calédonie

16.6.2.1 Formalités à effectuer dans le cadre d'une mission

- Vous devez adresser à la CPAM du siège social de votre entreprise une demande de maintien au régime français de sécurité sociale ⁽²⁾.
- Deux exemplaires du formulaire SE 988-01, validés par la CPAM, vous seront adressés, l'un pour vous, l'autre pour votre salarié.

Il existe une procédure simplifiée à l'aide de formulaires prénumérotés

Elle concerne les employeurs susceptibles de détacher régulièrement des salariés pour moins de trois mois et de manière imprévue.

Pour en bénéficier, vous devez adresser votre demande à la CPAM du siège social de votre entreprise. À réception, celle-ci vous adressera des formulaires SE 988-01 prénumérotés et présignés, en double exemplaire.

⁽¹⁾ CLEISS.

⁽²⁾ Questionnaire pour le maintien au régime français de sécurité sociale (formulaire disponible sur le site www.ameli.fr, rubrique « formulaires »).

Au moment du départ du salarié, vous devez

- Compléter les deux formulaires SE 988-01 prénumérotés ;
- en remettre un exemplaire au salarié ;
- adresser le second à la CPAM du siège social de votre entreprise, dans les vingt-quatre heures, pour information.

16.6.2.2 Formalités à effectuer dans le cadre d'un détachement

- Vous devez présenter votre demande à la CPAM du siège social de votre entreprise.
- Vous devez compléter la demande de maintien au régime français de sécurité sociale ⁽¹⁾.

La CPAM du siège social de votre entreprise vous délivrera un certificat de détachement (SE 988-01) ; le détachement est accordé pour une période initiale maximale de deux ans.

16.6.2.3 Formalités à effectuer dans le cadre d'une prolongation ou d'un détachement prévisible de longue durée

Pour toute prolongation supérieure à deux ans ou pour tout détachement dont la durée est prévue pour plus de deux ans, vous devez saisir le :

Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale ⁽²⁾

Service juridique - Détachement

11 rue de la Tour-des-Dames

75436 PARIS cedex 09

Tél. 01 45 26 33 41

Fax 01 45 26 67 03

Votre demande doit lui être adressée au moyen du formulaire figurant en Annexe II, de préférence au moins six semaines avant le départ du salarié dans le cas d'un détachement de longue durée. Le CLEISS saisit l'autorité néo-calédonienne et, à réception de la réponse, vous notifie la décision prise en liaison avec cette autorité. Cette décision sera, en outre, communiquée à la CPAM du siège social de votre entreprise qui établira le formulaire conventionnel avec mention des références de l'accord donné et vous l'adressera. Un exemplaire de ce formulaire doit être remis à votre salarié.

En l'absence de réponse à une demande de prolongation, celle-ci est réputée tacitement acquise à l'expiration du délai d'un mois. Vous devez alors vous adresser directement à la CPAM du siège social de votre entreprise avec la copie de la demande de prolongation adressée au CLEISS, pour la délivrance d'un nouveau certificat de détachement.

⁽¹⁾ Questionnaire pour le maintien au régime français de sécurité sociale (formulaire disponible sur le site www.ameli.fr, rubrique « formulaire »).

⁽²⁾ CLEISS.

16.7 Mission et détachement dans les États hors convention

Le maintien au régime français de sécurité sociale peut être accordé à votre salarié quelle que soit sa nationalité (article L. 761-2 du Code de la sécurité sociale), lorsqu'il est détaché dans un État non lié à la France par un accord international. Toutefois, le maintien au régime français ne dispense pas d'assujettissement au régime local. Il pourra, éventuellement, y avoir double cotisation.

Ces dispositions sont également applicables aux ressortissants d'États tiers, c'est-à-dire n'ayant pas la nationalité d'un État de l'Espace économique européen ou la Suisse lorsqu'ils se rendent en mission ou détachement au Danemark, en Norvège, en Islande, au Liechtenstein ou en Suisse.

