



unafo

UNION PROFESSIONNELLE
DU LOGEMENT ACCOMPAGNÉ



GUIDE JURIDIQUE ET PRATIQUE

ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX

SANTÉ - HANDICAP - FAMILLE - LOGEMENT - EMPLOI - PAUVRETÉ
RETRAITE - VIEILLISSEMENT - RECOURS

ÉDITION 2026

Pour consulter la version numérique
du guide régulièrement actualisée
et accéder directement aux liens
(articles des codes, décision, sites d'information),
connectez-vous sur
unafo.org/centre-de-ressources/guide-sommaire

Ce guide a été réalisé par Elias Bouanani et Nadège Robin,
responsable du service juridique et juriste
à l'Observatoire sur les discriminations et les territoires interculturels (ODTI)
et par Cécilia Lattes et Arnaud de Broca,
chargée de mission et délégué général de l'Unafo,
**avec le soutien du ministère chargé du logement
et de la Délégation interministérielle à l'hébergement
et à l'accès au logement (DIHAL).**



Faciliter l'accès aux droits

Faciliter l'accès aux droits, pour les personnes logées, constitue une dimension importante de l'action menée par les professionnels du logement accompagné et est un indicateur de l'utilité sociale de notre secteur d'activité. Une mobilisation, au profit de ces personnes logées, des aides et des services susceptibles de contribuer à la résolution de leurs difficultés est essentielle. Elle favorise leur intégration et joue positivement sur la poursuite de leur parcours résidentiel.

Cet accès aux droits est parfois difficile en raison d'un modèle social marqué par une relative complexité, ce qui se traduit par des taux de non-recours importants. L'Unafo, Union professionnelle du logement accompagné, qui organise chaque année avec ses adhérents des journées d'échanges et d'information sur l'accès aux droits a décidé de publier, avec le concours de l'ODTI, le présent guide.

Celui-ci couvre un large spectre de sujets. Il se veut être un outil pratique au service des professionnels qui accompagnent au quotidien des personnes ayant une forte diversité de situations et de besoins, qu'il s'agisse des travailleurs migrants, des jeunes travailleurs, des familles monoparentales ou des personnes en situation de précarité.

Il a pour but d'aider à mieux connaître les droits et obligations *“que nul n'est censé ignorer”* et complète plusieurs guides et cahiers pratiques édités ces dernières années par l'Unafo et dont le succès témoigne qu'ils répondent à un besoin (guide du retraité étranger, cahier pratique sur la protection sociale...)

Les données de ce guide sont exactes au 1^{er} décembre 2025 et, le droit étant une matière évolutive, il sera actualisé régulièrement sur notre site internet unafo.org.

LE LOGEMENT ACCOMPAGNÉ

- > **Des solutions de logements autonomes, accessibles et adaptés à des personnes aux profils variés** : jeunes travailleurs ou en apprentissage, travailleurs précaires, personnes en mobilité professionnelle, familles monoparentales, personnes vulnérables...
- > **Un logement prêt à habiter**, avec des espaces communs permettant l'animation de la vie collective, pour une durée adaptée à chacun.
- > **Une gestion locative renforcée et un accompagnement** qui jouent un rôle essentiel dans la lutte contre l'isolement.
- > **Des logements conventionnés** avec un contrat d'occupation réglementé, ouvrant droit à l'APL foyer, qui garantit un reste à charge modéré pour les résidents.
- > **Une redevance "tout compris"** encadrée par l'État qui protège de la précarité énergétique et des hausses de charges.

Quelques chiffres*

Le logement accompagné répond à des besoins variés

Mobilité professionnelle

Plus de 30 % des personnes citent la mobilité liée à leur métier ou à leurs études comme motif de leurs demandes et 57 % des entrants ont des revenus d'activités.

Accès à l'autonomie

48 % des entrants ont moins de 30 ans.

Lutter contre le mal logement

38 % des entrants en résidence sociale viennent de la rue ou d'un centre d'hébergement.

Loger des personnes isolées

83 % des entrants sont des personnes seules et 3 % des familles monoparentales.

Le logement accompagné favorise l'insertion et stabilise les situations

Impact sur les parcours résidentiels

61 % des personnes quittent le logement accompagné pour un logement pérenne, social ou privé.

Amélioration de la situation économique des personnes

Près de 60 % des personnes qui emménagent ont des revenus inférieurs au seuil de pauvreté, situation qui se stabilise et s'améliore à leur sortie.

* Étude de l'Unafop auprès de ses adhérents sur le profil des personnes entrées et sorties du logement accompagné en 2024.

L'Unafo

- > **représente ses adhérents auprès des pouvoirs publics**, notamment dans le cadre de la politique du logement d'abord, et participe à des collectifs inter-associatifs (Acteurs du logement d'insertion, Collectif des associations pour le logement, Alerte...) ;
- > **anime et structure le réseau de ses adhérents** en favorisant l'inter-connaissance, les échanges d'expériences et la construction de plaidoyers communs,
- > **informe et accompagne ses adhérents** sur des sujets techniques et juridiques, *via* ses chargés de mission mais aussi grâce à des outils professionnels et son centre de ressources mis à jour régulièrement et accessible en ligne,
- > **propose des formations** pour développer les compétences professionnelles des salariés du secteur.

L'accès aux droits : au cœur de nos missions

L'Unafo organise des réunions régulières avec ses adhérents et met à disposition de nombreux guides et outils pour faciliter l'accès aux droits des personnes logées sur son site internet (centre de ressources). Pour ses adhérents, sont également disponibles plusieurs dizaines de lettres types.

Chiffres clés

200 adhérents qui gèrent près de **155 000** logements dans plus de **1 600** résidences.

Tous nos guides, outils, vidéos, articles, portraits, formations proposées sont disponibles sur notre site : unafo.org.



	INTRODUCTION	8
1	LES PRESTATIONS LIÉES À LA SANTÉ	10
	A. La protection universelle maladie (PUMA)	
	B. La complémentaire santé solidaire	
	C. Le capital décès et la prise en charge des frais de santé au titre de la complémentaire santé solidaire	
	D. L'aide médicale d'État (AME)	
	E. Le dispositif de soins urgents et vitaux	
	F. Les indemnités journalières pour maladie	
	G. L'invalidité	
	H. Les risques professionnels	
2	LES PRESTATIONS LIÉES AU HANDICAP	40
	A. L'allocation adulte handicapé (AAH) et la majoration pour vie autonome	
	B. La prestation de compensation du handicap (PCH)	
	C. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé	
3	LES PRESTATIONS DE SOUTIEN AUX FAMILLES	50
	A. L'assurance maternité : accès aux soins et aides autour de l'arrivée d'un enfant	
	B. Les prestations familiales	
4	LES DROITS ET AIDES AU LOGEMENT	80
	A. Le logement social	
	B. Le logement accompagné	
	C. Le droit au logement opposable (DALO)	
	D. Le logement en hôtel meublé	
	E. Les aides au logement	

SOMMAIRE

5	LES PRESTATIONS LIÉES À L'EMPLOI	96
	A. La prime d'activité	
	B. Les aides financières et autres allocations pour les chômeurs	
6	LES DISPOSITIFS DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE	108
	A. Le revenu de solidarité active (RSA)	
	B. Le Contrat d'engagement jeunes	
	C. Les aides spécifiques aux étudiants	
	D. La gestion de situation de surendettement	
7	LES PRESTATIONS LIÉES AU VIEILLISSEMENT DES PERSONNES	122
	A. Le système de retraite	
	B. Les allocations vieillesse	
8	LES RECOURS AMIABLES ET CONTENTIEUX	134
	A. Présentation du système judiciaire	
	B. Les médiations	
	C. Contester une décision de la Sécurité sociale	
	D. Les contestations liées à une aide sociale	
	E. Les contestations liées au logement	
	F. Les contestations liées à l'emploi	
	G. Les contestations spécifiques	
	GLOSSAIRE	160
	RESSOURCES WEB	164

Ce guide est accessible également en ligne.

Vous pourrez y retrouver les liens vers sites externes et les infos mises à jour sur unafo.org/centre-de-ressources/guide-sommaire

INTRODUCTION

“ La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. ”

(Articles 10 et 11 du préambule de la Constitution de 1946
inclus dans le préambule de la Constitution de la Ve République).

Le Conseil national de la résistance, qui a inspiré ce texte fondateur à l'issue de la seconde guerre mondiale, a érigé les piliers d'une protection sociale généreuse et visionnaire ("Etat providence") entendue comme valeur fondamentale de la République française.

De sa naissance à sa mort, toute personne connaîtra différents aléas dans la vie : maladie, perte d'emploi, recherche de logement, famille qui s'agrandit, passage à la retraite, etc. Ces aléas, ou "risques sociaux", engendrent soit des pertes de revenus soit nécessitent un complément de ressources afin d'y faire face.

Cinq branches correspondant aux différents “risques” pouvant être rencontrés au cours de l'existence :

- 1.** La **branche maladie**, où Assurance maladie, permet de couvrir les frais liés aux consultations, hospitalisations et achat de médicaments, mission assurée par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).
- 2.** La **branche risques professionnels**, branche dans laquelle, en cas de maladies ou d'accidents liés à l'activité professionnelle, les CPAM, les Caisses régionales d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) ou la Mutualité sociale agricole (MSA) pour les agriculteurs, allouent des aides de soutien et de compensation de la perte d'emploi.
- 3.** La **branche famille**, où l'on retrouve plusieurs prestations sociales et allocations versées par les Caisses d'allocations familiales (Caf) ou la Mutualité sociale agricole (MSA) qui proposent des aides qui tentent de s'adapter au mieux aux situations familiales de chacun.
- 4.** La **branche retraite**, branche dans laquelle les Caisses régionales d'Assurance retraite et de santé au travail (Carsat) s'assurent de l'inscription des revenus sur le compte vieillesse des personnes et du versement des pensions de retraite.
- 5.** Une **cinquième branche de la Sécurité sociale**, consacrée à l'autonomie, a été créée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021.



1

LES PRESTATIONS LIÉES À LA SANTÉ

A. La protection universelle maladie (PUMA)	12
B. La complémentaire santé solidaire	14
C. Le capital décès et la prise en charge des frais de santé au titre de la complémentaire santé solidaire	17
1. Le capital décès	17
2. La prise en charge des frais de santé et le maintien des droits du défunt	18
D. L'aide médicale d'État (AME)	19
E. Le dispositif de soins urgents et vitaux	21
F. Les indemnités journalières pour maladie	22
G. L'invalidité	24
1. La pension d'invalidité	24
2. La majoration pour tierce personne	27
3. L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	28
H. Les risques professionnels	31



Le régime général de la Sécurité sociale couvre tous les risques encourus par les assurés. Il s'agit de la maladie, la maternité, l'invalidité, les risques professionnels, la vieillesse. Cette partie examine plus particulièrement les aides, prestations et allocations liées à la maladie et aux risques professionnels.

A. La protection universelle maladie (PUMA)

La protection universelle maladie (Puma) permet la prise en charge des frais de santé sans rupture de droits. Cela signifie que cette prise en charge est assurée même en cas de changement de situation professionnelle, familiale ou de résidence.

Les bénéficiaires

Toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière bénéficie d'un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie (article L 160-1 du code de la Sécurité sociale).

La protection maladie est un droit personnel, attaché à la personne, en raison :

- > soit de l'exercice d'une activité professionnelle,
- > soit d'une résidence stable et régulière sur le territoire français.

Le statut d'ayant droit majeur existe uniquement pour les enfants mineurs avec la possibilité, à partir de l'âge de 16 ans et sur leur demande, de devenir assurés autonomes.

Les conditions à remplir

L'activité professionnelle et la résidence en France doivent respecter les différentes conditions des articles L. 111-2-2 et L. 111-2-3 du code de la Sécurité sociale.

Selon les dispositions de l'article L. 111-2-2 du code de la Sécurité sociale, sont affiliées à un régime obligatoire de Sécurité sociale, quel que soit leur lieu de résidence, toutes les personnes qui :

- > exercent, sur le territoire français, une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France,
- > exercent une activité professionnelle non salariée,
- > exercent une activité professionnelle à l'étranger et sont soumises à la législation française de Sécurité sociale en application des règlements européens ou des conventions internationales.

À RETENIR

Il n'est pas nécessaire de justifier d'une durée minimale de travail ou d'un certain montant de cotisations sur une période donnée pour bénéficier de la prise en charge des frais de santé. L'affiliation sur critère d'activité professionnelle est acquise dès la première heure travaillée.

Selon les dispositions de l'article L. 111-2-3 du même code, la régularité de séjour en France du ressortissant étranger, pour les caisses primaires d'assurance maladie, est établie sur présentation de tout document ou convocation auprès de la préfecture à partir du moment où ces documents sont enregistrés dans l'AGDREF (Application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France).

La condition de stabilité de la résidence en France est, quant à elle, pour les caisses primaires d'assurance maladie, satisfaite lorsque la personne concernée présente un justificatif (contrat de location, factures d'énergie ou de téléphone, attestation sur l'honneur du particulier qui héberge l'assuré...) démontrant qu'elle réside en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois.

ATTENTION

Les demandeurs d'asile sont soumis, depuis le 1^{er} janvier 2020, à la condition de stabilité de la résidence en France (décret n°2019-1531 du 30/12/2019).

L'établissement et l'envoi de la demande

Le demandeur doit remplir le formulaire Cerfa n° 15680*01 et adresser la demande à la caisse primaire d'assurance maladie dont il dépend.

B. La complémentaire santé solidaire (CSS)

La complémentaire santé solidaire est une aide permettant à chaque assuré de payer ses dépenses de santé si ses ressources sont modestes.

La complémentaire santé solidaire remplace, depuis le 1/11/2019, la couverture maladie universelle complémentaire contributive (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Elle s'inscrit dans la volonté de proposer un dispositif plus large et plus protecteur aux personnes ayant de faibles revenus, et de simplifier les démarches.

Les bénéficiaires

- > Les personnes travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière (sans activité professionnelle) qui bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé par l'Assurance maladie ou maternité sous réserve d'avoir des ressources qui ne dépassent pas le plafond fixé annuellement.
- > Les mineurs de 16 ans dont les liens avec la vie de famille sont rompus, sur décision du directeur de l'organisme assurant la prise en charge de leurs frais.
- > Les étudiants bénéficiaires de prestations accordées par la collectivité nationale (article L. 821-1 du code de l'Education).

Les conditions à remplir

Chaque assuré souhaitant bénéficier de la complémentaire santé solidaire doit justifier de revenus modestes, à savoir ne pas dépasser le plafond de ressources fixé annuellement et révisé chaque année au 1er avril (pour tenir compte de l'évolution des prix).

Ce plafond de ressources se base sur les ressources perçues par l'assuré durant les 12 mois précédant la demande de complémentaire santé et varie en fonction de la composition du foyer et du nombre de personnes à charge (qualification tenant compte de l'âge, du domicile et des ressources).

Plafonds de ressources applicables au 1 ^{er} avril 2025 en métropole		
Nombre de personnes composant le foyer	Plafond annuel complémentaire santé solidaire sans participation financière	Plafond annuel complémentaire santé solidaire avec participation financière
1 personne	10 339 €	13 957 €
2 personnes	15 508 €	20 936 €
3 personnes	18 609 €	25 123 €
4 personnes	21 711 €	29 310 €
Au delà de 4 personnes	+ 4 135 € par personne supplémentaire	+ 5 583 € par personne supplémentaire

Si l'assuré dispose, de même que les membres de son foyer, de ressources inférieures au plafond ainsi fixé (voir tableau ci-dessus), il bénéficiera de la complémentaire santé solidaire sans aucune participation financière.

Si, en revanche, ses ressources ainsi que celles des membres de son foyer sont comprises entre le plafond annuel visé et ce même plafond majoré de 35 %, une participation financière est prévue pour bénéficier de la complémentaire santé solidaire.

Les personnes qui dépassent le plafond de la complémentaire santé solidaire doivent payer une participation en fonction de leur âge :

- > moins de 29 ans : 8 € / mois
- > de 30 à 49 ans : 14 € / mois
- > de 50 à 59 ans : 21 € / mois
- > de 60 à 69 ans : 25 € / mois
- > 70 ans et plus : 30 € / mois.

EXEMPLE 1

Une personne qui vit seule et qui touche le RSA pourra bénéficier gratuitement de la complémentaire santé solidaire. Lorsque cette personne se rendra chez le médecin, le dentiste, le kinésithérapeute, l'infirmière, à la pharmacie ou à l'hôpital, les frais déboursés pour sa prise en charge seront entièrement pris en charge par la CPAM au titre de la complémentaire santé solidaire.

EXEMPLE 2

Une personne de 28 ans qui vit seule (locataire avec une aide au logement) et qui perçoit un salaire de 900 € par mois soit 10 800 € à l'année devra, pour bénéficier de la prise en charge de ses dépenses liées à la santé, verser à la CPAM dont elle dépend, une participation à hauteur de 8 € par mois.

ATTENTION

En cas de non-paiement de la participation financière, le droit pourra être suspendu, voire fermé. La part complémentaire des dépenses de santé ne sera donc pas prise en charge.

L'établissement et l'envoi de la demande

La demande de protection se fait auprès de la caisse assurant la prise en charge des frais de santé du demandeur. Le demandeur doit remplir le formulaire Cerfa n° 12504*12.

Le délai d'instruction de la demande

La caisse d'assurance maladie dispose d'un délai de deux mois pour étudier la demande de l'assuré et ce, à compter de la date de réception de son dossier complet. Le droit, quant à lui, est ouvert pour un an à compter du premier jour du mois suivant la date de la décision de la caisse d'assurance maladie.

Lorsque la situation de l'assuré l'exige (soins immédiats ou programmés nécessaires, situation sanitaire et sociale précaire) et qu'il est présumé remplir les conditions de ressources et de résidence en France, la complémentaire santé solidaire peut prendre effet au premier jour du mois du dépôt de la demande.

Le renouvellement

La complémentaire santé solidaire est accordée pour un an et doit être renouvelée chaque année. Pour les bénéficiaires du RSA et de l'ASPA, le renouvellement est automatique.

EN SAVOIR PLUS

Vous pouvez simuler vos droits à la complémentaire santé solidaire sur mesdroitssociaux.gouv.fr.

C. Le capital décès et la prise en charge des frais de santé au titre de la complémentaire santé solidaire

L'Assurance maladie peut verser des prestations pour les personnes qui ont perdu leur conjoint(e). Il s'agit du capital décès et de la prise en charge des frais de santé au titre de la complémentaire santé solidaire.

1. Le capital décès

Les bénéficiaires

Peuvent en bénéficier le conjoint, le partenaire lié par un Pacs, le concubin, le parent ou l'enfant du défunt.

Les conditions à remplir

Elles sont différentes selon que le bénéficiaire est salarié ou travailleur indépendant.

Capital décès pour les salariés	Capital décès pour les travailleurs indépendants
<p>Dans les 3 mois (ou moins de 12 mois) précédant le décès, la personne est :</p> <ul style="list-style-type: none"> > salariée > indemnisée par France Travail > bénéficie d'une pension d'invalidité > titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle 	<p>Dans les 3 mois précédant le décès, la personne est :</p> <ul style="list-style-type: none"> > artisan > travailleur indépendant ou commerçant > travailleur indépendant retraité (80 trimestres d'assurance minimum) <p>Et le défunt était :</p> <ul style="list-style-type: none"> > affilié à la Sécurité sociale > à jour de ses cotisations > pour l'artisan, il ne devait pas bénéficier d'une pension vieillesse

Le montant du capital décès

Son montant forfaitaire au 1^{er} avril 2025 est de 3977 € annuels. Le capital décès n'est soumis ni à la CSG, ni à la CRDS, ni aux cotisations de Sécurité sociale, ni à l'impôt sur les successions.

Le versement du capital décès

Pour les salariés, il est versé prioritairement à la personne qui était à la charge du défunt et subsidiairement à une autre personne si les ayants droit n'ont rien réclamé. Pour les travailleurs indépendants, il est versé uniquement à la personne qui était à la charge totale, effective et permanente du défunt.

L'établissement et l'envoi de la demande

Le demandeur du capital décès, qui était à la charge du défunt, doit :

- > remplir le formulaire S3180 "Demande de capital décès",
- > produire les 3 derniers bulletins de salaire du défunt, un document officiel prouvant le lien de parenté (par exemple, copie ou extrait d'acte de naissance, photocopie du livret de famille, acte de mariage...), un relevé d'identité bancaire,
- > déposer sa demande auprès de la CPAM dont dépendait l'assuré dans le délai d'un mois suivant son décès.

ATTENTION

Des pièces justificatives complémentaires doivent être jointes si le décès a lieu hors de France ou si la personne décédée était titulaire d'une rente accident du travail – maladie professionnelle ou était mineure.

Les délais pour effectuer la demande

Deux cas de figure sont possibles :

- > Dans un délai d'un mois après le décès, si vous êtes bénéficiaire prioritaire. Après le délai d'un mois, vous pouvez demander le paiement du capital décès au même titre qu'un bénéficiaire non prioritaire.
- > Dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date du décès, si vous êtes bénéficiaire non prioritaire, vous disposez d'un délai maximum de 2 ans, à compter de la date du décès, pour demander le capital décès.

2. La prise en charge des frais de santé et le maintien des droits du défunt pendant un délai d'un an

Si des remboursements de frais de santé étaient dus à l'intéressé de son vivant, son(ses) héritier(s) pourront les obtenir en produisant, à la CPAM, un certificat d'hérédité.

De même, les ayants droit du défunt pourront bénéficier du maintien des droits aux prestations en nature de l'Assurance maladie et maternité pendant un an à compter du décès sous le numéro de Sécurité sociale du défunt sauf s'ils sont bénéficiaires, eux-mêmes, d'une couverture sociale individuelle.

D. L'aide médicale d'État (AME)

L'aide médicale d'État est un dispositif permettant la prise en charge des soins tels que :

- > les frais d'optique dans la limite des tarifs de base de la Sécurité sociale,
- > les soins et prothèses réalisés chez le dentiste dans la limite des tarifs de base de l'Assurance maladie et hors dépassements d'honoraires,
- > les frais médicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, d'analyses médicales et d'accouchement en cas de maternité, dans la limite du tarif de base de la Sécurité sociale,
- > les frais de santé de la femme enceinte (surveillance médicale, examens prénataux et postnataux obligatoires, les examens médicaux obligatoires des enfants de moins de 6 ans),
- > les frais liés à l'IVG (interruption volontaire de grossesse) et à la contraception,
- > les soins médicaux,
- > les médicaments remboursés à 100 %, 65 % ou 30 %,
- > les frais d'analyses médicales, d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale, d'examen prénuptial et ceux liés à certains vaccins et dépistages.