16.7.1 Formalités à accomplir dans le cadre d'une mission inférieure à trois mois

- Vous devez adresser, à la CPAM du siège social de votre entreprise, l'avis de mission S 9203 ⁽¹⁾ en un exemplaire.

16.7.2 Formalités à accomplir dans le cadre d'un détachement et pour une durée supérieure à trois mois et inférieure ou égale à trois ans

- Vous devez adresser à la CPAM du siège social de votre entreprise l'attestation de détachement S 9201 ⁽¹⁾ en trois exemplaires ; deux exemplaires du S 9201 ⁽¹⁾ validés par la CPAM, vous seront retournés, l'un pour vous, l'autre pour le salarié.

16.7.3 Formalités à accomplir en cas de prolongation de détachement au-delà des trois ans et dans la limite de trois années supplémentaires

- Vous devez établir la demande de prolongation sur le formulaire S 9201 ⁽¹⁾, en triple exemplaire, et l'adresser à la CPAM du siège social de votre entreprise ; deux exemplaires du S 9201 ⁽¹⁾, validés par la CPAM, vous seront retournés, l'un pour le salarié, l'autre pour l'entreprise. La durée maximale pendant laquelle le salarié peut, dans le cadre du même détachement, rester soumis à la législation française, est en règle générale de six ans (trois ans renouvelables une fois).
- Le salarié qui poursuit son activité salariée dans l'État considéré au-delà de la sixième année perd sa qualité de détaché ; il peut alors souscrire une assurance volontaire à la Caisse des Français de l'étranger (CFE).

⁽¹⁾ Ce formulaire est disponible sur le site www.ameli.fr, rubrique « formulaires ».

Pour adhérer à la CFE, il faut être de nationalité française ou ressortissant d'un État membre de la Communauté européenne sous certaines conditions (consultez cette caisse).

16.8 Protection sociale du salarié et de ses ayants droit

Étant réputé travailler et résider en France, le salarié détaché bénéficie des prestations de sécurité sociale, dans les conditions exposées ci-après qui diffèrent selon le lieu de détachement.

La famille du salarié détaché restée en France a droit aux prestations prévues par la législation française, soit à titre personnel, soit en tant qu'ayant droit de l'assuré.

Si la famille accompagne le salarié détaché, elle bénéficie de la même couverture sociale que lui.

Les démarches à accomplir ainsi que les modalités de versement des prestations en nature (frais médicaux, frais pharmaceutiques et frais d'hospitalisation) et des prestations en espèces (indemnités journalières) sont différentes selon que le salarié est détaché :

- dans le cadre des règlements communautaires (États membres de l'Espace économique européen) ;
- dans le cadre d'une convention ou d'un accord bilatéral ;
- dans le cadre de la législation interne française.

16.8.1 Salariés détachés dans le cadre des règlements européens

16.8.1.1 Comment obtenir les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité (soins médicaux ou dentaires, médicaments, hospitalisation) ?

- Le salarié doit demander la CEAM (carte européenne d'assurance maladie) auprès de sa CPAM d'affiliation ; cette dernière inscrira sur le formulaire les membres de sa famille qui accompagnent le salarié.
- Si le salarié ou un membre de sa famille a besoin de soins, il doit présenter la CEAM à l'institution d'assurance maladie-maternité du lieu de détachement qui est mentionnée sur le formulaire concerné.
- Si le salarié réside pour une longue période dans le nouveau pays d'emploi (exemple : en cas de détachement de longue durée), la CPAM d'affiliation de l'assuré délivrera le formulaire E 106.

Le salarié doit s'inscrire auprès de l'institution d'assurance maladie-maternité de l'État de détachement dès son arrivée ; les coordonnées de cette institution sont indiquées sur le formulaire concerné.