L'AME est gratuite.

Les bénéficiaires

Les étrangers en situation irrégulière les plus démunis résidant en France peuvent bénéficier de l'AME. Les personnes à charge peuvent également en bénéficier : le conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs, ainsi que les enfants à charge (moins de 16 ans, au-delà et jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent des études).

ATTENTION

Les membres de la famille résidant à l'étranger et qui sont en visite en France n'ont pas le droit à l'AME au titre de personnes à charge. Mais ils peuvent demander l'AME à titre humanitaire en cas de nécessité ou *via* un dispositif de soins internationaux, si un accord existe entre leur pays d'origine et la France.

Les conditions à remplir

Le demandeur doit :

- > résider en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois (condition non opposable aux mineurs),
- > disposer de ressources inférieures à un plafond identique à celui exigé pour bénéficier de la complémentaire santé solidaire.

Nombre de personnes composant le foyer	Montant du plafond AME annuel en France métropolitaine	Montant du plafond AME annuel dans les DOM (hors Mayotte)
1 personne	10 166 €	11 315 €
2 personnes	15 249 €	16 972 €
3 personnes	18 298 €	20 366 €
4 personnes	21 348 €	23 760 €
Au delà de 4 personnes	+ 4 066 € par personne supplémentaire	+ 4 526 € par personne supplémentaire

Les ressources prises en compte sont constituées par celles du demandeur ainsi que celles des personnes qui sont à sa charge.

Elles comprennent l'ensemble des ressources de toute nature perçues au cours des 12 mois précédant le dépôt de la demande : les salaires (après déduction de la CSG et de la CRDS) et revenus non salariaux de l'année fiscale précédente, les allocations (familiales, chômage, etc.), les pensions reçues (retraite, rente, pension alimentaire) et les autres ressources (location de biens immobiliers, revenus d'épargne et de valeurs mobilières, etc.).

Les avantages en nature procurés au demandeur ou aux personnes à sa charge par un logement occupé à titre gratuit sont également pris en compte.

ATTENTION

Lorsqu'un demandeur de l'AME a pour conjoint, partenaire de Pacs ou concubin, une personne en situation régulière, les ressources de cette dernière ne peuvent être prises en compte pour l'admission à l'AME.

Justifier de son identité ainsi que, le cas échéant, de celles des personnes à sa charge : plusieurs documents peuvent être produits tels que son passeport, ou sa carte d'identité ou la copie de son extrait d'acte de naissance.

L'établissement et l'envoi de la demande

La demande d'AME se fait près de la CPAM territorialement compétente (selon le domicile du demandeur). Le demandeur doit remplir le formulaire Cerfa n° 11573.

ATTENTION

Toute absence de réponse de l'Assurance maladie dans un délai de 2 mois suivant l'envoi du dossier (même incomplet) signifie que la demande d'AME a été refusée.

La durée de validité de la demande

L'AME est valable 1 an à compter de la date de dépôt de la demande. En bénéficiant, le demandeur ainsi que son conjoint/concubin/partenaire lié par un Pacs, les enfants à charge, et toute personne vivant 12 mois consécutifs avec lui.

Le renouvellement de la demande

Son renouvellement doit être fait 2 mois avant la fin de la date d'échéance.

E. Le dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV)

Le dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV) bénéficie aux étrangers en situation irrégulière qui sont sur le territoire français depuis moins de trois mois, ou qui ne sont pas admis à l'aide médicale d'État (AME). Il leur permet de recevoir des soins urgents.

Sont considérés comme des soins urgents :

- > des soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître ;
- > des soins destinés à lutter contre propagation d'une maladie ;
- > l'ensemble des soins dispensés à une femme enceinte et au nouveau-né (examens de prévention, accouchement...) ;
- > des interruptions de grossesse, qu'elles soient pour motifs médicaux ou volontaires ;
- > des médicaments prescrits à l'occasion des soins dans l'établissement ;
- > des soins prodigués aux mineurs.

L'Assurance maladie prend en charge l'intégralité de ces soins, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale. Aucune avance de frais n'est demandée.

F. Les indemnités journalières pour maladie

En cas de maladie, le salarié peut percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale pour compenser sa perte de salaire.

Les bénéficiaires

Toute personne salariée ou au chômage indemnisé peut percevoir des indemnités journalières après un délai de carence de 3 jours.

Les conditions à remplir par le salarié

- > Si l'arrêt de travail est inférieur à 6 mois, l'assuré doit :
 - avoir travaillé au moins 150 heures sur la période des 3 mois ou 90 jours qui précèdent son arrêt de travail,
 - ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois précédant l'arrêt de travail.

EXEMPLE

L'arrêt de travail a débuté le 1^{er} septembre 2025. Le droit aux indemnités journalières est ouvert :

- > si le salarié a travaillé au moins 150 heures entre le 1^{er} juin 2025 et le 31 août 2025,
- > ou s'il a, entre le 1^{er} mars 2025 et le 3 août 2025, cotisé sur la base d'une rémunération au moins égale à 10 302,25 €.

- > Si l'arrêt de travail est supérieur à 6 mois, l'assuré doit :
 - être affilié à l'Assurance maladie à la date de l'arrêt de travail depuis 12 mois et avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 mois ou 365 jours précédant l'arrêt de travail,
 - ou avoir cotisé à la date de l'arrêt de travail sur un salaire au moins égal à 2030 fois le montant du SMIC horaire au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail tout en étant affilié à l'Assurance maladie depuis 12 mois à la date de l'arrêt de travail.

EXEMPLE

L'arrêt de travail de plus de 6 mois a débuté le 1^{er} juillet 2025. Le droit aux indemnités journalières au-delà de 6 mois est ouvert :

- > si le salarié était affilié à la Sécurité sociale avant juillet 2024 et s'il avait travaillé au moins 600 heures entre le 1^{er} juillet 2024 et le 30 juin 2025,
- > ou si, pendant cette même période, il a cotisé sur la base d'une rémunération au moins égale à 20360,90 €.

Les conditions à remplir par la personne sans emploi indemnisée

La personne doit percevoir une allocation chômage ou avoir été indemnisée par l'Assurance chômage au cours des 12 derniers mois.

Le montant des indemnités journalières

Pour une personne salariée, il est égal à 50 % du salaire journalier de base de l'assuré, salaire journalier qui est calculé sur la moyenne des salaires bruts des 3 derniers mois précédant l'arrêt de travail.

Le salaire pris en compte est plafonné à 1,8 fois le montant du Smic en vigueur lors du dernier jour du mois qui précède l'arrêt.

Pour une personne sans emploi indemnisée, le montant des indemnités journalières à percevoir est calculé à partir du dernier salaire de cette dernière.

À NOTER

Les indemnités journalières sont soumises aux prélèvements sociaux comme les salaires, de même qu'à l'impôt sur le revenu, sauf celles versées pour des arrêts de travail attachés à une affection longue durée (ALD).

L'établissement et l'envoi de la demande

L'assuré doit envoyer son arrêt de travail à son employeur ou à l'organisme verseur des allocations chômage, ainsi qu'à sa CPAM, dans un délai de 48 heures.

À NOTER

Une fois l'arrêt de travail du salarié transmis à l'employeur, une attestation de salaire est établie par ce dernier pour servir au paiement des indemnités journalières de la Sécurité sociale. Pour la personne sans emploi indemnisée, l'avis d'admission à l'allocation chômage et la dernière attestation de versement couplée à l'arrêt de travail permettra le versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Le versement des indemnités journalières

C'est la CPAM dont dépend l'assuré qui versera les indemnités journalières ou l'employeur de l'assuré s'il pratique le maintien de salaire en cas d'arrêt de travail.

À NOTER

Sous conditions, il est possible de percevoir des indemnités de son employeur, qui peuvent compléter les IJ jusqu'à 90% du salaire. Des dispositions conventionnelles peuvent prévoir le maintien intégral de votre salaire.

G. L'invalidité

L'assurance invalidité a pour objet d'accorder à l'assuré social une pension destinée à compenser la perte de salaire résultant de la réduction de sa capacité de travail, pension qui pourra être complétée par l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) de façon à garantir le minimum invalidité.

1. La pension d'invalidité

Une pension d'invalidité destinée à compenser la perte de salaire résultant de la réduction de la capacité de travail de l'assuré social est prévue par l'article L 341-1 du code de la Sécurité sociale.

Les bénéficiaires

Tout assuré qui présente, après un accident ou une maladie d'origine non professionnelle, une invalidité réduisant dans des proportions déterminées sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer un salaire supérieur à une fraction de la

rémunération soumise à cotisations et contributions sociales qu'il percevait dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité.

Les conditions à remplir

- > La capacité de travail ou de gain de l'assuré doit être réduite d'au moins 2/3, c'est-à-dire qu'il n'est pas en mesure de se procurer un salaire supérieur à 1/3 de la rémunération normale des travailleurs de sa catégorie et travaillant dans sa région ;
- > L'assuré doit être affilié à la Sécurité sociale depuis au moins 12 mois à partir du premier jour du mois de l'arrêt de travail suivi de son invalidité ou de la constatation de son invalidité.

En plus de la durée d'affiliation, il faut remplir au moins une des deux conditions suivantes :

- > l'assuré doit justifier avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail ou la constatation de son invalidité ;
- > l'assuré doit justifier d'un montant minimum de cotisation c'est-à-dire avoir cotisé sur la base d'une rémunération au moins égale à 2030 fois le Smic horaire au cours des 12 mois civils précédant l'interruption de travail.

EXEMPLE

L'interruption de travail suivie d'invalidité a débuté le 1^{er} décembre 2020. Le droit à pension d'invalidité est ouvert si la personne est affiliée à la Sécurité sociale depuis au moins le 1^{er} septembre 2024 et si elle a travaillé au moins 600 heures entre le 1^{er} septembre 2024 et le 1^{er} septembre 2025 ou si, pendant cette même période, elle a cotisé sur la base d'une rémunération au moins égale à 20361 €.

ATTENTION

S'agissant des personnes de nationalité étrangère, les conditions générales et la justification d'un séjour régulier doivent être remplies pour prétendre à une pension d'invalidité.

Le montant de la pension d'invalidité

Le montant de la pension d'invalidité varie selon la capacité à travailler de l'assuré et est revalorisé au 1^{er} avril de chaque année :

- > si l'assuré est capable d'exercer une activité professionnelle rémunérée, il appartient à la 1^{re} catégorie ;
- > si l'assuré ne peut plus exercer une telle activité, il appartient à la 2^e catégorie ;
- > s'il ne peut plus exercer d'activité professionnelle et qu'il nécessite une aide afin d'être assisté dans les gestes essentiels au quotidien, il appartient à la 3^e catégorie.

C'est le médecin conseil de la CPAM qui détermine la catégorie d'invalidité.

Catégorie de pension d'invalidité	Calcul de la pension en % sur la base du revenu annuel moyen des 10 meilleurs années	Montant mensuel minimum	Montant mensuel maximum
1 ^{re}	30 %	335,29 €	1 177,50 €
2 ^e	50 %	335,29 €	1 962,50 €
3 ^e	50 % + majoration pour tierce personne (1)	1 601,89 €	3 229,10 €

ATTENTION

Il ne faut pas confondre invalidité et inaptitude. Être reconnu invalide de 2^e ou 3^e catégorie n'entraîne pas automatiquement l'inaptitude au travail, qui doit être constatée par le médecin du travail.

ATTENTION

La pension d'invalidité peut être soumise à des prélèvements sociaux (remboursement de la dette sociale, contribution sociale généralisée ou encore contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie) ainsi qu'à l'impôt sur le revenu.

La révision de la pension d'invalidité

La pension d'invalidité peut être ajustée à la hausse ou à la baisse selon l'évolution de l'état de santé de l'assuré. Un contrôle des droits à percevoir la pension est effectué tous les ans par l'organisme qui la verse (CPAM ou MSA).

L'établissement et l'envoi de la demande

L'état d'invalidité de l'assuré est apprécié selon sa capacité de travail restante, son état général, son âge, ses facultés physiques et mentales, ses aptitudes, sa formation professionnelle :

- > soit après consolidation de la blessure en cas d'accident non régi par la législation sur les accidents du travail ;
- > soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces prévues à l'article L. 321-1 du code de la Sécurité sociale ;
- > soit après stabilisation de son état intervenue avant l'expiration du délai susmentionné ;
- > soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

L'assuré doit remplir le formulaire Cerfa n° 1174*05 et l'adresser à sa CPAM.

ATTENTION

La pension d'invalidité prend fin lorsque l'assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite (sauf pour les pensions d'invalidité de 1^{re} catégorie) et peut être convertie en pension de vieillesse.

Cumul

Il est possible de cumuler la pension d'invalidité avec d'autres pensions ou rentes.

2. La majoration pour tierce personne

La majoration pour tierce personne, qui permet de majorer la pension d'invalidité, est versée sous conditions d'assistance d'une tierce personne.

Les bénéficiaires

Il faut être titulaire d'une pension pour invalidité et remplir les deux conditions suivantes : d'une part, l'invalidité doit empêcher de travailler et, d'autre part, elle doit obliger la personne à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Les besoins d'assistance par une tierce personne sont déterminés par le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), à partir d'une grille d'appréciation de 10 actes ordinaires de la vie (se lever seul, s'asseoir, se déplacer, se vêtir...).

Le montant

La majoration pour tierce personne est de 1 365,08 € par mois en 2025. Elle n'est pas imposable et son montant est revalorisé chaque année.

Le versement

La majoration pour tierce personne est versée chaque mois. Elle est due à la date à laquelle la personne a droit à la pension d'invalidité si, à cette date, les conditions d'attribution de la majoration sont remplies. Dans le cas contraire, elle est due à compter du premier jour du mois suivant la date de réception de la demande de majoration, dès lors que ces conditions sont remplies. Elle cesse d'être versée dès lors que les conditions y donnant droit ne sont plus réunies.

À NOTER

La majoration pour tierce personne n'est pas récupérable sur la succession. Cela signifie que les sommes versées n'ont pas à être remboursées par les héritiers.

3. L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)

L'ASI complète la pension d'invalidité de façon à garantir le minimum invalidité.

Les bénéficiaires

L'ASI peut être versée comme complément à la personne invalide si ses ressources sont inférieures à 914,85 € (pour une personne seule) ou 1 530,60 € (pour un couple).

Les ressources prises en compte sont :

- > les revenus professionnels,
- > les pensions de retraite,

- > les pensions d'invalidité,
- > l'allocation aux adultes handicapés,
- > les pensions alimentaires,
- > les revenus des biens mobiliers et immobiliers à hauteur de 3% de leur valeur vénale fixée à la date de la demande d'ASI,
- > les biens dont le demandeur a fait donation dans les 10 années qui précèdent la demande.

Les conditions à remplir

Tout pensionné d'invalidité doit justifier d'une résidence habituelle en France car l'ASI n'est pas exportable.

La résidence habituelle en France se justifie par, au minimum, deux des documents suivants :

- > un avis d'imposition ou de non-imposition ;
- > une attestation d'hébergement ;
- > des factures de gaz, eau, électricité, téléphone ;
- > des quittances de loyer ;
- > des taxes foncières ou d'habitation
- > s'agissant des cas particuliers de résidence (personnes hébergées, foyers de travailleurs migrants, résidences sociales, hôtels, sans domicile fixe), une déclaration sur l'honneur du demandeur peut être requise.

ATTENTION

Au-delà de justifier d'une résidence habituelle en France, tout pensionné d'invalidité de nationalité étrangère doit être titulaire d'un titre de séjour avec autorisation de travail depuis au moins 10 ans, réfugié, apatride, bénéficiaire de la protection subsidiaire, ancien combattant pour la France et résidant sur le sol français, ressortissant d'un État membre de l'EEE, de la Confédération suisse, algérien avec un certificat de résidence, monégasque détenant un passeport avec une mention valant autorisation de séjour, ou avoir un titre d'identité andorran.

Le montant de l'ASI

Le montant de l'allocation supplémentaire d'invalidité varie en fonction des ressources.

Le calcul est le suivant : le montant de l'ASI est égal au plafond moins le montant de ressources de la personne ou de celles du couple (mariés ou non).

Le plafond des ressources de l'ASI est au 1^{er} avril 2025 de :

- > 914,85 € par mois pour une personne seule ou la seule personne du couple à en bénéficier ;
- > 1601,00 € par mois pour un couple dont les deux personnes sont bénéficiaires.

Si les 2 conjoints bénéficient de l'ASI, le montant de l'ASI est partagé entre les 2 membres du couple.

EXEMPLE

Une personne vivant seule avec des ressources de 500€ par mois aurait une ASI de 414,85 € par mois (914,85 - 500).

À RETENIR

L'ASI n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu, et l'assuré n'a pas à s'acquitter de la contribution sociale généralisée (CSG) ou de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) sur l'ASI.

Le versement

L'ASI est versée par la CPAM ou la MSA, ou par la caisse de retraite lorsque la personne bénéficie d'une pension de retraite anticipée ou d'une pension de réversion. Le versement de l'ASI se fait à partir du premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande. Il cesse dès lors que le pensionné d'invalidité atteint l'âge légal de la retraite.

L'établissement et l'envoi de la demande

Le pensionné d'invalidité du régime général français de Sécurité sociale doit remplir le formulaire Cerfa n° 11175*05 et envoyer sa demande à la CPAM dont il dépend.

ATTENTION

Depuis le 01/01/2020, la récupération sur succession n'existe plus.

H. Les risques professionnels

La garantie des risques professionnels couvre toute personne salariée.

Les risques indemnisés

> L'accident du travail

Un accident est présumé d'origine professionnelle dès lors qu'il survient au temps et au lieu de travail, même pendant un temps de pause. Le fait à l'origine de l'accident du travail doit être soudain. Cependant, l'accident peut provenir d'un événement ou d'une série d'événements, qui doivent être datés de manière certaine.

Le salarié doit en informer son employeur dans les 24 heures, et ce dernier doit déclarer l'accident à la CPAM dans les 48 heures. A défaut, la victime dispose d'un délai de 2 ans à compter de la date de l'accident pour procéder, elle, à son signalement à la Sécurité sociale.

ATTENTION

Le certificat médical doit indiquer avec précision la date de l'accident, l'état (localisation et nature des lésions avec les symptômes éventuels) et les conséquences éventuelles de l'accident (séquelles fonctionnelles).

> L'accident de trajet

L'accident de trajet survient pendant le trajet d'aller ou de retour entre sa résidence et son lieu de travail, ou entre son lieu de travail et la cantine. La résidence est la résidence principale, une résidence secondaire stable ou tout autre lieu où le salarié se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial.

Le trajet doit être effectué durant une période normale par rapport aux horaires de travail, compte-tenu de la longueur du trajet et des moyens de transport utilisés.

> Les maladies professionnelles

La maladie professionnelle doit être inscrite dans un des tableaux de la Sécurité sociale. A défaut, elle peut être reconnue par le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), sous conditions de gravité (avoir un taux d'incapacité permanente au moins égal à 25 %) et de lien avec l'activité professionnelle.

C'est au salarié qu'il revient de déclarer sa maladie professionnelle dans des délais précis et impératifs.

ATTENTION

Les victimes de l'amiante et leurs ayants-droits bénéficient d'un fonds d'indemnisation spécifique. Pour saisir le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, les formulaires sont disponibles sur le site www.fiva.fr.

La prise en charge des frais médicaux

Les soins sont pris en charge dans leur globalité, sur la base et dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale.

L'indemnisation

> Le versement d'indemnités journalières

Si un arrêt maladie est prononcé par le médecin du travail, l'employeur doit remplir le formulaire n° S6202, *Attestation de salaire - accident du travail ou maladie professionnelle*, afin de permettre à la CPAM de calculer et de verser ces indemnités journalières.

Le calcul s'opère sur le salaire dit "journalier de base" qui correspond au salaire brut du mois précédant l'arrêt de travail divisé par 30,42 sans pouvoir dépasser 392,81 €.

Pendant les 28 premiers jours suivant l'arrêt de travail	Indemnité journalière = 60 % du salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné à 235,69 €
À partir du 29^e jour d'arrêt de travail	Indemnité journalière = 80 % du salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné à 314,25 €
Au-delà de 3 mois d'arrêt de travail	Revalorisation possible de l'indemnité en cas d'augmentation globale des salaires après l'accident

Les indemnités journalières sont versées tous les 14 jours sans délai de carence, à partir du lendemain du jour de l'accident du travail et pendant tout l'arrêt de travail jusqu'à la date de la consolidation ou de la guérison.

La consolidation correspond à l'état qui suit la période des soins, lorsque la lésion se fixe et devient permanente de telle façon que le traitement n'aurait pour finalité que d'éviter son aggravation mais ne peut plus y remédier.

ATTENTION

Les indemnités journalières perçues par les victimes du travail sont soumises à l'impôt sur le revenu, à hauteur de 50 % de leur montant.

EXEMPLE

Une personne en arrêt maladie depuis 10 jours, qui perçoit habituellement un salaire brut de 1000 € par mois a donc un salaire journalier de base de : $1000 \text{ €} / 30,42 = 32,87 \text{ €}$.

Elle perçoit alors une indemnité journalière de 60 % de 32,87 €
= 19,722 € par jour.

> Le versement de l'indemnité complémentaire

L'indemnité complémentaire, à la différence des indemnités journalières qui sont versées par la CPAM, est à la charge de l'employeur (article L. 1226-1 du code du Travail).

Peut bénéficier d'une indemnité complémentaire le travailleur qui a subi un accident du travail ou qui est victime d'une maladie professionnelle et qui :

- > n'est pas travailleur à domicile, saisonnier, intermittent ou temporaire ;
- > justifie d'au moins d'un an d'ancienneté dans l'entreprise ;
- > a transmis à l'employeur le certificat médical dans les 48 heures ;
- > bénéficie des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale ;
- > a subi un accident du travail.

Le versement débute au 1^{er} jour d'absence, sans délai de carence.

Pendant les 30 premiers jours d'arrêt de travail	Le montant correspond à 90 % de la rémunération brute que le salarié aurait perçu s'il avait travaillé
Pendant les 30 jours d'arrêt suivants	Le montant correspond aux 2/3 (66,66 %) de cette même rémunération

Les indemnités complémentaires sont versées jusqu'à la fin de l'arrêt de travail, pendant une durée maximale par période de 12 mois. La durée de versement varie en fonction de l'ancienneté dans l'entreprise.

Ancienneté dans l'entreprise	Durée maximale de versement des indemnités au cours d'une période de 12 mois
De 1 à 5 ans	60 jours (30 jours à 90 % et 30 jours à 66,66 %)
De 6 à 10 ans	80 jours (40 jours à 90 % et 40 jours à 66,66 %)
De 11 à 15 ans	100 jours (50 jours à 90 % et 50 jours à 66,66 %)
De 16 à 20 ans	120 jours (60 jours à 90 % et 60 jours à 66,66 %)
De 21 à 25 ans	140 jours (70 jours à 90 % et 70 jours à 66,66 %)
De 26 à 30 ans	160 jours (80 jours à 90 % et 80 jours à 66,66 %)
31 ans et plus	180 jours (90 jours à 90 % et 90 jours à 66,66 %)

EXEMPLE

Un salarié présent dans l'entreprise depuis 7 ans qui perçoit habituellement un salaire mensuel brut de 1000 €, qui subit un accident du travail, percevra des indemnités sur 80 jours :

- pendant les 40 premiers jours d'arrêt, 90 % de 1000 € soit 900 € par mois ;
- pendant les 40 jours suivants, 66,66 % de 1000 € soit 666,6 € par mois.

> Le versement de l'indemnité temporaire d'incapacité

En cas de déclaration d'incapacité à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le salarié peut bénéficier d'une indemnité temporaire d'incapacité.

Pour pouvoir bénéficier de l'indemnité temporaire d'incapacité, il est nécessaire que :

- > l'accident ou la maladie ait été reconnu d'origine professionnelle ayant donné lieu à un arrêt de travail indemnisé ;
- > l'incapacité soit susceptible d'être en lien avec l'accident ou la maladie professionnelle (relation reconnue par le médecin du travail) ;
- > l'absence de rémunération soit liée à l'activité salariée. Autrement dit, la personne n'est plus en mesure de percevoir une rémunération quelconque ;
- > la personne se maintienne en France, sauf autorisation préalable de la CPAM.

L'indemnité temporaire d'incapacité est versée durant un mois maximum à compter de la date de délivrance de l'avis d'incapacité par le médecin du travail.

Le montant correspond au montant de la dernière indemnité journalière accident du travail/maladie professionnelle qu'a perçu le salarié au cours de son arrêt de travail.

Pour faire la demande, le médecin du travail remet un formulaire, dont il faut adresser un volet à la CPAM et un volet à l'employeur.

ATTENTION

L'indemnité temporaire d'incapacité ne peut pas se cumuler avec les allocations chômage ou encore les indemnités journalières versées dans le cadre d'un arrêt de travail pour maladie, congé maternité/paternité ou adoption (sauf si la personne a plusieurs employeurs).

> L'indemnisation de l'incapacité permanente : le capital ou la rente

Au moment de la consolidation, le médecin conseil de l'Assurance maladie examine l'assuré et lui attribue un taux d'incapacité permanente.

Ce dernier est déterminé *"d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité"* (article L. 434-2 du code de la Sécurité sociale).

Si le taux est inférieur à 10 %, l'assuré bénéficie d'une indemnité en capital, versée en une fois, et dont le montant forfaitaire dépend du taux d'incapacité. Le montant est revalorisé chaque année au 1^{er} avril.

Montant de l'indemnité en capital versée selon le taux d'incapacité permanente (depuis le 1 ^{er} avril 2025)	
Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnité en capital
1 %	479,56 €
2 %	779,49 €
3 %	1 139,06 €
4 %	1 797,86 €
5 %	2 277,57 €
6 %	2 816,99 €
7 %	3 416,09 €
8 %	4 075,64 €
9 %	4 794,84 €

Si le taux est supérieur ou égal à 10 %, l'assuré bénéficie d'une rente d'incapacité permanente calculée sur la base du salaire des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail. Elle est égale au *“salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de la moitié pour la partie qui excède 50 %”* en application de l'article R. 434-2 du code de la Sécurité sociale.

EXEMPLE

Pour une personne dont le taux d'incapacité est de 30 % et qui a perçu un salaire annuel de 12 000 €, le calcul est le suivant :

Taux d'incapacité = $30 / 2 = 15 \%$

>> montant annuel de la rente = [salaire annuel] x [taux d'incapacité]
= 12 000 € x 15 % = 1 800 €

EXEMPLE

Pour une personne qui gagne le même salaire mais dont le taux d'incapacité est à 70 %, le calcul est le suivant :

Taux d'incapacité = $(50 / 2) + (20 \times 1,5) = 25 + 30 = 55 \%$

>> montant annuel de la rente = 12 000 € x 55 % = 6 600 €

La rente est versée :

- > tous les mois (pour un taux supérieur ou égal à 50 %) ;
- > tous les trimestres (pour un taux compris entre 10 et 50 %).

La prise en charge des soins

Lorsque le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 66,66 %, les soins et traitements sont pris en charge à 100 % à l'exception des médicaments remboursés à 15 et 30 %.

ATTENTION

Un accident du travail entraînant un taux d'IPP supérieur ou égale à 20 % peut ouvrir droit à une régularisation de séjour de la victime étrangère (article L.313-11 9° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile).

À RETENIR

La rente d'incapacité permanente est exonérée des contributions sociales, n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu et est versée jusqu'au décès de la personne qui en bénéficie.

Le recours à une tierce personne

Lorsque le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 80 %, la personne peut bénéficier de la prestation complémentaire pour le recours à une tierce personne. Le montant varie en fonction du nombre d'actes ordinaires de la vie courante que la personne ne peut pas accomplir seule. Il n'y a pas de démarche à réaliser : la CPAM détermine directement si la personne y a droit.

L'indemnisation des ayants-droits

Lorsque l'accident ou la maladie professionnelle entraîne le décès de la victime, certains ayants droit peuvent prétendre à une rente de survivants :

- > le conjoint/concubin/partenaire (lié par un Pacs) ;
- > les enfants ou descendants à charge âgés de moins de 20 ans ;
- > les ascendants qui pouvaient prétendre à une pension alimentaire ;
- > les ayants droit d'un étranger si ce dernier résidait en France, sauf dispositions contraires d'une convention internationale.

Pour le conjoint, le montant est fixé à 40 % du salaire annuel du défunt. Un complément de rente, égal à 20 % du salaire annuel du défunt, est versé si le conjoint vivait en couple avec le défunt et remplit l'une des deux conditions suivantes : avoir moins de 55 ans et être atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50 % depuis au moins 3 mois.

Par ailleurs le montant est fixé à 25 % du salaire annuel du défunt par enfant, pour les 2 premiers enfants, puis 20 % par enfant à partir du troisième.

La rechute

A l'issue de l'arrêt de travail, il est possible que la personne, bien que considérée comme guérie, fasse une rechute nécessitant un nouvel arrêt de travail dans les deux ans qui suivent l'arrêt initial.

Ainsi, *“toute modification dans l'état de la victime, dont la première constatation médicale est postérieure à la date de guérison apparente ou de consolidation de la blessure, peut donner lieu à une nouvelle fixation des réparations”* en vertu de l'article L. 443-1 du code de la Sécurité sociale.

C'est la CPAM qui statue sur la prise en charge ou non de la rechute (article L. 443-2 du même code).

Le salarié doit alors faire constater la rechute par un médecin et transmettre l'avis de ce dernier à la CPAM.

Lorsqu'elle reçoit le certificat, la CPAM envoie au salarié une feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Elle lui notifie également sa décision de prendre en charge cette rechute (autrement dit le traitement médical) ou non : il faut que les lésions soient nouvelles ou s'aggravent.

La CPAM en informe par la suite l'employeur en charge lors de l'accident initial (même si le salarié a changé d'entreprise depuis).

Si la CPAM considère qu'il s'agit d'une rechute et décide de la prendre en charge, le salarié bénéficie d'une prise en charge de 100 ou 150 % des frais de santé dans les limites des prix de la Sécurité sociale.

Il bénéficie par la suite d'indemnités journalières qui se basent sur le salaire du mois précédant l'arrêt de travail.

ATTENTION

Si la personne concernée n'exerce plus d'activité salariée au moment de la rechute, l'indemnité est calculée sur la base du dernier salaire perçu.

EN SAVOIR PLUS

Toutes les décisions des organismes sociaux peuvent être contestées, dans des délais spécifiques. Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter la FNATH, association des accidentés de la vie (www.fnath.org)

Les agents des fonctions publiques, les exploitants agricoles, les commerçants, les artisans et les entrepreneurs bénéficient de dispositions particulières.

ET AUSSI...

Mon soutien psy

Mon soutien psy est un dispositif qui propose jusqu'à 12 séances d'accompagnement psychologique chez un psychologue partenaire pour un tarif de 50 €, remboursée à 60 % par l'Assurance maladie.

Bénéficiaires

Toute personne, dès 3 ans, en souffrance psychique d'intensité légère à modérée.

Modalités d'accès

Le bénéficiaire doit avancer les frais à l'exception des :

- > bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ;
- > bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) ;
- > bénéficiaires de soins en lien avec une affection de longue durée, un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- > les femmes enceintes ou sur le point d'accoucher (à partir du 6^e mois de grossesse jusqu'au 12^e jour après la date de l'accouchement).

Un annuaire en ligne permet de connaître les psychologues conventionnés : monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue.



2

LES PRESTATIONS LIÉES AU HANDICAP

A.	L'allocation adulte handicapé (AAH) et la majoration pour vie autonome	42
B.	La prestation de compensation du handicap (PCH)	45
C.	L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	46



Au-delà de la pension d'invalidité destinée à compenser la perte de salaire résultant de la réduction de la capacité de travail de l'assuré, de l'indemnisation de son incapacité permanente en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle par l'attribution d'un capital ou d'une rente, d'autres aides existent pour garantir des ressources à un enfant ou un adulte en situation de handicap ou pour compenser leur handicap.

A. L'allocation adulte handicapé (AAH) et la majoration pour vie autonome

L'AAH est une allocation qui permet d'avoir un minimum de ressources.

Les conditions à remplir

Le demandeur doit :

- > remplir les conditions générales de bénéfice des prestations familiales et notamment résider en France. L'AAH est, en effet, soumise à une condition de résidence en France depuis plus de 3 mois du demandeur, condition qui n'a pas à être remplie par les étrangers (ainsi que leurs ascendants et conjoints) ressortissants de l'UE, EEE et Suisse qui exercent une activité professionnelle en France, ou qui ont exercé une telle activité et sont inaptes à travailler au moment de la demande ;

- > avoir au moins 20 ans, 16 ans si la personne n'est plus considérée comme étant à la charge de ses parents pour le calcul des prestations familiales ;
- > avoir un taux d'incapacité déterminé par la Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) au moins égal à 80 % ou située entre 50 et 79 % avec une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, reconnue par la CDAPH ;
- > ne pas recevoir de pension vieillesse, invalidité ou de rente d'accident du travail supérieure ou égale à 902,70 € par mois ;
- > avoir des revenus qui ne dépassent pas 12 399,84 € si la personne vit seule, et 22 444 € si la personne vit en couple (ces montants sont majorés de 6 200 € par enfant à charge).

Le montant de l'AAH

Le montant de l'AAH à taux plein est de 1 033,32 € par mois et est réduit en fonction des ressources de l'allocataire. Fixé par décret, ce montant est revalorisé au 1^{er} avril de chaque année. Sont pris en compte pour le calcul de l'AAH, les revenus d'activité, les pensions, la situation personnelle et professionnelle du bénéficiaire ainsi que les ressources du conjoint/concubin/partenaire lié par un Pacs.

Durée d'attribution

L'AAH attribuée au titre d'une incapacité d'au moins 80 % est accordée par la CDAPH pour une période au moins égale à 1 an et au plus égale à 10 ans. L'allocation est sans limitation de durée à toute personne qui présente un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % et dont les limitations d'activité ne sont pas susceptibles d'évolution favorable, compte tenu des données de la science.

L'AAH attribuée au titre d'un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 % est accordée pour une période de 1 à 2 ans. La période d'attribution de l'allocation peut excéder 2 ans sans toutefois dépasser 5 ans, si le handicap et la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ne sont pas susceptibles d'une évolution favorable au cours de la période d'attribution.

À NOTER

Avant la fin de la période ainsi fixée et à la demande de l'intéressé, de la Caf, de la MSA ou du Préfet de département, les droits à l'AAH et au complément de ressources peuvent être révisés, en cas de modification de l'incapacité du bénéficiaire.

Le versement de l'AAH

L'AAH est versée jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite pour une personne dont le taux d'incapacité est inférieur à 80 %, et au-delà si ce taux est au moins égal à 80 %.

Servie comme une prestation familiale, l'AAH est incessible et insaisissable sauf pour le paiement des frais d'entretien de la personne handicapée (article L. 821-5 du code de la Sécurité sociale).

À NOTER

L'action de l'allocataire pour le paiement de l'AAH se prescrit par 2 ans.

L'établissement et l'envoi de la demande d'AAH

La demande d'AAH doit se faire auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) territorialement compétente par l'envoi d'un formulaire.

L'instruction de la demande d'AAH

La CDAPH se réunit pour statuer sur la demande d'AAH dans un délai de quatre mois suivant le dépôt de cette demande. Au-delà de ce délai, le rejet implicite de cette demande peut être retenu.

ATTENTION

Le complément de ressources est supprimé depuis le 1^{er} décembre 2019. Toutefois, les personnes qui le percevaient avant cette date peuvent continuer à en bénéficier sous réserve de remplir les conditions d'attribution (liées au taux d'incapacité, aux ressources et au logement).

La majoration pour vie autonome

C'est une aide financière qui peut s'ajouter à l'allocation aux adultes handicapés (AAH) pour faire face aux dépenses liées au handicap (par exemple, adaptation de votre logement). Le montant de la MVA est fixé à 104,77 € par mois.

Pour la percevoir, il faut remplir les cinq conditions suivantes :

- > percevoir l'AAH à taux plein ou en complément d'une retraite, d'une pension d'invalidité ou d'une rente accident du travail, ou percevoir l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ;
- > avoir un taux d'incapacité au moins égal à 80 % ;

- > vivre dans un logement indépendant, c'est-à-dire un logement qui n'appartient pas à un établissement. Si la personne est hébergée par un particulier à son domicile, le logement n'est pas considéré comme étant indépendant sauf s'il s'agit de la personne avec qui elle vit en couple ;
- > percevoir une aide au logement ;
- > ne pas percevoir de revenu d'activité.

B. La prestation de compensation du handicap (PCH)

La prestation de compensation du handicap (PCH) est une aide financière qui comprend cinq formes d'aides (humaine, technique, aménagement du logement, transport, aide spécifique ou exceptionnelle, animale).

ATTENTION

La PCH remplace l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) depuis le 1^{er} janvier 2006. Ainsi, les personnes qui bénéficiaient alors de l'ACTP peuvent choisir de la conserver ou de changer pour la PCH.

Les conditions à remplir

Pour pouvoir percevoir la PCH, il faut respecter des conditions :

- > **de perte d'autonomie** : il faut rencontrer une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité importante du quotidien ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités ;
- > **d'âge** : avoir moins de 60 ans. Il est toutefois possible de bénéficier de la prestation de compensation au-delà de 60 ans (et sans limite d'âge) si la personne remplissait les conditions d'attribution avant 60 ans ;
- > **de ressources** : la prestation de compensation est attribuée sans condition de ressources, mais le montant de l'aide variera en fonction des ressources de la personne ;
- > **de résidence** : le bénéficiaire doit vivre à son domicile ou dans un établissement spécialisé.

Le versement de la PCH

La PCH est une aide financière versée par le Département.

L'établissement et l'envoi de la demande

La demande de PCH se fait auprès de la MDPH du lieu de résidence du demandeur via un formulaire.

C. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AAEH)

Cette aide est destinée au(x) parent(s) qui ont un enfant handicapé, afin de les soutenir dans son éducation et les soins qui lui sont prodigués.

Les bénéficiaires

Cette allocation est versée à l'assuré qui réside en France et perçoit des revenus inférieurs à 990,99 € (correspond à 55% du SMIC), qui a un enfant handicapé de moins de 20 ans à charge, lequel n'est pas placé en internat avec prise en charge intégrale des frais par l'Assurance maladie, l'État ou le Département (articles L. 541-1 et suivants du code de la Sécurité sociale).

Le montant de l'AAEH

Le taux d'incapacité de l'enfant conditionne le droit à l'AAEH et est apprécié par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Le montant de base de l'AAEH est de 151,80 € par enfant par mois ; il peut être complété en fonction du niveau de handicap de l'enfant :

Situation de l'enfant	Niveau de handicap de l'enfant	AAEH de base + complément	AAEH de base + complément + majoration parent isolé
> Handicap de l'enfant entraînant des dépenses d'au moins 265,65 € par mois	Niveau 1	265,65 €	
> Tierce personne 8 heures/semaine > Réduction du temps de travail du parent de 20 % > Handicap entraînant des dépenses d'au moins 402,37 € par mois	Niveau 2	460,14 €	521,81 €
> Tierce personne 8 heures/semaine ou réduction du temps de travail du parent de 20 % + les dépenses entourant l'enfant sont supérieures ou égales à 244,74 € par mois > Tierce personne 20 heures/semaine ou parent à mi-temps > Handicap entraînant des dépenses d'au moins 514,37 € par mois	Niveau 3	588,22 €	673,61 €

Situation de l'enfant	Niveau de handicap de l'enfant	AAEH de base + complément	AAEH de base + complément + majoration parent isolé
<ul style="list-style-type: none"> > Tierce personne 8 heures/semaine ou réduction du temps de travail du parent de 20% + les dépenses sont d'au moins 454,51 € par mois > Tierce personne 20 heures/semaine ou parent à mi-temps + les dépenses sont d'au moins 342,51 € par mois > Tierce personne à temps plein ou arrêt total du travail du parent > Handicap entraînant des dépenses d'au moins 724,14 € par mois 	Niveau 4	828,11 €	1 098,50 €
<ul style="list-style-type: none"> > Tierce personne à temps plein ou arrêt total du travail du parent + les dépenses sont d'au moins 297,17 € par mois 	Niveau 5	1 016,15 €	1 362,44 €
<ul style="list-style-type: none"> > Tierce personne à temps plein ou arrêt total du travail du parent + l'état de l'enfant impose des contraintes permanentes de surveillance et de soin 	Niveau 6	1 439,94 €	1 947,51 €

Le versement de l'AAEH

Il varie en fonction du taux d'incapacité de l'enfant :

- > en cas d'incapacité d'au moins 80 %, face à un état de santé stable ou aggravé, le versement de l'allocation se fera jusqu'à la fin du versement des prestations familiales (20 ans de l'enfant) ou jusqu'au basculement vers l'allocation adulte handicapé (AAH) ; face à un état de santé pouvant s'améliorer, le versement est effectué entre 3 et 5 ans.
- > en cas d'incapacité comprise entre 50 et 79 %, ou si l'enfant est inscrit dans un établissement adapté, ou si son état nécessite un dispositif adapté ou un accompagnement dans un établissement scolaire, ou des soins préconisés par la CDAPH, le versement est effectué entre 2 et 5 ans.

ATTENTION

Lorsque l'enfant est placé en internat et retourne occasionnellement au foyer, le versement est ponctuel.

À RETENIR

Le versement cesse au 20^e anniversaire de l'enfant, qui pourra alors bénéficier de l'allocation adultes handicapés (AAH).

À NOTER

Si l'assuré bénéficie de l'allocation journalière de présence parentale, l'AAEH est versée mais l'assuré ne pourra pas percevoir en plus ni le complément d'AAEH, ni la majoration spécifique pour parent isolé.

Démarches

La demande doit être adressée à la Maison départementale des personnes handicapées en utilisant un formulaire. En l'absence de réponse au-delà de 4 mois, la demande est considérée comme rejetée.

L'ouverture du droit à l'AAEH

Le droit à l'AAEH est ouvert à partir du mois qui suit le dépôt du dossier.

Cumul

Les familles bénéficiaires de l'AAEH de base ont la possibilité d'opter soit pour un complément d'AAEH, soit pour la prestation de compensation du handicap (PCH).

Il est également possible de cumuler le complément d'AAEH avec le troisième élément de la prestation de compensation (versé en cas de frais pour l'aménagement du logement ou du véhicule, ou de surcoûts liés au transport).

Mes notes



3

LES PRESTATIONS DE SOUTIEN AUX FAMILLES

A.	L'accès aux soins et les aides autour de l'arrivée d'un enfant avec l'assurance maternité	52
1.	Les indemnités journalières pour maternité (IJ)	53
2.	L'indemnisation du congé paternité et d'accueil de l'enfant	57
B.	Les prestations familiales	59
1.	L'allocation prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)	59
1.1	La prime à la naissance ou à l'adoption	59
1.2	L'allocation de base	60
1.3	La prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE)	62
1.4	Le complément de libre choix du mode de garde (CMG)	66
1.5	Les prestations familiales et les ressortissants étrangers UE et hors UE	67
2.	Les allocations familiales (AF)	69
2.1	L'allocation forfaitaire	69
2.2	Le complément familial (CF)	72
2.3	L'allocation de soutien familial (ASF)	72
2.4	L'allocation journalière de présence parentale (AJPP)	74
2.5	L'allocation de rentrée scolaire (ARS)	77
2.6	Le maintien de certaines allocations à la suite du décès d'un enfant	78



Différentes prestations financières peuvent être versées directement aux parents pour les soutenir et les aider à faire face aux charges qu'entraînent la naissance et l'éducation de leurs enfants.

A. L'accès aux soins et les aides autour de l'arrivée d'un enfant avec l'assurance maternité

Une assurance maternité est prévue aux articles L. 330-1 et suivants du code de la Sécurité sociale pour les assurés. Elle prévoit une prise en charge à 100 % des frais médicaux de la femme enceinte du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse jusqu'au 12^e jour après la date de l'accouchement.

ATTENTION

Une déclaration de grossesse doit avoir été faite par le médecin traitant au cours du premier trimestre de grossesse selon le formulaire n° S4110 *“Premier examen médical prénatal”*.

Elle permet le versement d'indemnités journalières pour maternité, d'indemnités pour la paternité et l'accueil de l'enfant, de même que la couverture des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

Les frais couverts par l'assurance sont listés à l'article L. 160-9 du même code, il s'agit des :

- > frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examen de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ;
- > frais d'examen prénataux et postnataux obligatoires et de la prise en charge de la femme enceinte s'il y a une contamination ou une infection, ou si ses antécédents familiaux rendent des examens de prévention nécessaires, ainsi que les frais d'examen de l'enfant obligatoires.