C'est alors l'institution du lieu de séjour, à savoir du lieu de détachement, qui inscrira, sur le formulaire E 106, les membres de la famille du salarié auxquels va être reconnue la qualité d'ayant droit.

Remarque ! Lors de la prolongation d'un détachement sur la base d'un formulaire E102, il est nécessaire, afin de couvrir la période de prolongation, de demander à la Caisse d'affiliation du salarié une nouvelle CEAM.

Il est précisé, toutefois, que les travailleurs détachés ainsi que leurs ayants droit ont la possibilité de s'adresser directement à leur caisse française d'affiliation pour obtenir la prise en charge des frais médicaux engagés sur le territoire de l'État où ils exercent leur activité professionnelle.

16.8.1.2 Comment obtenir les prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité ?

Les indemnités journalières sont servies directement par la CPAM d'affiliation du salarié détaché.

Toutefois, le salarié devra s'adresser, dans un délai de trois jours après le début de son incapacité de travail, à l'institution de l'État de détachement en présentant, selon les États, un avis d'arrêt de travail ou un certificat d'incapacité de travail délivré par le médecin traitant.

L'institution de l'État de détachement procédera, dès que possible, au contrôle médical de l'intéressé et fera parvenir à la CPAM les formulaires requis pour le règlement des indemnités journalières (E 115 et E 116).

16.8.1.3 Formalités spécifiques aux accidents du travail et maladies professionnelles

En cas d'accident du travail, la victime doit en informer son employeur dans la journée où l'accident s'est produit ou, au plus tard, dans les vingt-quatre heures.

La déclaration d'accident du travail est systématiquement adressée par l'employeur à la CPAM dont relève le salarié en France (CPAM d'affiliation). Une copie sera envoyée à l'institution de l'État sur le territoire duquel le travailleur est détaché.

Lorsque l'accident est reconnu par la CPAM comme accident du travail, celle-ci établit un formulaire E 123.

Les prestations en nature de l'assurance Accident du travail seront servies par l'institution de l'État de détachement.

Pour les prestations en espèces, le salarié doit accomplir les mêmes démarches qu'en assurance maladie.

16.8.1.4 Comment obtenir les prestations familiales ?

Le salarié détaché a droit, pour les membres de sa famille qui l'accompagnent, aux prestations familiales françaises servies en application de l'article 73 du règlement (CEE) n° 1408/71 et aux allocations spéciales de naissance visées à l'Annexe II dudit règlement, à savoir : l'allocation pour jeune enfant servie jusqu'à l'âge de trois mois de l'enfant et l'allocation d'adoption.

Concernant l'allocation au jeune enfant, les dispositions de la législation française devront être observées (déclaration de grossesse, examens pré- et post-natals et conditions de ressources).

Le salarié détaché n'a, cependant, pas droit, pour les membres de sa famille qui l'accompagnent aux prestations suivantes :

- allocations de logement ;
- aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) ;
- allocation de garde d'enfant à domicile (AGED) ;
- allocation parentale d'éducation (APE).

Ces allocations ne sont, en effet, accordées qu'aux membres de la famille résidant sur le territoire français.

Pour obtenir les prestations auxquelles il peut prétendre, le salarié doit signaler sa situation à la caisse d'allocations familiales (CAF) et lui remettre une copie du formulaire E 101 ou E 102 selon le cas.

16.8.2 Salariés détachés dans le cadre d'une convention ou d'un accord bilatéral de sécurité sociale avec la France

16.8.2.1 Comment obtenir les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité (soins médicaux ou dentaires, médicaments, hospitalisation) ?

Les conventions de sécurité sociale prévoient généralement que les salariés détachés bénéficient, ainsi que les membres de la famille qui les accompagnent, des prestations de l'assurance maladie-maternité.