1. Les indemnités journalières pour maternité (IJ)

Des indemnités journalières pour maternité peuvent être versées à l'assurée pour préparer l'arrivée de son enfant avant l'accouchement et lui permettre de rester avec lui durant ses premières semaines.

Les bénéficiaires

Certaines femmes peuvent, pendant leur congé maternité, percevoir des indemnités journalières lorsqu'elles sont au chômage, salariées ou indépendantes.

L'assurée reçoit une indemnité journalière de repos – en raison de sa maternité – sur une période allant des 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement aux 10 semaines après celui-ci.

Il existe des particularités en fonction des situations, prévues par les articles L. 331-3 et suivants du code de la Sécurité sociale :

- > Si des naissances multiples sont prévues.
- > Pour des jumeaux, la période de versement commence 12 semaines avant la date présumée de l'accouchement, et peut être augmentée de 4 semaines au maximum (semaines qui seront enlevées aux semaines d'après-accouchement).
- > Pour plus de 2 enfants, elle débute 24 semaines avant cette date et se termine 22 semaines après.
- > Quand l'accouchement a lieu 6 semaines avant la date prévue et demande l'hospitalisation du nouveau-né, l'assurée perçoit l'indemnité sur une période augmentée du nombre de jours allant de la date effective de l'accouchement au début du repos.
- > Lorsque l'assurée a à sa charge au moins deux enfants pour lesquels elle perçoit des allocations familiales, la période est portée à 8 semaines avant et 18 semaines après la date présumée de l'accouchement.

Il lui est également possible d'augmenter la période d'indemnisation antérieure de 2 semaines maximum (qui seront ensuite déduites de la période post-accouchement).

- > Lorsque le nouveau-né a été hospitalisé jusqu'à expiration de la 6^e semaine suivant l'accouchement, l'assurée peut demander le report de la période d'indemnisation à la date de la fin de l'hospitalisation (article L. 331-5 du CSS).
- > Lorsque la mère décède au cours de la période d'indemnisation, entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre de l'assurance maternité, ou la fin du traitement lié à la maternité, le père bénéficie d'un droit à indemnisation pour la durée restante.

ATTENTION

Il doit cesser tout travail salarié pendant cette durée.

Lorsque le père ne fait pas la demande, le conjoint de la mère, son/sa partenaire lié(e) par un Pacs ou son époux/se peut se voir accorder le droit à indemnisation.

S'agissant des parents adoptifs ou accueillants, ils peuvent également bénéficier de l'indemnité journalière de repos pendant 10 semaines, 22 au plus (pour des adoptions multiples) à compter du jour de l'arrivée de l'enfant au foyer, ou dans les 7 jours précédant cette date.

La période peut être portée à 18 semaines si l'assuré assume la charge d'au moins 3 enfants pour lesquels il perçoit les allocations familiales.

ATTENTION

L'assuré doit cesser tout travail salarié pendant cette durée, et il faut que l'enfant soit confié par l'ASE, l'Agence française de l'adoption, un organisme français autorisé pour l'adoption ou par décision de l'autorité étrangère compétente si l'enfant a été autorisé à entrer en France.

Les conditions à remplir

L'assurée doit pouvoir justifier :

- > de rémunérations soumises à cotisation, autrement dit
 - un salaire d'un montant fixé par référence au SMIC, ou
 - la rémunération d'un nombre d'heures de travail salarié ou assimilé ;
- > d'une durée minimale d'affiliation.

Le montant de l'indemnité

L'indemnité est calculée sur les salaires des 3 mois précédant le congé maternité, ou les 12 mois (pour les activités saisonnières ou non continues), dans la limite des plafonds de la Sécurité sociale (soit 3 428 €).

Le montant maximum est de 89,03 € par jour avant déduction des 21% de charges : il s'agit du taux forfaitaire correspondant à la part salariale des cotisations sociales et contributions obligatoires.

ATTENTION

Depuis 2020, il est possible pour l'assuré de bénéficier, en cas de décès d'un enfant âgé de moins de 25 ans, d'indemnités journalières du même montant pour une durée de 15 jours.

La périodicité de versement des indemnités

Les indemnités sont versées tous les 14 jours.

ATTENTION

Les IJ sont versées uniquement en cas d'arrêt complet de travail, et si le congé maternité dure au moins 8 semaines. L'article L. 333-3 du code de la Sécurité sociale précise que ces indemnités ne sont pas cumulables avec les indemnités versées dans le cadre d'un arrêt de travail, le complément de l'AAEH, l'AJPP, la PAJE à taux plein, la PreParE ou encore les allocations versées par France Travail.

> S'agissant des femmes bénéficiant de l'allocation chômage

Elles doivent percevoir une allocation chômage de France Travail ou en avoir perçu une au cours des 12 derniers mois, ou avoir cessé toute activité salariée depuis moins de 12 mois pour percevoir ces indemnités journalières.

Le calcul de l'indemnité se fait sur les 3 derniers salaires perçus dans le cadre du dernier emploi occupé (ou les 12 derniers s'il s'agissait d'un emploi saisonnier ou discontinu).

EXEMPLE

Pour une femme au chômage exerçant un métier salarié pour lequel elle percevait un salaire mensuel brut de 700 €, dont le contrat de travail a pris fin le 7 juillet 2020, l'indemnité sera de 16,96 €. Le montant est calculé sur la moyenne des salaires des mois d'avril, mai et juin 2020, auquel on a déduit les cotisations sociales.

ATTENTION

Le versement des indemnités journalières pour maternité entraîne la suspension du versement de l'allocation chômage.

> S'agissant des femmes salariées

Pour pouvoir percevoir les IJ, la personne doit justifier de 10 mois d'affiliation à la date prévue de l'accouchement, et :

- > avoir travaillé au moins l'équivalent d'un tiers-temps : à la date du début de la grossesse, il faut avoir effectué au moins 150 heures de travail au cours des 3 derniers mois précédant l'arrêt de travail ;
- > ou avoir travaillé en CDD, intérim ou de façon saisonnière ou discontinuée : au moins 600 heures au cours de l'année précédant la date du début de la grossesse ;
- > ou avoir cotisé pendant les 6 mois précédant la date de la grossesse sur la base d'un salaire minimum au moins égal à 1015 fois la valeur du Smic ($1015 \times 10,15 = 10\,302,25$ €) ;
- > ou avoir cotisé au cours de l'année précédant le début de la grossesse sur un salaire au moins égal à 2030 fois le montant du Smic ($2030 \times 10,15 = 20\,604,5$ €).

ATTENTION

C'est l'employeur qui est chargé de faire parvenir une attestation de salaire à l'Assurance maladie dès le début du congé prénatal.

EXEMPLE

Pour une femme dont le congé maternité débiterait le 7 septembre 2020 et qui aurait perçu durant les 3 mois précédant cette date (juin, juillet et août 2020) un salaire mensuel brut de 800 €, l'indemnité journalière serait de 19,39 €.

> S'agissant des travailleuses indépendantes

Les indemnités peuvent être perçues si 10 mois d'affiliation au titre d'une activité non salariée sont justifiés à la date prévue de l'accouchement.

À NOTER

En cas d'exercice d'une autre activité professionnelle précédemment, ou si la personne était indemnisée au titre du chômage, ces périodes sont prises en compte si les affiliations ont été ininterrompues.

Pour en savoir plus sur les cas particuliers, rendez-vous sur ameli.fr.

2. L'indemnisation du congé paternité et d'accueil de l'enfant

Durée maximale

- > 25 jours (samedi, dimanche et jour férié compris) pour la naissance d'un enfant ;
- > 32 jours pour une naissance multiple.

Il doit débiter immédiatement après le congé de naissance de 3 jours, payé normalement par l'employeur, comme s'il avait été travaillé et comme prévu par le code du travail (article L.3142-1).

Les bénéficiaires

Le père de l'enfant nouvellement arrivé au foyer peut poser des congés pour s'occuper de celui-ci. Ce droit est ouvert quelle que soit la situation affective avec la mère (mariage, Pacs, union libre, divorce ou séparation) et peu importe s'il vit effectivement avec elle.

ATTENTION

Le congé doit démarrer dans les 4 mois suivant la naissance de l'enfant.

Les conditions à remplir

L'assuré doit pouvoir justifier :

- > de 10 mois d'affiliation à la date du congé paternité ;
- > se trouver dans l'une des situations suivantes :
 - avoir travaillé au moins 150 heures dans les 3 mois qui précèdent le début du congé paternité ;
 - ou avoir cotisé sur un salaire équivalent à 10 403,75 € dans les 6 mois qui précèdent ce congé ;
 - pour une activité saisonnière, avoir travaillé au moins 600 heures au cours de l'année précédant la date du congé paternité ;
 - ou avoir cotisé sur 20 807,50 € dans les 12 mois précédant le début du congé paternité.
- > cesser toute activité salariée ou assimilée ;
- > exercer son droit à congé prévu à l'article L. 1225-35 du code du travail.

ATTENTION

Si l'enfant est hospitalisé après sa naissance dans une unité de soins spécialisée, un congé supplémentaire de 30 jours peut être accordé.

Le montant de l'indemnité

Le montant est égal au minimum au salaire journalier de base de l'assuré avec un minimum de 9,53 € par jour et un maximum journalier de 89,03 €.

Le salaire journalier de base est calculé en fonction des 3 derniers bulletins de salaire (12 pour les saisonniers) avant la date du congé paternité dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 428 €). On en déduit les cotisations sociales et les contributions salariales.

ATTENTION

Cette indemnité n'est pas cumulable avec l'indemnisation des congés maladie, d'accident du travail, l'indemnisation par l'Assurance chômage ou le Régime de solidarité (article L. 331-8 du code de la Sécurité sociale).

L'indemnité est versée par la CPAM.

B. Les prestations familiales

Différentes aides financières peuvent être allouées aux parents qui ont à leur charge de manière effective et permanente un ou plusieurs enfants.

Les bénéficiaires

Toute personne résidant en France, peut percevoir l'ensemble des prestations familiales prévues par la législation.

Les conditions à remplir

Pour bénéficier des prestations familiales, il convient d'avoir à sa charge effective et permanente un ou plusieurs enfants résidant en France.

L'âge limite de ses enfants légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis est fixé à :

- > 20 ans pour tous les enfants qui ne travaillent pas ou qui perçoivent une rémunération nette mensuelle qui n'excède pas 55 % du Smic (943,44 €) ;
- > 21 ans pour ce qui concerne les allocations logement et le complément familial.

1. L'allocation prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)

La PAJE vise à couvrir les dépenses liées à l'entretien et l'éducation d'un enfant de moins de 3 ans selon les articles L. 531-1 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Elle comprend :

- > la prime à la naissance ou à l'adoption,
- > l'allocation de base,
- > la prestation partagée d'éducation de l'enfant,
- > le complément de libre choix du mode de garde.

1.1 La prime à la naissance ou à l'adoption

ATTENTION

Pour les familles de 3 enfants et plus, il est prévu une allocation forfaitaire versée pendant un maximum d'une année lorsque l'aîné atteint l'âge de 20 ans (caf.fr).

Cette prestation permet de couvrir les dépenses liées à l'arrivée de l'enfant. Prévues à l'article L. 531-2 du code de la Sécurité sociale, elle est versée une seule fois pour chaque enfant.

Les bénéficiaires

Cette prestation est prévue pour la personne ou le ménage qui :

- > réside en France ;
- > déclare la grossesse dans les 14 premières semaines à la Caf et la CPAM ;
- > ou, s'agissant de l'adoption, adopte ou accueille en vue d'une adoption un ou plusieurs enfants âgés de moins de 20 ans ;
- > a des ressources – au 6^e mois de grossesse – qui ne dépassent pas un certain plafond fixé par décret (voir le tableau ci-dessous).

Plafonds de ressources 2023 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2025			
Nombre d'enfants au foyer (nés ou à naître)	Couple avec un seul revenu d'activité	Parent isolé ou couple avec deux revenus d'activité	Montant à partir du 1 ^{er} avril 2025
1	36 461 €	48 186 €	1084,43 €
2	43 753 €	55 478 €	
3	52 504 €	64 229 €	
Par enfant en plus	8 751 €		

Le montant de la prime

En 2025, le montant de la prime à la naissance est de 1084,43€. La prime à l'adoption s'élève à 2168,89€.

1.2 L'allocation de base

L'allocation de base aide à assurer les dépenses liées à l'entretien et à l'éducation de l'enfant. Elle est versée mensuellement pendant 3 ans à compter de la naissance de l'enfant selon l'article L. 531-3 du code de la Sécurité sociale.

Le montant

L'allocation est à taux partiel (92,31 € par mois) pour les personnes ou ménages dont les ressources annuelles sont inférieures aux plafonds de la prime à la naissance.

Elle est à taux plein (184,62 € par mois) pour les personnes ou ménages dont les ressources annuelles sont inférieures aux plafonds du complément familial.

Nombre d'enfants au foyer (nés ou à naître)	Plafond de ressources annuelles d'un couple avec un seul revenu		Plafond de ressources annuelles d'un parent isolé ou d'un couple avec 2 revenus	
1	27165 €	32 455 €	35 900 €	42 892 €
2	32 598 €	38 946 €	41 373 €	49 383 €
3	39 118 €	46 735 €	47 853 €	57 172 €
Par enfant en plus	7 789 €	57 172 €	6 520 €	7 789 €
Type de taux	Taux plein = 184.62 € / mois	Taux partiel = 92.31 € / mois	Taux plein = 184.62 € / mois	Taux partiel = 92.31 € / mois

EXEMPLE

Pour un parent isolé avec un enfant dont les ressources sont équivalentes à 27 000 €, l'allocation de base sera à taux plein et la personne recevra 184,62 € par mois.

EXEMPLE

Pour un couple avec 3 enfants avec un seul revenu d'activité dont les ressources sont de 47 000 €, l'allocation de base sera à taux partiel, autrement dit représentera 92,31 € par mois.

S'agissant des adoptions, l'allocation est versée pour chaque enfant même s'il a plus de 3 ans, tant qu'il reste soumis à l'obligation scolaire (16 ans).

Cumul

Elle est cumulable avec l'AJPP ainsi que l'ASF. Également, plusieurs allocations de base peuvent se cumuler pour des enfants issus de naissances multiples ou en cas d'adoptions multiples simultanées.

ATTENTION

L'allocation de base n'est pas cumulable avec le complément familial (CF) ni l'allocation de base pour un autre enfant de moins de 3 ans.

L'établissement et l'envoi de la demande

La demande doit être faite auprès de la Caf, sauf pour les personnes dépendant du régime agricole.

À NOTER

Une personne qui ne répond pas à la condition de ressource pour percevoir la prime à la naissance et l'allocation de base, peut néanmoins percevoir la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) et le complément de libre choix du mode de garde (CMG).

1.3 La prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE)

Cette prestation versée par la Caf permet aux parents de cesser ou réduire leur activité professionnelle pour s'occuper de leur(s) enfant(s) en vertu des dispositions de l'article L. 531-4 du code de la Sécurité sociale.

Les conditions à remplir

- > L'assuré doit totalement ou partiellement arrêter de travailler.
- > L'assuré doit exercer une activité professionnelle suffisante pour ouvrir des droits à pension de retraite (8 trimestres de cotisation) avant la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant.
- > L'enfant, pour lequel la demande de PreParE est faite, doit avoir moins de 3 ans ou moins de 20 ans en cas d'adoption.

L'établissement et l'envoi de la demande

A la fin du congé maternité ou d'adoption et dès que l'activité du ou des parents est réduit, il faut remplir le formulaire Cerfa n° 12324*05 de demande de PreParE et l'envoyer à la Caf avec les pièces justificatives nécessaires.

Le montant de la PreParE

La PreParE varie selon le nombre d'enfants, la situation des personnes qui constituent le couple et peut être versée à taux plein ou à taux partiel (article D. 531-4 du code de la Sécurité sociale).

Situation professionnelle du parent	Montant de la PreParE
Cessation totale d'activité ou en formation professionnelle non-rémunérée	398,79 € par mois (taux plein) <i>Peut se cumuler avec un revenu en cas de reprise d'activité du parent bénéficiaire lorsqu'il assume la charge d'un nombre déterminé d'enfants</i>
Activité partielle, durée de travail inférieure ou égale à un mi-temps, ou en formation professionnelle rémunérée	257,80 € par mois (taux partiel)
Activité partielle, durée de travail entre 50 % et 80 %, ou en formation professionnelle rémunérée	148,72 € par mois (taux partiel)

Nombre d'enfants	Situation familiale	Durée du versement de la PreParE
Premier enfant – Cotisation retraite : 2 ans		
Nouveau-né ou enfant adopté	En couple	Chacun bénéficie de la PreParE pendant 6 mois jusqu'au 1 ^{er} anniversaire de l'enfant
	Parent isolé	La PreParE est versée jusqu'au 1 ^{er} anniversaire de l'enfant

ATTENTION

A partir de 2 enfants, la durée du droit à la PreParE diminue en fonction de la durée d'indemnités journalières de maternité ou d'adoption.

Nombre d'enfants	Situation familiale	Durée du versement de la PreParE
2 enfants (1 enfant à charge et 1 nouvel enfant qui arrive au foyer ou 2 enfants simultanément) – Cotisation retraite : 4 ans		
Nouveau-né	En couple	24 mois (2 ans) jusqu'aux 3 ans de l'enfant
	Parent isolé	Jusqu'au 3 ^e anniversaire du plus jeune
Enfant adopté de moins de 3 ans	En couple ou parent isolé	La PreParE est versée : > soit pendant les 12 premiers mois de présence au foyer de l'enfant, > soit jusqu'au mois précédant les 3 ans de l'enfant (prolongation possible) <i>La durée est réduite si le(s) parent(s) ont perçu une autre indemnité ou un maintien de traitement (article D. 531-14 CSS)</i>
Enfant adopté d'au moins 3 ans	En couple ou parent isolé	La PreParE est versée pendant les 12 premiers mois maximum de présence au foyer de l'enfant

ATTENTION

A compter du 3^e enfant, les allocataires devront choisir entre la PreParE simple ou majorée. Les principales différences résident dans le montant et la durée de versement de cette prestation :

- > le montant de la PreParE majorée est de 651,84 € / mois
- > sa durée de versement varie selon que l'enfant soit adopté ou non.

Les conditions pour bénéficier de la PreParE majorée

- > Avoir au moins 3 enfants à charge ;
- > ne plus travailler ;
- > avoir cotisé au moins 8 trimestres pour la pension retraite.

ATTENTION

Il n'est pas possible de cumuler 2 PreParE majorées dans un même foyer.

Nombre d'enfants	Situation familiale	Durée du versement de la PreParE	
3 enfants ou plus <i>Cotisation retraite : 5 ans</i>		PreParE simple	PreParE majorée
Arrivée d'un 3 ^e enfant	En couple	24 mois (2 ans) jusqu'aux 3 ans de l'enfant	8 mois dans la limite du 1 ^{er} anniversaire du nouveau-né
	Parent isolé	Jusqu'aux 3 ans de l'enfant	Jusqu'au 1 ^{er} anniversaire du nouveau-né
Naissance de triplés ou plus	En couple	En couple 48 mois (4 ans) maximum, jusqu'aux 6 ans des enfants	
	Parent isolé	Jusqu'aux 6 ans des enfants	
Adoption simultanée de 3 enfants ou plus	En couple ou parent isolé	Versement durant 3 ans à partir de l'arrivée des enfants au foyer	
Enfant adopté de moins de 3 ans	En couple ou parent isolé	La PreParE est versée : <ul style="list-style-type: none">> soit pendant les 12 premiers mois de présence au foyer de l'enfant,> soit jusqu'au mois précédant les 3 ans de l'enfant	
Enfant adopté d'au moins 3 ans	En couple ou parent isolé	La PreParE est versée pendant les 12 premiers mois maximum de présence au foyer de l'enfant	

EXEMPLE

Un 3^e enfant naît le 12 avril 2019 dans un foyer monoparental.
La mère, seul parent, a fait le choix de la PreParE majorée.
Le congé maternité de la mère prend fin le 12 juin 2019,
suite à quoi celle-ci démissionne : la PreParE majorée
sera alors versée à partir de juin 2019 pour une durée de 8 mois – 2 mois
d'indemnités journalières (congé maternité) = 6 mois soit jusqu'au
12 octobre 2019.

Pour faire une simulation, rendez-vous sur caf.fr.

ATTENTION

Le choix de la PreParE majorée est irréversible.

Si, au 3^e anniversaire de l'enfant, celui-ci n'est pas pris en charge à l'école maternelle ou dans un établissement d'accueil du jeune enfant, la PreParE peut être prolongée en fonction des ressources du parent ou du couple.

Nombre d'enfants à charge	Plafond	Plafond bi-activité ou isolement
2 enfants	32 663 €	41 415 €
3 enfants	39 196 €	47 948 €
4 enfants	45 729 €	54 481 €
Par enfant supplémentaire	+ 6 533 €	

Quand les deux membres du couple y ont droit et assument conjointement la charge de l'enfant, la durée de versement est rallongée.

Cumul

Il est également possible de cumuler deux PreParE simples pour un couple, tant que le montant total ne dépasse pas 398,39 € par mois.

La PreParE est cumulable avec le salaire du parent pendant 2 mois s'il a plusieurs enfants et que l'un d'entre eux a entre 18 mois (1 an ½) et 29 mois (2 ans et 5 mois), sauf si le parent a droit à la PreParE majorée.

ATTENTION

La PreParE n'est pas cumulable avec le complément familial (CF), le CMG, les indemnités versées en cas de congé maladie/accident du travail, de congés payés ou de congé parental, l'AJPP, la pension d'invalidité ou de retraite.

1.4 Le complément de libre choix du mode de garde (CMG)

Le CMG permet de financer une partie des frais liés à la garde d'un enfant. Son mode de calcul a évolué en septembre 2025.

Les bénéficiaires

Le CMG peut être accordé aux personnes :

- > résidentes en France en situation régulière ;
- > travaillant au moins 1 heure le mois de la demande ou bénéficiaires d'indemnités de chômage, du revenu de solidarité active (RSA), de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), ou étudiants ou signataires d'un contrat de service civique.

Le CMG est versé lorsque l'enfant est :

- > accueilli chez un assistant maternel agréé par les services de la protection maternelle et infantile (PMI), autre que le conjoint du bénéficiaire du CMG ou dans une maison d'assistants maternels (MAM) ;
- > gardé chez le parent par une garde à domicile autre qu'un salarié au pair, un stagiaire aide familial ou le conjoint du bénéficiaire du CMG ;
- > accueilli dans une micro crèche, entreprise de garde, association dont le tarif n'est pas supérieur à 10 € par heure et par enfant gardé.