Le salarié a la possibilité, pour obtenir les prestations en nature, de s'adresser, soit à l'institution du lieu de séjour si la convention le permet, soit à l'institution d'affiliation. Pour obtenir des prestations de l'institution du lieu de séjour, le salarié détaché doit présenter, avant la fin du séjour, ses demandes de prestations accompagnées du certificat de détachement ; dans le cas contraire, il devra adresser ses demandes à sa caisse d'affiliation.

Si le salarié choisit de s'adresser à sa CPAM d'affiliation ou si la convention ne prévoit rien, les prestations en nature seront remboursées par la CPAM d'affiliation du salarié sur la base des frais réellement engagés dans la limite des tarifs forfaitaires français et sur présentation de factures acquittées ainsi que des feuilles de soins dispensées à l'étranger [modèle S 3124 ⁽¹⁾].

16.8.2.2 Comment obtenir les prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité ?

Les indemnités journalières sont toujours servies par la CPAM d'affiliation du salarié. Le salarié doit adresser son certificat d'incapacité de travail à sa CPAM d'affiliation, sauf en cas de détachement

⁽¹⁾ Ces feuilles sont disponibles sur le site www.ameli.fr, rubrique « formulaires ».

en Andorre, Jersey, Tunisie, Slovénie, Croatie, Macédoine, Bosnie-Herzégovine. Dans le cas d'un détachement dans les pays précités, la prescription médicale de repos doit être adressée dans les trois jours à l'institution de l'État de détachement.

16.8.2.3 Formalités spécifiques aux accidents du travail et maladies professionnelles

La victime d'un accident du travail doit informer son employeur dans la journée au cours de laquelle l'accident s'est produit ou au plus tard dans les vingt-quatre heures.

Il appartient à l'employeur d'adresser, à la CPAM où est affiliée la victime, la déclaration d'accident du travail en trois exemplaires et dans les quarante-huit heures à partir du moment où il en a connaissance.

Certaines conventions contiennent des dispositions concernant le service des prestations en nature de l'assurance Accident du travail au salarié victime d'un accident du travail. Il peut s'adresser soit à l'institution du lieu de séjour, soit à sa caisse d'affiliation.

Dans le cas où les prestations en nature sont servies par l'institution du lieu de séjour celles-ci sont servies selon la législation qu'elle applique pour le compte de la France.

Lorsque les textes ne contiennent pas ces dispositions, les prestations en nature sont servies conformément à la législation française dans le cadre des articles R. 444-4 à R. 444-5 du Code de la Sécurité sociale.

Comme en assurance maladie, les prestations en espèces sont servies par la CPAM d'affiliation du salarié auprès de laquelle celui-ci aura adressé son certificat médical d'arrêt de travail.

16.8.2.4 Comment obtenir les prestations familiales dans le cas où la convention en prévoit le service ?

Le salarié doit signaler sa situation à la CAF et lui remettre la copie de son certificat de détachement. Il a droit, pour les membres de sa famille qui l'accompagnent, aux seules prestations familiales exportables dans le cadre conventionnel, à savoir :

- les allocations familiales ;
- l'allocation pour jeune enfant servie entre les trois mois de grossesse et les trois mois de l'enfant ;

sous réserve que l'accord international le prévoit.

Les enfants résidant en France ouvrent droit à l'ensemble des prestations françaises.

16.8.3 Salariés détachés dans le cadre de la législation interne française

16.8.3.1 Comment obtenir les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité (soins médicaux ou dentaires, médicaments, hospitalisation) ?

Les dépenses seront remboursées par la CPAM d'affiliation du salarié détaché sur la base des frais réels qu'il a supportés, dans la limite des tarifs forfaitaires français et sur présentation des factures acquittées.

La demande de remboursement sera effectuée au moyen des « feuilles de soins dispensés à l'étranger » [modèle S 3124 ⁽¹⁾].

16.8.3.2 Comment obtenir les prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité ?

Les indemnités journalières sont versées directement au salarié par sa CPAM d'affiliation à laquelle il doit adresser son avis ou certificat d'arrêt de travail, dans les quarante-huit heures.

16.8.3.3 Formalités spécifiques aux accidents du travail et maladies professionnelles

La victime d'un accident du travail doit en informer son employeur dans la journée au cours de laquelle l'accident s'est produit ou, au plus tard, dans les vingt-quatre heures. Il appartient à l'employeur d'adresser la déclaration d'accident du travail en trois exemplaires à la CPAM où est affiliée la victime et dans les quarante-huit heures à partir du moment où il en a connaissance.

Les soins seront remboursés sur la base des frais engagés et dans la limite des tarifs forfaitaires français et sur présentation des factures ou notes d'honoraires acquittées.

Les indemnités journalières sont versées directement au salarié par sa Caisse primaire d'assurance maladie d'affiliation. Les certificats d'incapacité au travail doivent être adressés dans les quarante-huit heures à sa CPAM.

16.8.3.4 Comment obtenir les prestations familiales ?

Seuls les enfants résidant en France ouvrent droit à l'ensemble des prestations familiales françaises.

16.9 Cas particulier : les transports internationaux

Les salariés des transports internationaux (personnel roulant ou navigant d'une entreprise effectuant des transports internationaux de passagers ou de marchandises par voie ferroviaire,

⁽¹⁾ Ces feuilles sont disponibles sur le site www.ameli.fr, rubrique « formulaires ».

routière ou aérienne) sont maintenus au régime de sécurité sociale français durant leur déplacement.

Les formalités à accomplir avant le départ pour obtenir le remboursement des frais médicaux engagés varient selon que l'État traversé est ou non lié à la France par une convention.

16.9.1 Dans les États de l'Espace économique européen et la Suisse [article 14 2a) du règlement (CEE) n° 140871]

Pour les ressortissants d'États tiers se rendant au Danemark, en Norvège, en Islande, au Liechtenstein ou en Suisse, les dispositions du § 16.9.2 ci-dessous sont applicables.

Deux procédures coexistent

- Vous devez remettre au salarié, avant son départ, un formulaire E 110 – ou un formulaire E 101 suivant l'importance des déplacements ⁽¹⁾ – établissant une présomption de droit. Ces formulaires vous seront fournis par la CPAM du siège social de votre entreprise. Ce document doit obligatoirement comporter :

- la date initiale d'emploi dans l'entreprise (§ 4 du formulaire E 110) ;
- la dénomination et l'adresse de la CPAM à laquelle est affilié le salarié (§ 6 du formulaire E 110).

En cas de maladie, le salarié présente le formulaire E 110 à l'organisme du lieu de séjour. Le formulaire E 110 est valable pendant le mois de sa délivrance et les deux mois civils qui suivent (cf. § 5.5 et 8 du formulaire E 110).

- Toutefois, le salarié peut, avant son départ, se faire délivrer, par sa caisse d'affiliation, le formulaire E 128, ce qui simplifie les démarches auprès de l'organisme étranger, pour obtenir les prestations en nature d'assurance maladie.

16.9.2 Dans les autres États

Vous devez remplir l'imprimé S 9203 ⁽²⁾ en double exemplaire ; un exemplaire est remis au salarié, l'autre est transmis à la CPAM du siège social de votre entreprise, pour information, dans les vingt-quatre heures.

Dans le cas d'un État lié par une convention de sécurité sociale avec la France, et si l'imprimé S 9203 ⁽¹⁾ parvient suffisamment tôt, la CPAM du siège social de votre entreprise délivrera l'imprimé conventionnel s'il y a lieu.

Ces dispositions sont applicables aux ressortissants d'États tiers se rendant au Danemark, en Norvège, en Islande, au Liechtenstein ou en Suisse.

⁽¹⁾ Certains pays, comme l'Allemagne, exigent le formulaire E 101.

⁽²⁾ Ce formulaire est disponible sur le site www.ameli.fr, rubrique « formulaires ».