La résidence alternée d'un ou plusieurs enfants peut donner droit au CMG pour le deuxième parent (uniquement en cas d'emploi direct).

Lorsque les enfants en résidence alternée ouvrent droit aux allocations familiales, les parents doivent avoir choisi de les partager pour que le CMG puisse être aussi versé à l'autre parent.

Le montant

Le montant dépend du mode de garde choisi. Il existe 2 barèmes :

- > **Le CMG emploi direct**, pour les parents qui emploient directement un assistant maternel agréé ou une garde à domicile.
- > **Le CMG structure** pour les parents qui font garder leur enfant par une structure agréée (micro-crèche, entreprise de garde, association...).

Le montant du CMG emploi direct dépend des ressources en N-2, du nombre d'heures d'accueil dans le mois et de la dépense moyenne par heure. Il peut changer d'un mois à l'autre selon les frais de garde.

Le détail des calculs en fonction du mode de garde est accessible sur le site de la CAF.

A noter

Les familles monoparentales peuvent bénéficier du CMG jusqu'aux 12 ans de l'enfant (6 ans dans les autres situations).

1.5 Les prestations familiales et les ressortissants étrangers UE et hors UE

Pour bénéficier des prestations familiales, le ressortissant étranger doit résider en France et justifier d'un séjour régulier en France. Si la famille de l'allocataire réside dans le pays d'origine, le droit aux prestations familiales est limité et dépend de l'existence d'une convention bilatérale de Sécurité sociale prévoyant éventuellement l'exportabilité des prestations.

> La famille réside en France

Conditions d'attribution tenant à l'allocataire

Le droit aux prestations familiales est subordonné à la présentation d'un titre de séjour. Les titres de séjour permettant la perception des prestations familiales selon l'article D 512-1 du code de la Sécurité sociale :

- > carte de séjour pluriannuelle ;
- > visa long séjour valant titre de séjour ;
- > carte de résident (ou récépissé de renouvellement) ;
- > carte de séjour temporaire (ou récépissé de renouvellement) ;
- > certificat de résidence algérien ;
- > autorisation provisoire de séjour de plus de 3 mois ;
- > livret spécial, livret ou carnet de circulation ;
- > récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de validité de trois mois renouvelable, délivré dans le cadre de l'octroi de la protection subsidiaire, accompagné de la décision de l'Ofpra ou de la commission des recours des réfugiés accordant cette protection...

ATTENTION

Cette liste ne saurait exclure d'autres titres de séjour que le demandeur pourrait présenter en vue de justifier de la régularité de son séjour en France.

Les ressortissants de l'UE ou assimilés doivent, pour bénéficier des prestations familiales, disposer d'un droit au séjour sans que la production d'un titre de séjour puisse être exigée, la détermination du droit au séjour reposant sur l'organisme de protection sociale traitant la demande.

À NOTER

Selon l'article 24 de la Convention de Genève, *“les Etats contractants accorderont aux réfugiés résidant régulièrement sur le territoire, le même traitement qu'aux nationaux en ce qui concerne la rémunération, les prestations familiales...”*.

La qualité de réfugié reconnue à l'intéressé est réputée lui appartenir depuis le jour de son arrivée en France. Elle a un caractère reconnaif.

S'agissant de la protection subsidiaire, le caractère reconnaif s'applique également, selon une jurisprudence confirmée en 2012.

Les conditions d'attribution tenant à l'enfant

La régularité de l'entrée et du séjour de l'enfant se justifie par la production de l'un des documents suivants :

- > un extrait d'acte de naissance pour l'enfant né en France ;
- > un certificat médical délivré par l'Ofii ;
- > le livret de famille délivré par l'Ofpra ;
- > un visa comportant le nom de l'enfant d'un étranger titulaire d'une carte de séjour mention “scientifique” ou “vie privée et familiale” ;
- > une attestation délivrée par la préfecture précisant que l'enfant est entré en France au plus tard en même temps que l'un de ses parents admis au séjour sur le fondement de ses liens personnels et familiaux en France (article L 313-11-7° du CESEDA) ;
- > un titre de séjour délivré à l'étranger âgé de 16 à 18 ans.

Sont dispensés de la production de ces documents, les enfants étrangers recueillis par des familles françaises. De même, les enfants du citoyen européen n'ont pas à fournir de pièces justifiant de leur régularité de séjour en France sauf s'ils sont d'une nationalité d'un pays tiers à l'Espace économique européen.

L'enfant doit par ailleurs résider en France de façon permanente. Les séjours à l'étranger ne doivent pas dépasser 3 mois au cours de l'année civile, sauf en cas d'études ou de soins.

> La famille réside dans le pays d'origine

Les allocations familiales peuvent être versées aux familles résidant dans le pays d'origine dès lors qu'une convention bilatérale de Sécurité sociale le prévoit.

Le droit aux allocations familiales est réservé aux seuls travailleurs de même et, par exception, aux ressortissants algériens qui sont au chômage indemnisé.

En l'absence d'une convention, la famille n'ouvre pas droit aux allocations familiales.

2. Les allocations familiales (AF)

2.1 L'allocation forfaitaire

Les allocations familiales permettent au(x) parent(s) qui ont des enfants de moins de 20 ans à charge de percevoir une allocation forfaitaire par enfant à partir de la venue d'un deuxième enfant à charge (articles L. 521-1 et suivants du code de la Sécurité sociale).

Les bénéficiaires

Les familles allocataires qui ont au moins deux enfants à charge bénéficient automatiquement des allocations familiales dès que la Caf a connaissance de la venue du 2^e enfant à charge.

À NOTER

En cas de résidence alternée, les parents peuvent choisir, soit de désigner celui des deux parents qui sera le bénéficiaire pour toutes les prestations, soit le partage des allocations familiales et désigner un bénéficiaire pour les autres prestations. A défaut d'accord, une part des allocations familiales est versée à chaque parent. Les autres prestations sont maintenues au parent qui les reçoit déjà.

Les conditions à remplir

L'allocataire doit :

- > avoir une résidence effective et permanente en France ;
- > avoir l'enfant à sa charge effective et permanente (sans qu'il y ait pour autant un lien de filiation établi entre l'allocataire et l'enfant visé) ; si l'enfant travaille, sa rémunération ne doit pas dépasser 55 % du Smic.

Le montant et le versement des allocations familiales

Le montant des allocations familiales varie en fonction :

- > des ressources du ménage ou de la personne qui a les enfants à charge ;
- > du nombre d'enfants à charge ;
- > de l'âge des enfants.

Ressources 2023 (en vigueur du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2025)			
Nombre d'enfants à charge*	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3
2	< ou = à 78 565 €	< ou = à 104 719 €	> 104 719 €
3	< ou = à 85 111	< ou = à 111 265 €	> 111 265 €
4	< ou = à 91 657 €	< ou = à 117 811 €	> 117 811 €
Par enfant en plus	+ 6 546 €		
Montants en vigueur du 1 ^{er} avril 2025 au 31 mars 2026			
AF pour 2 enfants	151,05 €	75,53 €	37,77 €
AF pour 3 enfants	344,56 €	172,29 €	86,14 €
Par enfant en plus	193,52 €	96,77 €	48,38 €
Majoration pour les enfants de 14 ans et plus	75,53 €	37,77 €	18,88 €
Allocation forfaitaire*	95,51 €	47,76 €	23,88 €
<p>* Une allocation forfaitaire peut être versée si :</p> <ul style="list-style-type: none">• un des enfants a 20 ans et reste à la charge de ses parents,• le ménage a reçu des allocations familiales pour au moins 3 enfants (dont celui de 20 ans) le mois précédant son 20^e anniversaire. <p>L'allocation forfaitaire est versée automatiquement jusqu'au mois précédant le 21^eme anniversaire.</p>			

À RETENIR

Chaque enfant à charge, à l'exception du plus âgé, ouvre droit à une majoration des allocations familiales.

À NOTER

Pour des enfants confiés à l'ASE (Aide sociale à l'enfance), les allocations familiales sont évaluées selon la présence des enfants au foyer et du nombre d'enfants confiés à l'ASE et sont versées à ce service, sauf décision contraire du juge (si les parents participent à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfant ou si cela permet de faciliter son retour au foyer).

ATTENTION

Si les ressources dépassent le plafond, le montant des allocations familiales subit un complément dégressif. Ce complément dégressif est mis en place lorsque la différence entre le plafond dépassé et les ressources de la famille ne dépasse pas 12 fois le montant mensuel des allocations normalement dues.

Le versement des allocations familiales

Les allocations familiales sont versées automatiquement par la Caf à partir du moment où l'arrivée du deuxième enfant a été signalée par l'allocataire et sont cumulables avec les autres prestations sociales.

Les allocations sont versées à partir du mois qui suit l'arrivée du deuxième enfant, puis le versement intervient également de la même manière pour la venue du troisième, etc.

Une majoration intervient à 14 ans et le versement s'arrête au 21^e anniversaire de l'enfant.

ATTENTION

Si l'enfant quitte la France plus de 3 mois, les allocations peuvent être suspendues sauf si ce départ est justifié par la poursuite des études, des soins médicaux dans un pays frontalier avec des retours en France, par l'apprentissage d'une nouvelle langue ou par l'évolution de sa formation professionnelle.

2.2 Le complément familial (CF)

Le complément familial est versé au(x) parent(s) qui ont plus de trois enfants à charge, âgés entre 3 et 21 ans, en vertu des articles L. 522-1 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Ce versement se fait automatiquement par la Caf, et le montant varie en fonction du nombre d'enfants à charge et des ressources du couple ou du parent seul.

Plafonds de ressources 2023 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2025 à ne pas dépasser pour bénéficier du complément familial.

Nombre d'enfants à charge de 3 ans à moins de 21 ans	Ressources annuelles		Montant du CF
	Couple avec un seul revenu d'activité (n-2)	Couple avec un seul revenu d'activité (n-2) Parent isolé ou couple avec 2 revenus d'activité inférieur ou égal à 5594 € (n-2)	
3	Moins de 21978 €	Moins de 26884 €	294,91 € / mois
4	Moins de 25640 €	Moins de 30547 €	
Par enfant en plus	+ 3663 €		
3	Entre 21978 € et 43 946 €	Entre 26884 € et 53758 €	196,60 € / mois
4	Entre 25640 € et 51270 €	Entre 30547 € et 61083 €	
Par enfant en plus	entre + 3663 € et + 7324 €		

ATTENTION

Le complément familial n'est pas cumulable avec l'allocation de base ou avec la PreParE.

2.3 L'allocation de soutien familial (ASF)

L'ASF est une aide financière destinée au parent isolé qui élève seul son enfant.

Les bénéficiaires

L'ASF est accordée à l'assuré qui vit seul avec son enfant ou qui a recueilli un enfant, lequel est privé de l'aide d'un ou de ses deux parents. Elle peut également intervenir afin de compléter une pension alimentaire faible.

En vertu des articles L. 523 et suivants du code de la Sécurité sociale, cette allocation concerne :

- > l'enfant orphelin d'au moins un parent ;
- > l'enfant dont la filiation n'est pas établie avec au moins l'un de ses parents ;
- > l'enfant dont le père, la mère ou les deux sont considérés comme étant incapables de remplir leur obligation d'entretien ou de versement d'une pension alimentaire le concernant ;
- > l'enfant dont le père, la mère ou les deux doivent verser une pension alimentaire ou contribuer à son entretien et son éducation et que ce montant est inférieur à celui de l'ASF.

Les conditions à remplir

- > L'assuré doit avoir à sa charge au moins un enfant qui se trouve dans l'une des 4 situations développées ci-dessus, soit parce qu'il est son parent et qu'il vit seul, soit parce qu'il a recueilli l'enfant et qu'il en assume seul la charge ;
- > L'assuré doit remplir les conditions générales pour bénéficier des prestations familiales.

Le montant de l'ASF

Le montant s'élève en 2025 à 199,19 € par enfant élevé seul et par mois. 265,51 € si l'enfant est privé de ses deux parents.

À RETENIR

Il est possible de percevoir l'ASF de manière provisoire pendant 1 mois lorsque l'autre parent ne peut pas payer sa pension alimentaire, ou qu'il ne s'acquitte pas de son obligation d'entretien lorsque la pension alimentaire n'a pas été fixée.

ATTENTION

L'article L. 523-2 du code de la Sécurité sociale précise que la prestation n'est plus versée lorsque l'assuré (le père ou la mère de l'enfant, ou la personne qui en assume la charge permanente et effective) se marie, conclut un Pacs ou vit en concubinage.

À NOTER

Pour les personnes qui ne peuvent pas bénéficier de l'ASF mais qui possèdent un jugement fixant une pension alimentaire pour un enfant âgé de moins de 18 ans et qui n'ont pas perçu cette pension même après une action en vue de l'obtenir, il est possible de demander à la Caf une aide au recouvrement des pensions alimentaires. La Caf tentera alors un règlement à l'amiable avant de procéder à la mise en place d'une procédure de recouvrement.

EN SAVOIR PLUS

Le demandeur peut faire une simulation en se rendant sur le site de la Caf (caf.fr).

L'établissement et l'envoi de la demande

Il convient de remplir le formulaire Cerfa n° 12038*03 de demande d'ASF et l'envoyer à la Caf avec les pièces justificatives nécessaires.

2.4 L'allocation journalière de présence parentale (AJPP)

L'AJPP est une allocation prévue aux articles L 544-1 et suivants du code de la Sécurité sociale pour s'occuper d'un enfant gravement malade, accidenté ou en situation de handicap.

Les bénéficiaires

L'AJPP concerne les allocataires du régime général et les agents publics bénéficiant du congé de présence parentale prévu par leurs propres règles.

Les conditions à remplir

Pour bénéficier de l'AJPP, il est nécessaire de :

- > remplir les conditions générales de droit aux prestations sociales ;
- > avoir un enfant à charge en situation de handicap, accidenté ou gravement malade de moins de 20 ans ;
- > produire un certificat médical établi par le médecin qui suit l'enfant précisant la durée prévisible du traitement ;
- > cesser temporairement l'exercice d'une activité professionnelle, que l'assuré soit salarié, travailleur non salarié ou en formation professionnelle rémunérée.

Le montant de l'AJPP

Le montant de l'AJPP dépend des revenus de l'assuré. Il doit avoir des ressources annuelles qui ne dépassent pas les plafonds recensés dans le tableau ci-après.

Un complément mensuel de 128,34€ peut être attribué si des dépenses liées à l'état de santé de l'enfant sont engagées pour un montant égal ou supérieur à 128,34€. Ce complément ne peut être versé que si les ressources n-2 ne dépassent pas les plafonds suivants :

Nombre d'enfants à charge	Couple avec un seul revenu	Parent isolé ou couple avec 2 revenus
1 enfant	30 518 €	40 330 €
2 enfants	36 621 €	46 434 €
3 enfants	43 946 €	53 758 €
4 enfants	51 270 €	61 083 €
Par enfant supplémentaire	7 324 €	

Le montant de l'AJPP dépend également de la situation de l'assuré.

	Parent seul	Couple
Cas général	52,13 € / jour	43,87 € / jour
Personne seule qui s'absente de son travail pendant 5 jours au cours du mois	$52,13 \times 5 = 260,65 \text{ €}$	0
En formation professionnelle rémunérée ou demandeur d'emploi indemnisé par France Travail	Allocation forfaitaire mensuelle équivalente à 22 jours d'AJPP : allocations journalières représentant le nombre de jours d'absence pris chaque mois, limité à 22 jours = 1146,86 €	Allocation forfaitaire mensuelle équivalente à 22 jours d'AJPP = 965,14 €

EXEMPLE

Un parent isolé qui a 2 enfants, dont les ressources annuelles sont de 27 000 € pourra percevoir l'AJPP pour s'occuper d'un de ses enfants qui serait gravement accidenté. Si ce parent s'absente de son travail pendant 5 jours par mois à cette fin, il percevra 260,65 € par mois sur une période entre 6 mois et 1 an selon l'état de l'enfant et le traitement dont ce dernier a besoin.

Lorsque les dépenses mensuelles (non remboursées par la Sécurité sociale ou par la mutuelle) engagées par la famille sont supérieures à 112,68 € par mois, et que les ressources du couple ou de l'assuré ne dépassent pas les plafonds du tableau ci-dessus, un complément pour frais de 112,23 € peut être versé.

ATTENTION

Pour l'assuré au chômage indemnisé, les allocations de chômage seront suspendues dès qu'il bénéficiera de l'AJPP.

À NOTER

L'AJPP n'est pas cumulable avec les indemnités journalières maternité, paternité, adoption ou accident du travail, l'allocation de repos maternel, la PreParE, l'AAH, la pension de retraite ou d'invalidité, le complément de l'AEH, la PCH ou encore les allocations de chômage.

Le versement de l'AJPP

Le versement débute après examen du dossier, à compter du 1^{er} jour du mois civil au cours duquel la demande est déposée.

L'AJPP est versée par période (entre 6 mois et un an renouvelable), dans la limite de 3 ans, selon la durée prévisible du traitement mentionnée dans le certificat médical.

Au cours de cette période, l'assuré peut bénéficier de 310 allocations journalières maximum pour une même pathologie. En cas de rechute, récurrence ou présence soutenue des soins contraignants au-delà des 3 ans, l'AJPP peut être perçue à nouveau pour 310 jours.

En cas de nouvelle pathologie, les droits peuvent être renouvelés avant la limite des 3 ans.

ATTENTION

Si les parents s'arrêtent simultanément pendant un mois ou 11 jours, ou successivement pendant 11 jours chacun, ils ne percevront que l'équivalent de 22 jours d'AJPP correspondant à 22 jours d'arrêt total.

L'établissement et l'envoi de la demande

La demande doit être adressée auprès de la Caf ou de la MSA. Si votre enfant est en situation de handicap, vous pouvez aussi déposer un dossier de demande auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) qui étudiera vos droits à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou à la prestation de compensation.

2.5 L'allocation de rentrée scolaire (ARS)

L'ARS est une aide financière pour les familles afin de les aider à couvrir les dépenses liées à la scolarité de leur enfant assujéti à l'obligation scolaire.

La loi pour une École de la confiance, promulguée au *Journal officiel* le 28 juillet 2019 prévoit, à effet du 01/09/2020, l'abaissement de l'inscription obligatoire à l'âge de 3 ans, l'obligation de formation jusqu'à l'âge de 18 ans.

Les bénéficiaires

Peut bénéficier de l'allocation de rentrée scolaire, la personne ou le ménage qui a de faibles ressources et a à charge un ou des enfants assujéti à l'obligation scolaire. Selon les articles L 543-1 et suivants du code de la Sécurité sociale, il peut s'agir d'écoliers, étudiants et apprentis.

Les conditions à remplir

Le versement de l'allocation dépend des ressources annuelles qui ne doivent pas dépasser un certain plafond selon le nombre d'enfants à charge (voir le tableau ci-dessous) et de l'âge de l'enfant.

Plafonds de ressources 2023 en fonction de la situation familiale au 31 juillet 2025	
Nombre d'enfants à charge	Plafond
1 enfant	28 444 €
2 enfants	35 008 €
3 enfants	41 572 €
4 enfants	48 136 €

Le montant de l'ARS

Le montant (rentrée 2025) varie en fonction de l'âge de l'enfant :

- > pour un enfant âgé entre 6 ans (avant le 1^{er} janvier qui suit la rentrée) et 10 ans (n'ayant pas atteint 11 ans au 31 décembre de l'année de la rentrée), le montant est de 423,48 € ;

- > pour un enfant âgé entre 11 ans (âge atteint au 31 décembre de l'année de la rentrée) et 14 ans (n'ayant pas atteint 15 ans à la date ci-dessus), le montant est de 446,85 € ;
- > pour un enfant âgé entre 15 ans (au 31 décembre de l'année de la rentrée) et 18 ans (n'ayant pas atteint 18 ans au 15 septembre de l'année de la rentrée), le montant est de 462,33 €.

Le versement de l'ARS

Il intervient à la fin du mois d'août.

ATTENTION

Pour l'enfant confié par le juge à l'ASE (Aide sociale à l'enfance) ou à un établissement sanitaire d'éducation, l'ARS ne sera pas versée au parent mais sera conservée sur un compte bloqué auprès de la Caisse des dépôts et des consignations. Le but étant d'accompagner l'enfant vers son autonomie, le compte pourra être débloqué à la majorité de l'enfant.

2.6 Le maintien de certaines allocations à la suite du décès d'un enfant

L'article L. 552-7 du code de la Sécurité sociale issu de la loi n°2020-692 du 8 juin 2020 prévoit, en cas de décès d'un enfant, le maintien des prestations sociales suivantes pendant une durée de 3 mois :

- > les AF, le CF et leur majoration ;
- > l'AAEH ;
- > la PreParE ;
- > l'allocation de base et l'ASF.

La loi prévoit également la création :

- > d'une allocation forfaitaire en cas de décès d'un enfant,
- > la suppression d'un délai de carence pour l'arrêt maladie qui interviendrait 13 semaines après le décès,
- > la création d'un congé de deuil d'une durée maximale de 8 ou 15 jours fractionnables, suivant la situation professionnelle de l'assuré. Il doit être pris dans un délai d'un an à compter du décès.

Mes notes



4

LES DROITS ET AIDES AU LOGEMENT

A.	Le logement social	82
B.	Le logement accompagné	84
C.	Le droit au logement opposable (DALO)	86
D.	Le logement en « hôtel meublé »	89
E.	Les aides au logement	89
1.	L'aide personnalisée au logement (APL)	92
2.	L'allocation de logement familiale (ALF)	93
3.	L'allocation de logement sociale (ALS)	93



Peuvent être sollicités par le demandeur, selon ses besoins, un logement social autonome, un logement accompagné, un logement / hébergement en hôtel meublé, un logement privé.

A. Le logement social

Selon l'article 55 de la loi Solidarité et renouvellement urbains du 14 décembre 2000, font partie du logement social :

- > les logements locatifs appartenant aux organismes d'HLM (à l'exception des logements intermédiaires construits après 1977 et non conventionnés) ;
- > les autres logements locatifs conventionnés dont l'accès est soumis à un plafond de ressources, appartenant notamment à des personnes physiques ayant bénéficié des aides de l'Agence nationale de l'habitat ou à des investisseurs ayant construit à l'aide des prêts locatifs sociaux (les "PLS privés") mis en place en 2000 ;
- > les logements locatifs appartenant à une liste limitative d'établissements publics et sociétés d'économie mixte (départements d'outre-mer, houillères de bassin, entreprise minière et chimique, etc.) ;
- > les logements et lits de logements-foyers et résidences sociales (voir B. Le logement accompagné), ainsi que les places des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

Les bénéficiaires

Le logement social permet d'accueillir des ménages qui éprouvent des difficultés à se loger dans de bonnes conditions de taille et de confort.

Les conditions à remplir

- > Etre français ou titulaire d'un titre de séjour en cours de validité (carte de résident, carte de séjour pluriannuelle ou temporaire, certificat de résidence algérien, récépissé de demande de renouvellement ou de demande d'un titre de séjour, autorisation provisoire de séjour, visa long séjour) ;
- > avoir plus de 18 ans ;
- > ne pas pouvoir se loger par ses propres moyens dans un logement décent et indépendant ;
- > avoir des ressources ne dépassant pas un certain plafond (sachant que le plafond dépend du type de logement, du nombre de personnes à charge et de la localisation).

ATTENTION

Le revenu annuel pris en compte est celui de l'année $n-2$.

POUR EN SAVOIR PLUS

Pour faire une simulation et connaître le plafond à ne pas dépasser, rendez-vous sur service-public.gouv.fr.

L'établissement et l'envoi de la demande

Le dossier peut être déposé auprès :

- > des bailleurs sociaux (HLM) du département (pour une durée illimitée) ;
- > de la préfecture du département où le demandeur souhaite résider ;
- > de la mairie de la ville où le demandeur souhaite habiter ou de sa résidence actuelle ;
- > du site internet dédié et géré par le ministère du logement www.demande-logement-social.gouv.fr.

À NOTER

Le dépôt de garantie ne peut dépasser 1 mois pour une location en logement social conventionnée, 2 mois pour une location en logement social non conventionnée.

B. Le logement accompagné

Le logement accompagné est un logement autonome, abordable et adapté, dans lequel des moyens humains permettent aux personnes logées d'être accompagnées selon leurs besoins. Le logement constitue le domicile privé du résident, il dispose d'un contrat de résidence et s'acquitte chaque mois d'un montant de redevance fixe qui couvre l'ensemble des frais liés à l'occupation du logement (loyer + forfait de charges, notamment eau et énergie + mobilier et prestations).

Les foyers de travailleurs migrants

Les foyers de travailleurs migrants (FTM) sont des logements-foyers qui ont vocation à être progressivement transformés en résidences sociales avec la réalisation de travaux pour améliorer ce type d'habitat, notamment aux conditions de vie des migrants âgés (logements autonomes avec toilettes et sanitaires).

Deux conditions sont exigées pour accéder à un logement en FTM :

- > avoir des ressources permettant de payer la redevance dont le résident doit s'acquitter ;
- > être titulaire d'un titre de séjour en cours de validité.

Le contrat de résidence est d'une durée de 1 mois. Sa prolongation se fait par tacite reconduction. Le préavis de départ est fixé à 8 jours.

La plupart des foyers de travailleurs migrants ouvrent droit, soit à l'allocation logement (AL), soit à l'aide personnalisée au logement (APL) : un dossier d'aide au logement est constitué lors de la signature du contrat d'occupation ; cette aide est versée directement au gestionnaire du foyer.

À NOTER

Les foyers de travailleurs migrants, qui ont fait l'objet de travaux ou dont les conditions d'habitat permettaient de les conventionner, sont devenus des résidences sociales. Les migrants âgés peuvent demeurer dans les résidences sociales issues de la transformation de foyers de travailleurs migrants autant de temps qu'ils le souhaitent.

Les résidences sociales

Les résidences sociales, qui ont été créées en 1995, accueillent des *“personnes éprouvant des difficultés particulières pour accéder à un logement décent et indépendant”*, notamment :

- > les publics ayant des difficultés d'accès à un logement ordinaire pour des raisons sociales et économiques et pour lesquels la résidence sociale peut constituer une étape dans le parcours résidentiel ;
- > les publics aux revenus modestes, en demande de logement temporaire pour des raisons de mobilité professionnelle (salariés en contrat à durée déterminée, stagiaires en formation professionnelle, apprentis, travailleurs saisonniers...)
- > les publics ayant un besoin de lien social, notamment les personnes seules ou sortant de situations particulièrement difficiles.

Toutes les résidences sociales sont conventionnées à l'APL. Le contrat de résidence est de même nature que pour les foyers de travailleurs migrants. Il est d'une durée de 1 mois, sa prolongation se faisant par tacite reconduction.

Le préavis de départ est fixé à 1 mois.

Certaines résidences sociales sont destinées à des publics plus jeunes et sont dites résidences sociales jeunes actifs.

Les pensions de famille et les résidences accueil

Ce sont des résidences sociales de petite taille (environ 25 logements) proposant un logement autonome dans un cadre semi-collectif. Ces logements sont destinés à l'accueil de personnes à faible niveau de ressources, se trouvant dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire.

Les pensions de famille s'adressent de manière privilégiée aux personnes fréquentant ou ayant fréquenté de façon répétitive les structures d'hébergement provisoire et ayant des difficultés pour accéder à un logement autonome. Elles ouvrent droit au bénéfice de l'APL.

La résidence accueil est la dénomination retenue lorsque la pension de famille est adaptée pour être particulièrement destinée aux personnes ayant un handicap psychique, sans qu'il soit nécessaire que leur handicap soit reconnu par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

POUR EN SAVOIR PLUS

Pour en savoir plus sur les pensions de famille, vous pouvez consulter le guide de l'UNAFO disponible sur unafo.org/lunafo-et-letat-publie-le-guide-de-la-pension-de-famille

Les foyers de jeunes travailleurs

Les foyers de jeunes travailleurs ont une fonction “logement” et une fonction “socio-éducative”. Ils mettent à disposition des jeunes un ensemble de lieux, le logement, un espace restauration éventuellement, des salles informatiques, bibliothèques, leur permettant de favoriser leur insertion dans la vie sociale.

Parallèlement à cela, les FJT ont pour mission de favoriser la socialisation des jeunes par l'habitat et par différentes formes d'actions concernant la vie quotidienne, l'emploi, la mobilité, la formation, les loisirs, la culture.

C'est pourquoi les FJT relèvent d'une double réglementation : celle relative au code de la Construction et de l'Habitation et celle relative aux établissements sociaux et médico-sociaux.

Ces logements peuvent être conventionnés à l'APL et s'adressent aux jeunes âgés de 16 à 25 ans en cours d'insertion sociale et professionnelle. Toutefois, il est possible, dans certaines conditions, d'accueillir des jeunes de 25 à 30 ans. Les personnes accueillies prioritairement sont les jeunes travailleurs en situation de précarité, les jeunes demandeurs d'emploi, les jeunes en situation de décohobitation ou de mobilité, les jeunes en formation sous divers statuts (apprentissage, formation en alternance, formation d'insertion, enseignement technique et professionnel, etc.), les jeunes couples, les adultes isolés ou familles monoparentales de moins de 30 ans et les étudiants en rupture sociale et familiale.

EN SAVOIR PLUS :

Pour plus de renseignements sur le logement accompagné rendez-vous sur unafo.org.

C. Le droit au logement opposable (DALO)

C'est la loi n°2007-290 du 5/03/2007 qui institue le droit au logement opposable et porte diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

Les bénéficiaires

Les personnes titulaires du droit au logement opposable ayant fait une demande de logement social peuvent saisir la Commission départementale de médiation (Comed) en remplissant le formulaire Cerfa n° 15036*01 correspondant (demande de logement ou d'hébergement).

Les conditions à remplir

- > Être français ou titulaire d'un titre de séjour en cours de validité ;
- > ne pas pouvoir se loger par ses propres moyens dans un logement décent et indépendant ;
- > avoir des ressources ne dépassant pas le plafond maximum pour faire une demande de logement social ;
- > être dans une situation préoccupante :
 - être demandeur d'un logement social depuis un délai anormalement long sans avoir reçu de proposition adaptée (ce délai varie selon le département) ;
 - être sans logement (à la rue, ou hébergé chez des proches, etc.) ;
 - faire l'objet d'une expulsion locative ;
 - être hébergé dans une structure d'hébergement ou une résidence hôtelière à vocation sociale de façon continue depuis plus de 6 mois ou être logé temporairement dans un logement de transition ou un logement-foyer depuis plus de 18 mois ;
 - être logé dans des locaux impropres à l'habitation, ou présentant un caractère insalubre dangereux ;
 - être handicapé ou avoir à votre charge une personne handicapée et être logé dans un logement inadapté à ce handicap ;
 - être handicapé ou avoir à votre charge une personne handicapée ou au moins 1 enfant mineur, et vivre dans un logement sur-occupé ou non décent (sans installation permettant l'accès à l'eau potable, l'évacuation des eaux sales, un chauffage normal, l'éclairage et le fonctionnement des appareils ménagers...).

L'établissement et l'envoi de la demande

Le dossier peut être envoyé par courrier ou déposé directement à la Comed.

Les modalités d'instruction de la demande

La Commission reçoit les bailleurs concernés, des informations des services sociaux et de la Commission de coordination des actions de prévention des expulsions locatives (CCAPEX), des éléments sur la qualité du demandeur et les motifs invoqués pour expliquer l'absence de proposition de logement ou de relogement. Elle doit ensuite évaluer et apprécier le caractère prioritaire et urgent d'un recours.

ATTENTION

Pour les personnes menacées d'expulsion sans relogement, elles doivent avoir fait l'objet d'une décision de justice prononçant l'expulsion.

La Comed dispose d'une marge d'appréciation très large et tient notamment compte de la taille et de la composition du ménage, de l'état de santé et des aptitudes physiques ou handicaps des personnes, des lieux de travail ou d'activité et de la disponibilité des moyens de transports et, enfin, de la proximité des équipements et services nécessaires aux besoins des personnes concernées.

Le délai d'instruction de la demande

A la réception de la demande, un accusé de réception est transmis au demandeur lorsque le dossier est complet ; il contient le numéro et la date d'enregistrement du dossier. Le délai de décision de la Comed qui court à partir de cet accusé de réception, est de 3 mois (6 mois en région Ile-de-France) pour une demande de logement au titre du DALO.

ATTENTION

Le délai d'instruction de la demande peut être rallongé par la demande de pièces supplémentaires.

La décision de la Comed

La Comed peut décider de :

- > reconnaître le dossier prioritaire et urgent au titre du DALO ;
- > considérer le dossier comme non-prioritaire et non-urgent ;
- > réorienter le recours DALO vers un recours DAHO (hébergement opposable) ;
- > qualifier le recours de "sans objet" lorsque le demandeur a trouvé une solution avant le passage en Commission ou qu'il n'y a plus lieu de statuer.

À NOTER

Dans le cadre d'une reconnaissance au titre du DALO d'un dossier prioritaire et urgent, un logement doit être attribué en urgence. La Comed doit alors transmettre le dossier au Préfet en précisant les caractéristiques requises pour le logement et celui-ci dispose d'un délai de 3 à 6 mois en fonction de la région, à compter de la décision de la Commission, pour faire une proposition de logement.

ATTENTION

Si le demandeur reçoit une proposition de logement adaptée et qu'il la refuse, il perd son statut prioritaire à être relogé d'urgence.

D. Le logement en « hôtel meublé »

La notion « d'hôtel meublé » ou d'hôtel de préfecture, bien connue dans les grandes villes de France (notamment Paris, Marseille) décrit un établissement commercial, par lequel un exploitant (hôtelier) et un client signent un contrat d'hôtellerie conforme au code du commerce, caractérisé par la fourniture d'une chambre meublée et des prestations annexes (nettoyage, linge, accueil, etc.) pour une durée limitée, généralement à la journée ou à la semaine. En contrepartie, le client verse une redevance à l'hôtelier.

ATTENTION

Une confusion sur le droit applicable se pose lorsqu'un client loue une chambre au mois ou à l'année dans un hôtel meublé. Dans ce cas, s'il y réside de manière permanente, il relèvera d'un statut locatif particulier davantage protecteur de ses droits, conforme à l'article L 632-1 du code de la Construction et de l'habitat.

E. Les aides au logement

Selon sa situation, le demandeur pourra prétendre aux aides au logement.

ATTENTION

Les aides au logement prévues à l'article L 821-5 du code de la Construction et de l'Habitation ne sont pas cumulables.

Les conditions à remplir

Peut bénéficier de ces aides la personne qui :

- > est française ou étrangère (hors UE, EEE et Suisse) titulaire d'un titre de séjour valide ;
- > est locataire d'un logement qui n'appartient pas à un parent ou à sa belle-famille, dont aucun membre du foyer n'est assujéti à l'impôt sur la fortune immobilière ;
- > occupe le logement pendant au moins 8 mois par an (logement occupé par la personne, son conjoint/concubin ou la personne à charge) ;
- > vit dans un foyer, à l'hôtel, dans un logement meublé ou une résidence universitaire ;

- > est âgé, handicapé et hébergé non gratuitement chez des particuliers, ou en foyer, maison de retraite, unité de soins longue durée ;
- > a des ressources inférieures à un certain plafond.

RAPPEL

Par personne à charge, on entend les enfants à charge, mais également les proches parents s'ils sont retraités, handicapés ou inaptes au travail et que leurs ressources ne dépassent pas 5 235 € par an soit 436,25 € par mois.

ATTENTION

Le logement doit être conforme aux exigences de santé et de sécurité et être d'une superficie au moins égale à 9 m² pour une personne seule, 16 m² pour 2 personnes, 70 m² pour 8 personnes ou plus.

Le montant de l'aide au logement

Il est déterminé en fonction :

- > de la qualité du demandeur (locataire, colocataire, sous-locataire, résident en foyer, accédant à la propriété, etc.) ;
- > du nombre de personnes à charge (à préciser qu'en cas de résidence alternée, le calcul des aides personnelles au logement peut être partagé entre les 2 parents allocataires) ;
- > du lieu de résidence ;
- > du montant du loyer ;
- > des ressources du foyer (allocataire et son conjoint/concubin/partenaire lié par un Pacs) ;
- > et de la valeur du patrimoine immobilier et financier.

ATTENTION

Lorsque le demandeur ou son conjoint est bénéficiaire de l'AAH ou de l'AEEH, la valeur du patrimoine n'est pas prise en compte dans le calcul de l'aide au logement.

Le versement de l'aide au logement

L'aide est versée directement à l'allocataire ou, dans certain cas, au bailleur ou au prêteur.

ATTENTION

En cas d'impayés de dépenses de logement, le bailleur ou le prêteur auprès duquel l'aide est versée signale la défaillance du bénéficiaire à l'organisme payeur qui peut maintenir le versement de l'aide si le bénéficiaire est de bonne foi, ou arrêter le versement.

Lorsque l'organisme payeur (la Caf ou la MSA) constate que le logement n'est pas décent, l'allocation de logement est conservée pendant un temps par l'organisme. Ce dernier informe alors le propriétaire du logement afin qu'il le mette en conformité. Pendant ce laps de temps, le locataire continue de verser son loyer diminué du montant des allocations de logement (article L. 843-1 et suivants du code de la Construction et de l'Habitation). Si le logement ne correspond toujours pas aux normes de décence après le délai imparti, le montant de l'allocation conservé par l'organisme n'est pas récupéré par le propriétaire et celui-ci ne peut pas demander le versement du loyer correspondant à cette allocation et de l'allocation afférente.

À NOTER

En cas de colocation, chaque cosignataire du contrat de bail peut prétendre à une aide au logement. Il est tenu compte des ressources personnelles de chacun des colocataires et du montant du loyer divisé par le nombre de personnes figurant sur le bail.

À NOTER

Une prime de déménagement peut être versée pour les personnes qui emménagent dans un nouveau logement ouvrant droit à l'APL ou l'ALF et qui ont au moins 3 enfants à charge. Le montant maximum est fixé à 1 138,49 € pour 3 enfants à charge (94,87 € par enfant supplémentaire). Le déménagement doit avoir lieu entre le 1^{er} jour du mois civil qui suit la fin du 3^e mois de grossesse et le dernier jour du mois précédant le 2^e anniversaire du dernier enfant. La demande peut se faire dans les 6 mois suivant le déménagement, à condition de fournir un justificatif (facture d'un déménageur, location d'une voiture, essence, péage, etc.).

1. L'aide personnalisée au logement (APL)

Selon l'article L 821-2 du code de la Construction et de l'Habitation l'APL vise à réduire le montant du loyer ou la redevance sur sa résidence principale.

Les bénéficiaires

L'APL est une aide financière destinée à réduire le montant du loyer ou de la redevance pour les personnes qui résident dans un logement-foyer. L'APL est prévue pour les personnes qui sont locataires d'un logement neuf ou ancien, qui a fait l'objet d'une convention entre le propriétaire et l'État qui détermine l'évolution du loyer, la durée du bail, les conditions d'entretien et les normes de confort.

Le montant de l'APL

Le montant de l'APL dépend des ressources du demandeur. Les revenus pris en compte sont ceux des 12 derniers mois et le droit de l'allocataire est actualisé tous les 3 mois. L'allocataire n'aura aucune démarche à faire, sauf demande expresse de la Caf.

> Pour calculer l'APL, la formule utilisée est la suivante :

$$APL = L + C - PP$$

L : loyer principal mensuel

C : montant des charges

PP : participation personnelle des membres du foyer aux dépenses liées au logement.

> La participation personnelle (PP) se calcule par la formule suivante :

$$PP = P0 + TP \times RP$$

P0 : participation minimale du locataire

TP : le taux de participation personnelle

RP : la différence entre les ressources du bénéficiaire et un montant forfaitaire.

POUR EN SAVOIR PLUS

Pour faire une simulation, rendez-vous sur caf.fr
ou sur www.msa.fr/lfp/outils-de-simulation.

Le versement de l'APL

L'APL peut être versée directement au locataire, ou bien au bailleur ou au prêteur. Dans cette hypothèse, le bailleur ou prêteur qui reçoit le versement de l'APL la déduit du montant du loyer, ou des charges de remboursement.

À RETENIR

Aucune condition d'âge n'est fixée, un mineur peut donc percevoir l'APL tant que le contrat de bail est signé par ses parents (sauf s'il s'agit d'un mineur émancipé).

2. L'allocation de logement familiale (ALF)

Selon l'article L. 841-1 du code de la Construction et de l'Habitation, l'ALF concerne la personne qui ne peut pas bénéficier de l'APL et qui :

- > perçoit les allocations familiales (AF), le complément familial (CF), l'allocation éducation enfant handicapé (AEEH) ou l'allocation de soutien familial (ASF) ;
- > a un enfant à charge assujetti à l'obligation scolaire mais pour lequel elle ne perçoit pas de prestations familiales ;
- > est membre d'un ménage marié depuis moins de 5 ans et qui n'a pas encore d'enfants à charge ;
- > a à charge un ascendant très âgé, handicapé ou inapte au travail ;
- > est seule, sans personne à charge à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant le 4^e mois de la grossesse et jusqu'au mois civil de la naissance de l'enfant.

En savoir plus

Rendez-vous sur service-public.gouv.fr.

3. L'allocation de logement social (ALS)

Les personnes qui ne peuvent bénéficier ni de l'APL ni de l'ALF peuvent prétendre à l'ALS, si elles sont hébergées dans les unités ou centres de soins longue durée.

L'allocation peut être versée à l'allocataire ou, sur sa demande, au bailleur ou au prêteur.

En savoir plus

Rendez-vous sur service-public.gouv.fr.

4. Le chèque énergie

Le chèque énergie est une aide versée par l'Etat en faveur des ménages les plus modestes pour les aider à payer leurs factures d'électricité et gaz. Pour les personnes vivant en logement-foyer et IML, il est nécessaire que le gestionnaire fasse une demande expresse d'aide spécifique qu'il répercute ensuite sur les avis d'échéance mensuels des résidents.

Cette demande est entièrement dématérialisée via la plateforme dédiée PUMA. Pour en savoir plus, rendez vous sur : <https://www.unafo.org/centre-de-ressources/cheque-energie/>

POUR ALLER PLUS LOIN...

Le prêt à l'amélioration de l'habitat (PAH)

La Caf peut accorder des prêts à l'amélioration de l'habitat afin de réaliser des travaux dans la résidence principale de ses allocataires, hors travaux superficiels (peinture etc.). Le but est de sécuriser le lieu de vie et préserver la santé de ses occupants.

Pour pouvoir en bénéficier il faut être titulaire d'une prestation familiale et résider en France.

ATTENTION

L'allocataire ne peut pas en bénéficier s'il ne perçoit que l'ALS, l'APL, le RSA et la prime d'activité.

En vertu de l'article L. 542-9 du code de la Sécurité sociale, les assistants maternels peuvent également en bénéficier pour améliorer le lieu d'accueil de l'enfant, *“qu'il soit au domicile de l'assistant maternel ou au sein d'une maison d'assistants maternels, dans des conditions et des limites fixées par décret”*.

Le prêt peut aller jusqu'à 80 % du montant des dépenses prévues, dans une limite de 1067,14 € pour les allocataires “généraux” et 10 000 € pour les assistants maternels.

Le prêt peut être versé à des locataires ou des propriétaires, et est remboursable sur plusieurs années (3 ans pour les allocataires “généraux”, 10 ans pour les assistants maternels). Le taux d'intérêt est de 1% et le remboursement se fait en mensualités.