Remarque ! En raison de l'existence d'accords spécifiques, vous pouvez vous renseigner auprès de la CPAM du siège social de votre entreprise pour obtenir des renseignements complémentaires.

16.10 L'expatriation de votre salarié

- Lorsque vous envoyez du personnel travailler à l'étranger, pour plus de trois mois, vous pouvez dès son départ lui donner le **statut d'expatrié**.

Dans ce cas, vous n'avez plus aucune obligation vis-à-vis de la Sécurité sociale française. En contrepartie, votre salarié devra être affilié au régime de protection sociale de son pays d'accueil, s'il en existe un.

En fonction du pays d'expatriation, la protection sociale peut se révéler insuffisante et elle ne permet que rarement de garder le lien avec le régime français de Sécurité sociale. Pour garantir à votre salarié des droits et des prestations identiques à ceux dont il bénéficiait en France, vous pouvez l'inscrire à la Caisse des Français de l'étranger [CFE] :

Caisse des Français de l'étranger

BP 100

77950 RUBELLES cedex

Tél. 01 64 71 70 00

Fax 01 60 68 95 74

Internet : www.cfe.fr

qui est la Caisse de sécurité sociale expressément prévue par le législateur pour gérer la protection sociale des expatriés.

La CFE propose les trois assurances de base

- maladie-maternité-invalidité ;
- accidents du travail - maladies professionnelles ;
- vieillesse ;

qui peuvent être complétées par plusieurs options : indemnités journalières, voyages d'expatriation, etc.

• C'est une caisse d'assurances volontaires dont l'un des points forts est d'assurer la continuité du régime général de la Sécurité sociale : pas de délai de carence pour l'ouverture des droits aux prestations au départ comme au retour, pas de trimestres perdus pour la retraite, pas de conflits entre experts médicaux en cas de maladie invalidante ou d'accident du travail. **Les ayants droit de l'expatrié sont pris en charge par la CFE**, sans surcoût, même s'ils sont restés en France.

L'employeur peut faire adhérer tout ou partie de ses expatriés à une ou plusieurs des trois assurances proposées. Ainsi l'expatriation, doublée d'une adhésion à la CFE, permet à l'entreprise :

- d'adapter la protection sociale de ses salariés à l'étranger en fonction de leur situation personnelle : famille, pays d'accueil, type d'activité ;
- de maintenir ses expatriés dans le système français de Sécurité sociale à un coût très raisonnable, étant donné que, pour des prestations identiques, la cotisation à l'assurance maladie-maternité-invalidité de la CFE est moins élevée que dans le régime général. Une nouvelle baisse des taux de cotisation est intervenue le 1^{er} octobre 2004.

Remarque ! Les entreprises dont les salariés à l'étranger sont adhérents à l'assurance maladie de la CFE n'ont pas à précompter la CSG et la CRDS sur le salaire de leurs expatriés, même si leur domicile fiscal est en France. Concernant la contribution solidarité autonomie, la rémunération des expatriés adhérent à l'assurance maladie CFE n'a pas à être assujettie à cette contribution.



Médecin du travail – Médecin-conseil

17.1 Quel est le rôle du médecin du travail ?

Il est votre conseiller pour :

- l'amélioration des conditions de vie et de travail dans votre entreprise ;
- l'adaptation des postes et des rythmes de travail ;
- le maintien dans l'emploi après accident ou maladie ;
- la protection contre les nuisances ;
- l'organisation des secours.

Il est obligatoirement associé à l'étude de toute nouvelle technique de production et consulté sur les projets de construction, d'aménagement ou de modification des équipements.

Il établit la fiche d'entreprise qui recense les risques professionnels et les expositions.

Il reçoit votre salarié pour la visite de pré-reprise de travail qui lui permet de préparer la reprise du travail de votre salarié et de se prononcer sur les capacités du salarié à reprendre son poste de travail.

Il reçoit votre salarié pour la visite de la reprise du travail.