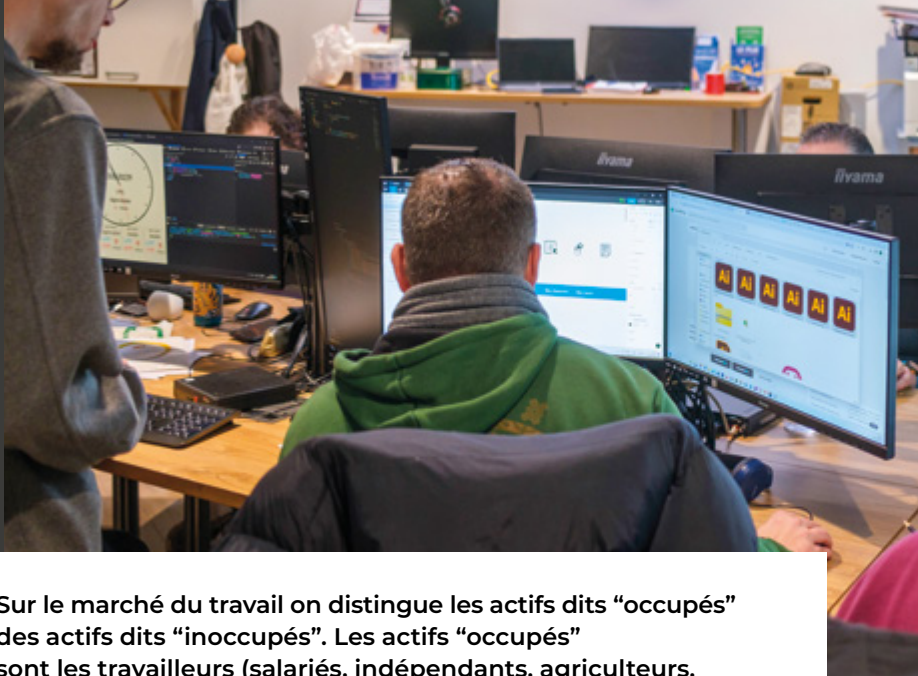
Mes notes



5

LES PRESTATIONS LIÉES A L'EMPLOI

A.	La prime d'activité	98
B.	Les aides financières et autres allocations pour les chômeurs	101
1.	L'assurance chômage	102
1.1	L'allocation de retour à l'emploi (ARE)	103
1.2	L'allocation de solidarité spécifique (ASS)	105
2.	Les allocations et indemnités des régimes particuliers	106



Sur le marché du travail on distingue les actifs dits “occupés” des actifs dits “inoccupés”. Les actifs “occupés” sont les travailleurs (salariés, indépendants, agriculteurs, saisonniers, intermittents, stagiaires, apprentis, etc.). Les actifs “inoccupés” sont les demandeurs d’emploi.

A. La prime d’activité

Aide sociale, la prime d’activité a pour but d’encourager les travailleurs ou les personnes indemnisées au titre du chômage partiel ou technique aux faibles ressources à exercer ou reprendre une activité professionnelle, ou à soutenir leur pouvoir d’achat.

Les bénéficiaires

Les travailleurs ou les personnes indemnisées au titre du chômage partiel ou technique aux faibles ressources désireux d’exercer ou de reprendre une activité professionnelle, ou pour soutenir leur pouvoir d’achat, peuvent bénéficier de la prime d’activité.

À NOTER

Depuis le 1er mars 2025, la déclaration trimestrielle des ressources complétées par le bénéficiaire de la prime d’activité, est remplacée par une déclaration trimestrielle pré-remplie des ressources.

Les conditions à remplir

L'assuré doit :

- > avoir plus de 18 ans ;
- > résider en France de manière stable et effective ;
- > être un travailleur (secteur public ou privé, indépendant ou agriculteur) ou être indemnisé en raison d'un chômage partiel ou technique ;
- > être français ou titulaire d'un titre de séjour autorisant à travailler depuis au moins 5 ans, exception faite aux :
 - ressortissants d'un État membre de l'UE, EEE ou de la Confédération suisse ;
 - réfugiés, bénéficiaires de la protection subsidiaire, apatrides, étrangers titulaires de la carte de résident ou d'un titre équivalent ;
 - parents isolés en charge d'un ou plusieurs enfants et à la femme enceinte isolée remplissant les conditions de régularité de séjour,
- > ne pas avoir la qualité de travailleur détaché temporairement en France.

À NOTER

Si l'assuré est élève, étudiant, stagiaire, ou apprenti, il doit également avoir plus de 18 ans, résider en France de manière stable et effective, avoir des revenus mensuels nets supérieurs à 1104,25 € et assumer seul la charge d'un ou de plusieurs enfants. S'il est en congé parental, sabbatique, sans solde ou en disponibilité, il lui faut aussi résider en France de manière stable et effective et avoir des revenus modestes.

Le calcul et le montant de la prime d'activité

La prime d'activité est calculée selon les ressources financières du foyer et sa composition.

Montants valables du 1 ^{er} avril 2025 au 31 mars 2026		
Nombres de personnes à charge	Personne seule ⁽¹⁾	Couple
0	633,21 €	949,82 €
1	949,82 €	1 139,78 €
2	1 139,78 €	1 329,74 €
Par personne à charge en plus	253,28 €	
⁽¹⁾ Ces montants peuvent être augmentés sous certaines conditions pour les personnes seules assurant la charge d'un enfant né ou à naître		

Une majoration du montant forfaitaire de base est possible pour le parent isolé, la femme enceinte isolée et pour le couple dont le foyer s'agrandit selon l'article L. 842-7 du code de la Sécurité sociale :

- > 1^{re} personne supplémentaire : majoration de 50 %.
- > Pour chaque personne supplémentaire : majoration de 30 % par personne.
- > Pour chaque personne supplémentaire au-delà de la 3^e personne (si le foyer est constitué de plus de 2 enfants ou personnes de moins de 25 ans à charge) : majoration de 40 % par personne.

ATTENTION

Lorsque la personne reçoit une aide au logement ou qu'elle n'a pas de charge de logement, se déduit de la prime d'activité le forfait logement correspondant à 77,58 € pour une personne seule, à 155,16 € pour 2 personnes et à 192,02 € pour 3 personnes ou plus (montants au 01/04/2021).

À NOTER

Une bonification individuelle est accordée à l'assuré dont le salaire mensuel moyen (moyenne sur les 3 derniers mois précédant la demande de la prime d'activité) est supérieur à 700,92 €. Le montant de cette bonification augmente de façon croissante :

- > Salaire mensuel moyen > 700,92 € : la bonification individuelle sera de 26,29 €
- > Salaire mensuel moyen > 1 425,60 € : la bonification individuelle sera de 184,27 €.

POUR EN SAVOIR PLUS

Pour faire une simulation de prime d'activité, rendez-vous sur caf.fr.

EXEMPLE

Une personne seule sans enfant qui perçoit une aide au logement et dont le salaire mensuel est de 800 € percevra comme prime d'activité :

[Montant forfaitaire de base éventuellement majoré]

+ [61 % des revenus professionnels] + [Bonifications individuelles]

- [Ressources du foyer] - [Forfait logement]

= 633,21 € + 488,00 € + 34,12 € - 800,00 € - 77,58 € = 277,75 €

ATTENTION

La prime peut être suspendue ou réduite lorsque l'un des membres du foyer entre dans un établissement de santé ou en établissement pénitentiaire.

Le versement de la prime d'activité

La prime d'activité est versée par les Caf et les MSA chaque mois tant que les ressources et la situation de la personne continuent de respecter les conditions d'attribution, et tout paiement indu est récupéré par ces organismes jusqu'à deux ans après le trop perçu.

À NOTER

Tout changement de situation doit être notifié à la CAF et peut impliquer une révision du montant de la prime d'activité. Le changement de situation produit ses effets à compter du 1^{er} jour du mois au cours duquel il est arrivé.

Doivent être considérés comme changements de situation :

- > un déménagement ;
- > un changement de situation familiale ;
- > une modification d'activité ou de ressources ;
- > une modification de patrimoine.

Si les conditions pour bénéficier de la prime d'activité ne sont plus remplies, le versement cesse à partir du 1^{er} jour du mois où les conditions ne sont plus remplies.

B. Les aides financières et autres allocations pour les chômeurs

Les demandeurs d'emploi ont droit à un revenu de remplacement qui prend la forme :

- > d'une allocation d'assurance chômage ;
- > d'allocations de solidarité ;
- > de l'allocation des travailleurs indépendants ;
- > d'autres allocations et indemnités régies par les régimes particuliers, en vertu de l'article L. 5421-2 du code du Travail.

À NOTER

Le revenu de remplacement cesse d'être versé lorsque la personne atteint l'âge légal de départ à la retraite.

À RETENIR

Le revenu de remplacement est cumulable avec les prestations de Sécurité sociale.

Les bénéficiaires

Peut bénéficier des allocations chômage la personne qui :

- > a été salariée au moins 6 mois (soit 130 jours travaillés ou 910 heures travaillées) au cours des 24 derniers mois (36 derniers mois pour les plus de 55 ans) ; cette durée est abaissée à 5 mois pour les contrats saisonniers ;
- > a perdu son emploi involontairement, par rupture conventionnelle, par rupture sur commun accord ou a démissionné afin de poursuivre une formation ou un projet professionnel (création ou reprise d'une entreprise) ;
- > s'inscrit à France Travail dans les 12 mois qui suivent la perte de ce travail ;
- > cherche activement un emploi ou accomplit une action de formation ;
- > n'a pas atteint l'âge légal de départ à la retraite ou ne bénéficie pas d'une retraite anticipée ;
- > est physiquement apte à travailler ;
- > réside en France.

À NOTER

Depuis le 1er avril 2025, la non-application de la dégressivité des allocations chômage est abaissée à 55 ans et non plus 53 ans.

ATTENTION

Les règles d'assurance chômage sont adaptées pour tenir compte des spécificités de certaines professions : VRP, journalistes, marins, dockers, travailleurs à domicile, intermittents du spectacle.

1. L'assurance chômage

L'assurance chômage est obligatoire. Les employeurs du privé et certains du public cotisent pour protéger leurs salariés lorsqu'ils se retrouvent sans emploi. Les cotisations pour l'assurance chômage représentent 4 % du salaire brut à la charge de l'employeur.

Les conditions à remplir

Pour bénéficier de l'assurance chômage, le demandeur d'emploi doit :

- > être privé d'emploi de façon involontaire ou assimilée ;
- > ou voir son contrat de travail faire l'objet d'une rupture conventionnelle ;
- > ou voir son contrat de travail être rompu d'un commun accord ;
- > ou démissionner dans le but de poursuivre une reconversion professionnelle ou un projet de création ou de reprise d'entreprise, ainsi que satisfaire les exigences de l'article L. 5422-1-1 du code du Travail.

1.1 L'allocation de retour à l'emploi (ARE)

Le système de l'assurance chômage permet de verser l'allocation de retour à l'emploi (ARE). L'ARE, ou communément appelée allocation chômage, est une allocation versée par France Travail.

Les bénéficiaires

Peuvent bénéficier de l'ARE les chômeurs qui remplissent les conditions nécessaires au bénéfice des allocations chômage détaillées ci-dessus.

Les conditions à remplir

Pour pouvoir bénéficier de l'ARE, il faut justifier d'une durée d'affiliation minimale de 5 mois soit 108 jours travaillés ou 758 heures travaillées dans les derniers 36 mois précédant la fin du contrat de travail si la personne est âgée d'au moins 55 ans et dans les 24 derniers mois pour les autres demandeurs.

ATTENTION

Pour ouvrir ces droits, il faut que l'inscription comme demandeur d'emploi et la demande d'ARE soient faites dans un délai d'un an suivant la fin du contrat.

Le calcul et le montant de l'ARE

L'ARE est une allocation journalière dont le calcul est le suivant :

- > le montant brut journalier de l'ARE comprend une partie fixe de 13,11 € et une partie variable égale à 40,4% du salaire journalier de référence (SJR) ; ce montant doit être compris entre 57 et 75% du SJR.
- > un prélèvement à 3% du SJR est effectué afin de financer les retraits complémentaires des bénéficiaires de l'assurance chômage.
- > le montant net de l'ARE doit être supérieur à 31,97 €.

À NOTER

A compter du 1^{er} avril 2025, les durées d'indemnisation maximales sont de :

- > 22 mois et demi si la personne est âgée de 55 ou 56 ans à la fin du contrat de travail
- > 27 mois si la personne est âgée d'au moins 57 ans à la fin du contrat.

Pour les autres demandeurs d'emploi, la durée reste de 18 mois.

De plus, depuis le 1^{er} avril 2025, le montant de l'allocation chômage ne varie plus en fonction du nombre de jours calendaires compris dans le mois : désormais, le paiement des allocations chômage est mensualisé sur la base de 30 jours calendaires.

Le versement de l'ARE

L'ARE est une allocation journalière versée chaque mois par France Travail. L'ARE doit être versée à la fin des différés d'indemnisation (indemnisation compensatrice de congés payés, indemnités de rupture de contrat, etc.) à l'issue d'un délai d'attente de 7 jours.

La durée du versement de l'ARE dépend de la durée d'emploi sur les 24 derniers mois (pour les salariés de moins de 55 ans) ou 36 derniers mois (pour les salariés de plus de 55 ans).

Cette période (mois précédant la fin du contrat de travail) est appelée "période de référence affiliation".

À NOTER

Les personnes qui perçoivent l'ARE et qui suivent une formation autorisée par France Travail, peuvent demander l'aide au retour à l'emploi formation (AREF) qui correspond au montant brut de l'ARE perçue. Ce montant doit être supérieur à 22,88 € par jour.

ATTENTION

Le versement de l'ARE prend fin lorsque la personne reprend une activité professionnelle, perçoit l'aide à la reprise ou à la création d'entreprise, reçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale, la PreParE ou l'AJPP, effectue un contrat de service civique, atteint l'âge légal de départ à la retraite, ne réside plus en France ou a effectué une déclaration inexacte ou mensongère entraînant un versement injustifié d'allocations.

ATTENTION

Le gouvernement a annoncé en juillet 2025 son souhait de mettre en œuvre une nouvelle réforme de l'assurance chômage. Pour en savoir plus et suivre les nouveautés, consulter le site unedic.org ou la version électronique du guide sur unafo.org.

1.2 L'allocation de solidarité spécifique (ASS)

L'allocation de solidarité spécifique est une aide pour les chômeurs en fin de droits, arrivant à épuisement de leurs allocations chômage et notamment de l'ARE.

Les bénéficiaires

Les chômeurs en fin de droits peuvent bénéficier de l'allocation de solidarité spécifique.

Les conditions à remplir

- > Le demandeur doit avoir épuisé ses droits au chômage ;
- > ou exercer une profession particulière (artiste non-salarié, marins pêcheurs, dockers occasionnels) ;
- > ou avoir plus de 50 ans.

Si le demandeur se retrouve dans l'une de ces 3 catégories, il doit également :

- > être inscrit à France Travail et être en recherche active d'un emploi, vouloir créer ou reprendre une entreprise ;
- > ne pas encore avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite ;
- > avoir exercé une activité salariée d'au moins 5 ans (ou 2 ans si l'assuré a réduit ou arrêté son travail pour s'occuper d'un enfant à charge) durant les 10 dernières années avant la fin du dernier contrat de travail ;
- > avoir des ressources mensuelles inférieures au plafond de 1 353,10 € par mois pour une personne seule, 2 126,30 € pour un couple.

Le montant de l'ASS

Il est de 19,33 € par jour.

Ce montant varie selon la situation de l'allocataire et ses ressources : voir tableau page suivante.

Personne seule	Couple
> Ressources mensuelles < 773,20 € : ASS = 19,33 € par jour	> Ressources mensuelles < 1546,40 € : ASS = 19,33 € par jour
> Ressources mensuelles entre 773,20 € et 1353,10 € : ASS = différence entre le montant des ressources et 1353,10 €	> Ressources mensuelles entre 1546,40 € et 2126,30 € : ASS = différence entre le montant des ressources et 2126,30 €
> Ressources mensuelles > 1353,10 € : pas de droits à l'ASS	> Ressources mensuelles > 2126,30 € : pas de droits à l'ASS

Le versement de l'ASS

L'ASS peut être versée à taux plein ou taux réduit pour une période de 6 mois renouvelable. L'ASS peut se cumuler avec d'autres sources de revenu exception faite de l'allocation adulte handicapé.

À NOTER

La personne qui atteint l'âge de départ à la retraite et qui reçoit une pension de retraite ne bénéficie plus de l'ASS.

L'établissement et l'envoi de la demande

Il n'y a pas de démarche à faire, c'est France Travail qui se charge d'envoyer un formulaire directement à l'assuré avant l'expiration des droits à l'ARE.

2. Les allocations et indemnités des régimes particuliers

Une allocation d'assurance est prévue, dans les mêmes conditions que pour l'assurance chômage (cessation involontaire, rupture conventionnelle, accord commun ou démission dans certaines conditions), pour :

- > les agents fonctionnaires et non fonctionnaires de l'État ;
- > les agents titulaires des collectivités territoriales ;
- > les agents statutaires des autres établissements publics administratifs ;
- > les militaires ;
- > les salariés des entreprises majoritairement contrôlées par l'État ;
- > les salariés relevant des établissements publics à caractère industriel et commercial ;

- > les salariés des sociétés d'économie mixte ;
- > les salariés non statutaires des chambres de métiers et des chambres d'agriculture ;
- > les personnels de chambre de commerce et d'industrie ;
- > les fonctionnaires de France Télécom ;
- > les artistes et techniciens intermittents du spectacle ;
- > les travailleurs indépendants ;
- > les salariés du bâtiment et des travaux publics privés d'emploi par suite d'intempéries ;
- > les salariés des entreprises de la branche professionnelle des industries électriques et gazières sous statut national ; et
- > les personnels de La Poste (dans le cas où l'État ne détiendrait plus la majorité du capital).

Les employeurs de ces personnes assurent la charge et la gestion de l'allocation d'assurance et peuvent confier, par une convention, cette gestion à France Travail (article L. 5424-2 du code du Travail).

À NOTER

Depuis le 1^{er} avril 2025, les anciens détenus qui ont travaillé sous « contrat d'emploi pénitentiaire » pendant leur incarcération peuvent se voir ouvrir des droits à l'assurance chômage.



6

LES DISPOSITIFS DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE

A.	Le revenu de solidarité active (RSA)	110
B.	Le Contrat d'engagement jeunes	114
C.	Les aides spécifiques aux étudiants	115
1.	L'allocation annuelle	116
2.	L'aide ponctuelle	117
D.	La gestion de situation de surendettement	118



Dans cette partie, sont étudiés le revenu de solidarité active ainsi que les aides spécifiques pouvant être allouées aux étudiants et aux jeunes adultes. Les autres minimas sociaux, destinés également à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, ayant été, dans leur étude, intégrés aux prestations de bases auxquelles ils se rattachent.

A. Le revenu de solidarité active (RSA)

Depuis le 1^{er} juin 2009, le revenu minimum d'insertion (RMI) est remplacé par le revenu de solidarité active (RSA).

Selon l'article L 262-1 du code de l'Action sociale et des Familles, *“le revenu de solidarité active a pour objet d'assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence de lutter contre la pauvreté et de favoriser l'insertion sociale et professionnelle”*.

Les bénéficiaires

Peuvent bénéficier du RSA, les personnes de plus de 25 ans et, sous certaines conditions, les personnes âgées de 18 à 25 ans.

ATTENTION

Depuis le 1^{er} janvier 2025, chaque personne percevant le RSA :

- > est obligatoirement et automatiquement inscrite à France Travail,
- > et doit ensuite signer un contrat d'engagement comportant un plan d'actions précisant ses objectifs d'insertion sociale et professionnelle.

Une sanction dite de « suspension-remobilisation » pourra être prononcée à l'encontre du bénéficiaire du RSA qui ne respecterait pas l'obligation d'activité, hors cas de dispense (les bénéficiaires du RSA en situation de handicap, d'invalidité, rencontrant des problèmes de santé, des difficultés personnelles ou familiales, parent isolé d'enfant(s) de moins de 12 ans sans solution de garde).

Les conditions à remplir

Le droit au RSA est subordonné à :

- > une condition de résidence en France (article L. 262-2 du code de l'Action sociale et des Familles) qui doit être stable et effective, que la personne soit française ou étrangère ;
- > une condition de ressources qui ne doit pas dépasser un certain montant ;
- > et la condition que le foyer ait fait valoir son droit aux prestations sociales.

Plus précisément, le RSA concerne les personnes qui remplissent les conditions de l'article L. 262-4 du code de l'Action sociale et des Familles :

- > avoir 25 ans révolus ;
- > avoir moins de 25 ans et assumer la charge d'un ou plusieurs enfants nés ou à naître ;
- > pour le RSA jeunes actifs, être âgées entre 18 et 24 ans et avoir exercé une activité professionnelle pendant au moins 2 ans à temps plein sur les 3 dernières années ;
- > ne pas être élève, étudiant ou stagiaire ;
- > ne pas être en congé parental, sabbatique, sans solde ou en disponibilité ;
- > être français ou titulaire depuis au moins 5 ans d'un titre de séjour autorisant à travailler.

ATTENTION

Les demandeurs d'asile peuvent faire leur demande de RSA dès le dépôt de la demande d'asile et sans attendre la reconnaissance d'une protection internationale prononcée à leur bénéfice par la France : les droits au RSA sont ouverts dès la date de la demande initiale si les conditions pour en bénéficier sont remplies.

À NOTER

Un jeune de 18 à 25 ans, français ou étranger, qui justifie d'une certaine durée d'activité professionnelle peut bénéficier du RSA jeune actif sous certaines conditions restrictives. Le calcul du montant dépend des ressources et de la composition du foyer. Pour obtenir le RSA, il est nécessaire de faire une 1^{re} demande, puis d'actualiser la situation tous les trimestres. La procédure varie en fonction de la caisse d'affiliation (Caf ou CMSA).

ATTENTION

La condition de titre de séjour depuis au moins 5 ans avec autorisation de travail, n'est pas exigée pour les personnes bénéficiant du statut de réfugié, de la protection subsidiaire, les apatrides et les étrangers titulaires d'un titre de séjour prévu par des accords internationaux et conférant des droits similaires. Elle n'est pas non plus retenue pour les personnes qui peuvent prétendre au RSA majoré, comme le parent isolé étranger ayant à sa charge un enfant de moins de 3 ans.

À NOTER

Le ressortissant d'un État membre de l'UE, partie à l'EEE ou de la Confédération suisse en séjour régulier doit avoir résidé en France 3 mois avant la demande de RSA. Cette durée de résidence n'est pas opposable à :

- > la personne qui exerce une activité professionnelle légale, son ascendant ou son conjoint ;
- > la personne qui a exercé une telle activité en France avant d'être :
 - en incapacité temporaire de travailler pour raisons médicales ;
 - en formation professionnelle ;
 - inscrit sur la liste des demandeurs d'emploi, de même que son ascendant ou son conjoint.

Le montant du RSA

Le calcul est le suivant :

RSA = [Montant forfaitaire correspondant]

– [Autres ressources du foyer]

– [Forfait logement]

Le montant du RSA varie selon la situation de l'allocataire et du nombre de personnes à charge.

Nombre de personnes à charge	Personne seule	Couple	Parent isolé
0	646,52 €	969,78 €	830,21 €
1	969,78 €	1163,74 €	1 106,94 €
2	1163,74 €	1357,70 €	1383,68 €
Par enfant supplémentaire	276,73 €		

Le montant du forfait logement varie selon les aides au logement et est évalué selon le nombre de personnes composant le foyer :

Forfait logement en fonction du nombre de personnes au foyer	
Nombre de personnes au foyer	Forfait logement
1	77,58 €
2	155,16 €
3 ou plus	192,02 €

Les autres ressources correspondent à la moyenne mensuelle des revenus d'activité, pensions alimentaires, rentes, indemnités de chômage et de certaines prestations familiales.