Cette visite permet au médecin du travail d'envisager des mesures de réinsertion dans le cas où la reprise du travail au poste antérieur ne serait pas envisageable (cf. : chapitre 12 Le maintien dans l'emploi).

Vos salariés doivent se soumettre à un examen médical effectué par le médecin du travail, au moins une fois tous les deux ans dans le cas général.

Cette fréquence peut être augmentée dans certains cas : femmes enceintes, exposition à des risques particuliers.

Le médecin du travail assure personnellement l'ensemble de ses fonctions qui sont exclusives de toute autre fonction dans l'entreprise.

17.2 Quel est le rôle du médecin-conseil de la Sécurité sociale ?

Il veille à ce que soient dispensés aux assurés sociaux les meilleurs soins au meilleur coût.

Il assure l'application de la législation et les contrôles qu'elle prévoit.

En cas d'arrêt de travail d'une durée prévisible de plus de six mois, le médecin-conseil étudie la situation médicale de votre salarié avec son médecin traitant. Pendant l'arrêt de travail, il se

prononce notamment sur la justification de l'arrêt de travail, sur la reprise à temps partiel ou sur l'état d'invalidité de votre salarié.

Dans le cadre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, il se prononce également sur la reprise à temps partiel, la validité des prescriptions d'arrêt de travail, la prise en charge de soins après consolidation, la date de guérison ou de consolidation, la rechute éventuelle et le taux d'incapacité permanente dont reste atteint votre salarié.

Il recueille l'avis du médecin du travail lorsque les séquelles dues à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle sont susceptibles de rendre votre salarié inapte à exercer sa profession.

Il assure également la régulation de l'offre et de la consommation des soins par une politique de bon usage des soins et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

■ Contrôle des arrêts de travail à l'initiative de l'employeur

L'article 42 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la Sécurité sociale pour 2004 a introduit plusieurs dispositions destinées à renforcer le contrôle des arrêts de travail en prévoyant notamment la transmission au médecin-conseil des conclusions médicales des contre-visites diligentées par l'employeur.

Sont concernés les avis d'arrêts de travail qui donnent lieu au versement d'une indemnité complémentaire par l'employeur. En contrepartie de cette obligation, les employeurs ont le droit de faire procéder à une contre-visite au domicile du salarié malade par un médecin de leur choix.

Désormais, le médecin contrôleur qui conclura à l'absence de justification de l'arrêt de travail devra transmettre ses conclusions motivées au contrôle médical de la caisse qui appréciera l'opportunité de suspendre ou non les indemnités journalières.

Cette procédure fait intervenir différents acteurs : l'employeur, le médecin contrôleur diligenté par ce dernier, le médecin-conseil et les services administratifs de la caisse primaire.

Les rôles respectifs de ces intervenants ainsi que le circuit des échanges d'informations à mettre en œuvre dans le cadre de cette procédure doivent faire l'objet de dispositions réglementaires et administratives d'application complémentaire.

18

Les sites de la Sécurité sociale

www.acoss.fr

ACOSS

Agence centrale des organismes de sécurité sociale

www.canam.fr

CANAM

Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes

www.ameli.fr

L'Assurance Maladie

(Portail de l'assurance maladie)

www.cnav.fr

CNAV

Caisse nationale d'assurance vieillesse

www.cfe.fr

CFE

Caisse des Français de l'étranger

www.due.fr

Déclaration unique d'embauche

www.dads.cnav.fr

CNAV

Centre national de transfert des données sociales

www.net-entreprises.fr

NET ENTREPRISES

Portail des déclarations sociales

www.ucanss.fr

UCANSS

Union des caisses nationales de sécurité sociale

www.urssaf.fr

URSSAF

Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

www.inrs.fr

INRS

Institut national de recherche et de sécurité

www.eurogip.fr

EUROGIP

Groupement de l'institution prévention de la Sécurité sociale pour l'Europe