EXEMPLES

Pour un couple avec 2 enfants à charge bénéficiaire d'une aide au logement et des allocations familiales, le montant du RSA est égal à 1 014,63 €
(1357,69 € – 151,05 € – 192,02 €)

À NOTER

Le forfait logement n'est pas applicable dès lors que la personne participe aux frais d'hébergement (par exemple, paiement de l'emplacement pour les caravanes, participation à l'eau, etc.).

De plus, à compter du 1^{er} juillet 2025, à la liste des ressources non prises en compte pour le calcul du RSA (article R. 261-1 du CASF), sont désormais inscrits les dons des proches, à l'exception des obligations et pensions alimentaires.

À NOTER

Selon un arrêt du Conseil d'Etat du 18/07/2018, les ressources du conjoint qui réside à l'étranger n'ont pas à être prises en compte si ce n'est celles qui sont versées au titre de la dette d'aliment. En revanche, ce conjoint ne peut entraîner aucune majoration-couple, le RSA dans cette situation étant calculé pour une personne seule.

ATTENTION

Le montant forfaitaire du RSA peut être majoré lorsque l'allocataire est une femme isolée en état de grossesse, ayant fait la déclaration de grossesse et les examens prénataux ou un parent assumant la charge d'un ou plusieurs enfants, devenu isolé (décès, séparation).

Si l'événement a eu lieu après les 3 ans de l'enfant à charge, la majoration dure 12 mois et doit être versée durant les 18 mois suivant cet événement. S'il intervient avant, la majoration dure jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

Le versement du RSA

Le RSA est attribué par le conseil départemental (article L. 262-13 du code de l'action sociale et des familles) et son versement est assuré par les Caf et les MSA (habilitées par les départements). Le RSA est versé tant que les revenus restent inférieurs au montant du RSA. Il peut être réduit ou suspendu lorsque l'un des membres du foyer est admis dans un établissement de santé ou relève de l'administration pénitentiaire.

B. Le Contrat d'engagement jeunes

Les bénéficiaires

Peuvent bénéficier d'un *Contrat d'engagement jeunes*, les personnes :

- > âgés de 16 à 25 ans ou de moins de 30 ans pour les personnes recon- nues handicapées ;
- > qui ne sont ni en emploi, ni étudiants, ni en formation ;
- > qui présentent des difficultés d'accès à l'emploi durable ;
- > qui sont inscrits en tant que demandeurs d'emploi.

EN SAVOIR PLUS

Pour faire une simulation, rendez-vous sur caf.fr.

En vigueur depuis le 1^{er} mars 2022, le *Contrat d'engagement jeunes* remplace la *Garantie jeunes*. Ce dispositif, accessible à la suite d'un diagnostic établi par un conseiller de la mission locale ou de France Travail, prévoit 15 à 20 heures d'activité par semaine, sur une durée allant jusqu'à 12 mois. C'est l'occasion pour ces jeunes de bénéficier d'un accompagnement individuel et intensif, dans un cadre exigeant, avec un objectif d'entrée rapide et durable dans l'emploi. Le *Contrat d'engagement jeunes* est mis en œuvre par France Travail et les missions locales.

La décision d'admission d'un jeune se matérialise par la signature du *Contrat d'engagement jeunes* qui constitue une décision administrative prise au nom de l'État, tout comme le refus d'admission.

À NOTER

L'allocation n'est pas cumulable avec le RSA et la prime d'activité, sauf exception.

Quel est le montant de l'allocation versée ?

Pouvant s'élever au maximum à 561,68 € par mois, l'allocation est conditionnée à l'assiduité et à l'engagement du jeune dans son parcours.

L'allocation est calculée en fonction de l'âge du jeune, de ses ressources ou de celles de son foyer :

- > 561,68 € lorsque le jeune majeur constitue ou est rattaché à un foyer fiscal non imposable à l'impôt sur le revenu ;
- > 337 € lorsque le jeune majeur constitue ou est rattaché à un foyer fiscal imposable à la première tranche de l'impôt sur le revenu.

Pour un jeune mineur :

- > 224,68 €, lorsque le jeune mineur constitue ou est rattaché à un foyer fiscal non imposable à l'impôt sur le revenu ou lorsqu'il constitue ou est rattaché à un foyer imposable à la première tranche.

C. Les aides spécifiques aux étudiants

L'article L. 821-1 du code de l'Éducation dispose que *“la collectivité nationale accorde aux étudiants, dans les conditions déterminées par voie réglementaire, des prestations (...). Elle privilégie l'aide servie à l'étudiant sous condition de ressources afin de réduire les inégalités sociales ; les collectivités territoriales et toutes personnes morales de droit public ou privé peuvent instituer des aides spécifiques, notamment pour la mise en œuvre de programmes de formation professionnelle”*.

Les bénéficiaires

L'étudiant doit avoir moins de 35 ans au 1^{er} septembre de l'année universitaire pour laquelle l'aide est demandée. Si l'étudiant est reconnu comme étant un adulte handicapé, il n'y a pas de limite d'âge pour bénéficier de cette aide.

L'établissement et l'envoi de la demande

La demande se fait auprès du Crous dont l'étudiant dépend.

À NOTER

Si la situation le justifie, la commission d'examen peut se saisir d'office d'un dossier même si l'étudiant n'en a pas fait la demande.

L'instruction de la demande

Un entretien peut être proposé à l'étudiant. Après examen du dossier, la commission d'examen habilitée statue sur la demande.

À NOTER

Toute décision de rejet peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès du directeur du Crous.

Ces prestations peuvent être attribuées sous deux formes en application de la circulaire n°2014-0016 du 8 octobre 2014 relative aux aides spécifiques : soit une allocation annuelle, soit une aide ponctuelle.

EN SAVOIR PLUS

Les étudiants en situation d'urgence sociale peuvent appeler le 0 806 000 278.

1. L'allocation annuelle

Cette aide a été créée pour les étudiants qui font face à des difficultés financières durables.

Les bénéficiaires

Il s'agit des étudiants :

- > qui ne bénéficient d'aucun soutien matériel de leur famille ;
- > qui sont en situation d'isolement et de précarité en lien avec une rupture familiale ;
- > qui reprennent les études après 28 ans et qui disposent de ressources inférieures au plafond fixé par le barème d'attribution des bourses ;
- > étrangers ressortissant d'un pays membre de l'UE, EEE ou Suisse et qui demeurent seuls sur le territoire français et élevés par un membre de la famille hors décision judiciaire.

Les conditions à remplir

L'étudiant doit suivre les cours avec assiduité et ne pas percevoir la bourse de l'enseignement supérieur sur critères sociaux ou une autre aide sociale (allocations chômage, RSA, etc.).

Le montant de l'aide

Il est fixé par le directeur du Crous et répond aux échelons 0 bis à 7 de la bourse attribuée sur critères sociaux. Le montant de l'aide peut aller de 1 454 € à 6 335 € par an.

Le versement de l'aide

Elle est versée en 10 mensualités de septembre à juin, pendant au moins 6 mois. L'aide peut être attribuée les années suivantes dans la limite de 7 ans.

À NOTER

L'allocation annuelle peut se cumuler avec une aide à la mobilité internationale et l'aide au mérite, ainsi qu'une aide spécifique ponctuelle.

Pour savoir où adresser votre demande, rendez-vous sur service-public.gouv.fr.

2. L'aide ponctuelle

Cette aide a été conçue pour les étudiants qui rencontrent à un moment donné des difficultés conséquentes qui nécessitent l'octroi d'une aide financière personnalisée.

Les conditions à remplir

Pour en bénéficier, l'étudiant doit être inscrit en formation initiale et avoir moins de 35 ans.

Le montant de l'aide

Le montant maximal de l'aide est de 3 071 €.

Le versement de l'aide

L'aide est versée en une seule fois. Si la situation le justifie, le directeur du Crous peut autoriser un versement anticipé de l'aide ponctuelle sans examen du dossier par la commission. Le montant maximal de ce versement est de 500 €.

À NOTER

Il est possible d'obtenir plusieurs aides ponctuelles au cours d'une même année, sans que le montant cumulé ne dépasse 6142 €, ainsi que de cumuler l'aide ponctuelle avec la bourse sur critères sociaux, l'aide à la mobilité internationale et l'aide au mérite.

Pour savoir où vous adresser, rendez-vous sur service-public.gouv.fr.

D. La gestion de situation de surendettement

Le surendettement se définit comme une impossibilité manifeste de faire face à l'ensemble de ses dettes.

Il entraîne des conséquences économiques et sociales importantes à la personne qui en souffre. Face à cette situation, des solutions légales peuvent être mises en place.

Ainsi, lorsqu'une personne se retrouve dans l'impossibilité de régler ses dettes, elle peut présenter à la Banque de France, gratuitement, un dossier de surendettement.

Les bénéficiaires

Toute personne physique qui ne peut plus faire face à ses dettes personnelles, peut déposer un dossier de surendettement sans qu'aucun montant minimum ne soit exigé.

Les conditions à remplir

Le demandeur doit :

- > résider en France ;
- > démontrer qu'il ne peut plus faire face à ses dettes.

À NOTER

Tout ressortissant français domicilié hors de France peut déposer un dossier de surendettement si ses dettes trouvent leurs origines en France.

La demande d'un dossier de surendettement

Le demandeur (à savoir le débiteur) peut se rendre à l'une des agences de la Banque de France de son domicile pour retirer un dossier de surendettement ou le télécharger depuis le site banque-france.fr.

La réalisation du dossier de surendettement selon le formulaire de déclaration CERFA n°13594*02.

Il convient de :

- > répondre aux questions posées avec sincérité ;
- > rédiger une lettre d'accompagnement expliquant de manière précise la situation d'endettement et l'impossibilité manifeste d'y faire face.

À NOTER

Dans le cadre de la préparation du dossier de surendettement, le demandeur peut se faire aider par un *Point conseil budget* dont l'adresse la plus proche du domicile est fixée sur le site de la Banque de France, ou par le CCAS dont l'adresse est fixée par la mairie du lieu de domiciliation du demandeur.

Les documents à joindre au dossier de surendettement

- > le formulaire CERFA de déclaration, rempli daté et signé de sa main ;
- > la lettre d'accompagnement datée et signée de sa main ;
- > l'ensemble des justificatifs relatifs à sa situation financière (état des dettes et ressources) ainsi que la liste de ses créanciers.

Le dossier de surendettement doit être déposé à la Banque de France dont dépend le domicile du demandeur ou lui être adressé par lettre recommandée avec accusé de réception.

À NOTER

Aucune limite n'étant imposée par la loi, il est possible de déposer plusieurs fois un dossier de surendettement.

ATTENTION

Le dépôt d'un dossier de surendettement entraîne une inscription au fichier national des incidents de remboursement des crédits aux particuliers (FICP), freinant ainsi la possibilité de souscrire de nouveaux prêts.

L'examen du dossier de surendettement

C'est la commission de surendettement du département afférant qui examinera, sous un délai de 3 mois, le dossier de surendettement déposé à la Banque de France territorialement compétente, grâce notamment, aux pièces justificatives apportées au dossier et à la lettre d'accompagnement rédigée, datée et signée par le demandeur.

La réponse de la commission de surendettement

Elle peut être négative ou positive.

Si elle est positive, le demandeur recevra un *Plan conventionnel de redressement* destiné à alléger le poids de sa dette. Pour cela, ce plan, qui devra être retourné signé de la main du surendetté à ladite commission, peut prévoir que ce dernier s'engage à faire certains actes pour faciliter le paiement de ses dettes (par exemple, changer de logement pour un loyer moins cher), et à ne pas faire d'actes pouvant aggraver son insolvabilité (par exemple prendre de nouveaux crédits).

Ce plan est également notifié, par lettre recommandée avec accusé de réception, aux créanciers de la personne surendettée. Ils ont 30 jours pour refuser cette proposition, l'absence de réponse dans ce délai valant accord des créanciers.

ATTENTION

Le *Plan conventionnel de redressement* établi par la commission de surendettement devra être respecté scrupuleusement par le débiteur.

Les effets du plan conventionnel de redressement

Aucune action de recouvrement telle que, par exemple, une saisie, ne peut plus être entreprise par quelque créancier que ce soit, et ce durant toute la période de validité du plan fixé par la commission de surendettement.

Toutefois, sauf exception et selon la nature des dettes (par exemple échéance de prêt liée à une résidence principale), cette période ne peut excéder 7 ans.

ATTENTION

Dans certaines situations, les intérêts de retard et pénalités peuvent être suspendus ou supprimés, de même que certaines dettes du demandeur peuvent être, partiellement ou totalement, effacées.

Mes notes



7

LES PRESTATIONS LIÉES AU VIEILLISSEMENT DES PERSONNES

A. Le système de retraite	124
1. Les règles de base	124
2. Les majorations	125
3. Les conditions de départ anticipé	126
4. La retraite progressive et cumul emploi-retraite	127
5. La pension de réversion	127
6. L'assurance vieillesse du parent au foyer (AVPF) et l'assurance vieillesse des aidants (AVA)	127
B. Les allocations vieillesse	128
1. L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)	128
2. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	130
3. L'aide sociale à l'hébergement (ASH)	131
4. L'aide à la vie familiale et sociale des anciens migrants (AVFS)	132



Plusieurs prestations et allocations sont prévues pour répondre au mieux aux besoins des personnes âgées.

A. Le système de retraite

Le système de retraite connaît des réformes régulièrement. Il repose sur un principe de répartition : les pensions versées aux retraités viennent des cotisations encaissées la même année auprès des actifs. En 2025, nous décomptons en France un régime général et 27 régimes spéciaux (Opéra de Paris, marins, clercs de notaire...).

Le départ à la retraite est conditionné par l'âge de la personne, le nombre de trimestres de cotisation, le secteur, le handicap...

1. Les règles de base

Les salariés du secteur privé dépendent du régime général de la sécurité sociale, la CNAV et une retraite complémentaire de l'Agirc-Arrco. Leur affiliation se fait automatiquement.

- > Le régime de base de la retraite fonctionne sur le principe des annuités : tout salarié cumule des trimestres pour bénéficier d'une retraite à taux plein ou partiel selon son âge et les trimestres cotisés. La retraite à taux plein correspond à 50% du salaire annuel moyen, calculé sur les 25 meilleures années de la carrière.

- > La retraite complémentaire est obligatoire et vient compléter la pension de base. Elle est calculée sur la base d'un système de points : tous les mois, les employeurs prélèvent une cotisation qui est transformée en points dont la valeur est fixée chaque année. Au moment du départ à la retraite, le montant de la retraite complémentaire est calculé en multipliant le nombre de points par sa valeur actuelle.

Pour bénéficier d'une retraite à taux plein, il faut :

- > soit atteindre l'âge légal de la retraite fixé à 64 ans à partir de la génération née en 1968 et avoir validé le nombre requis de trimestres, à savoir entre 160 et 172 trimestres suivant l'année de naissance,
- > soit atteindre l'âge de la retraite à taux plein fixé à 67 ans à partir de la génération 1955 sans avoir validé le nombre requis de trimestres.

Une personne qui n'aurait pas validé un nombre suffisant de trimestres au moment de son départ à la retraite verrait le montant de sa pension subir une décote. Un coefficient de minoration sera également appliqué lors du calcul de la pension de retraite complémentaire.

A l'inverse, une personne ayant cotisé le nombre de trimestres nécessaire pour une retraite à taux plein qui continue de travailler après l'âge légal de départ bénéficie d'une surcote sur le montant de sa retraite.

2. Les majorations

Une majoration de la pension de retraite de base s'applique dans plusieurs situations :

- > les mères bénéficient de l'attribution de 8 trimestres supplémentaires par enfant ;
- > les parents de famille nombreuse (plus de 3 enfants) bénéficient d'une majoration du montant globale de la pension de 10% ;
- > les parents d'enfant handicapé (handicap d'au moins 80 %) reçoivent 1 trimestre supplémentaire par période de 2,5 ans d'éducation de l'enfant, dans la limite de 8 trimestres ;
- > les parents qui ont encore un enfant à charge bénéficient d'une majoration de 5% par enfant ;
- > les bénéficiaires d'une pension anticipée, invalides de 3^e catégorie et âgés de moins de 65 ans avec un besoin constant d'aide extérieure se voient attribuer une majoration de 40% de la pension de base.

3. Les conditions de départ anticipé

Il est possible de partir à la retraite avant d'avoir atteint l'âge légal :

> **Pour invalidité**

Il est possible d'obtenir une pension sans condition d'âge ou de durée de services pour les personnes radiées des cadres pour invalidité (impossibilité définitive et absolue de continuer ses fonctions suite à une maladie, blessure ou infirmité grave).

La pension correspond à 50 % du traitement si le taux d'invalidité est d'au moins 60 %. Elle peut être assortie d'une majoration tierce personne si l'invalidité nécessite une aide permanente. Une rente viagère d'invalidité peut être versée en complément si l'invalidité est imputable au service.

> **Pour carrière longue**

Sont considérés comme carrières longues, les carrières qui ont commencé avant 21, 20 ou 18 ans, voire dès 16 ans. Pour pouvoir en bénéficier, le demandeur doit pouvoir justifier avoir cotisé plusieurs trimestres avant l'âge de 16, 18 ou 20 ans, selon sa date de naissance et l'âge souhaité de départ.

> **Pour pénibilité de travail**

Les personnes qui au cours de leur carrière professionnelle ont exercé des activités « pénibles » peuvent demander un départ à la retraite anticipé. Pour cela, il faut justifier d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ayant occasionné une incapacité permanente d'au moins 10 %, ou avoir obtenu un nombre minimum de points pénibilité sur son compte professionnel de prévention (C2P).

> **Pour exposition aux facteurs pénibilité pendant 17 ans**

Un départ anticipé reste possible même sans accident de travail ou maladie professionnelle si la personne peut justifier d'une exposition pendant au moins 17 ans à un facteur de risque professionnel (travail répétitif, travail de nuit, exposition au bruit, température extrême...).

> **Pour exposition à l'amiante**

Les personnes atteintes d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante, celles qui ont été salariées d'un établissement de fabrication ou de traitement de l'amiante, de la construction ou réparation navale ou les professionnels portuaires peuvent, sous certaines conditions, partir à la retraite à partir de 50 ans.

4. La retraite progressive et cumul emploi-retraite

La retraite progressive est un dispositif qui permet, en fin de carrière – à partir de 150 trimestres cotisés – de travailler à temps partiel ou réduit et de percevoir en même temps, une partie des retraites de base et complémentaire.

Pendant cette période, la personne continue de cotiser pour sa retraite qui sera recalculée pour tenir compte de cette période.

A l'inverse, le cumul emploi-retraite n'est possible que pour les personnes qui bénéficient d'une retraite complète à taux plein et qui ont donc liquidé la totalité de leurs retraites et ont rompu leur contrat de travail. Ils peuvent alors reprendre une activité (en respectant un délai de carence de 6 mois si c'est chez le même employeur).

5. La pension de réversion

Une personne peut percevoir une partie de la pension de retraite de son ou sa conjoint-e décédé-e. Pour cela, il faut que la personne ait au moins 55 ans, ait été mariée avec le ou la défunt-e et que ses revenus soient inférieurs à 24 710,40€.

La pension de réversion est égale à 54% de la pension de retraite de base dont bénéficiait ou aurait pu bénéficier le défunt.

6. L'assurance vieillesse du parent au foyer (AVPF) et l'assurance vieillesse des aidants (AVA)

L'assurance vieillesse du parent au foyer (AVPF) et l'assurance vieillesse des aidants (AVA) garantissent une continuité dans la constitution des droits à la retraite des personnes cessant ou réduisant leur activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant ou d'une personne gravement malade ou en situation de handicap.

Pour percevoir l'AVPF, il est nécessaire de :

- > percevoir l'allocation de base, la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) ou le complément familial ;
- > avoir une activité professionnelle réduite ou être sans activité ;
- > avoir des ressources n-2 ne dépassant pas les plafonds en vigueur.

Pour bénéficier de l'AVA, il faut :

- > percevoir l'allocation journalière de présence parentale (Ajpp) ;
- > assumer la charge d'un enfant de moins de 20 ans en situation de handicap présentant un taux d'incapacité d'au moins 80% ou compris entre 50 et 79% et bénéficiant du complément AEEH ou PCH ;

- > apporter une aide à une personne adulte en situation de handicap présentant un taux d'incapacité d'au moins 80 % ;
- > s'occuper d'un proche qui présente un handicap ou une perte d'autonomie grave dans le cadre d'un congé proche aidant ;
- > avoir une activité professionnelle réduite ou être sans activité.

B. Les allocations vieillesse

Les allocations vieillesse rassemblent les aides destinées à assurer, à la personne âgée, un minimum de pension vieillesse, l'aider si elle est en perte d'autonomie, l'aider à prendre en charge tout ou partie de ses frais liés à son hébergement.

1. L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est une allocation qui se substitue aux anciennes prestations du minimum vieillesse, telles que l'allocation aux vieux travailleurs salariés et non-salariés, l'allocation aux mères de famille, l'allocation spéciale vieillesse, l'allocation supplémentaire de vieillesse, le secours viager, la majoration versée pour porter le montant d'une pension de vieillesse au niveau de l'AVTS, l'allocation viager aux rapatriés âgés.

Les bénéficiaires

L'ASPA constitue donc un montant minimum de pension de vieillesse, accordé sous certaines conditions, aux personnes qui n'ont pas suffisamment cotisé aux régimes de retraite pour pouvoir bénéficier d'un revenu d'existence à l'âge de la retraite.

À RETENIR

L'ASPA est une allocation subsidiaire, c'est-à-dire qu'elle n'est versée que si le demandeur a sollicité la liquidation de l'ensemble des retraites personnelles et de réversion auxquelles il peut prétendre. Elle ne peut donc être attribuée si le demandeur est en retraite progressive.

La personne âgée et le cas échéant son conjoint/concubin/partenaire, doit faire valoir ses droits en matière d'avantage vieillesse en priorité.

Les caisses de retraites doivent informer leurs adhérents au moment de la liquidation de l'avantage vieillesse, des conditions d'attribution de l'ASPA et des procédures de récupération ouvertes par cette allocation.

Les conditions à remplir

Il faut :

- > être retraité ;
- > avoir 65 ans minimum (âge pouvant être abaissé en cas d'invalidité, de bénéfice de l'AAH, ancien déporté ou interné ou encore ancien prisonnier de guerre) ;
- > résider de manière stable et régulière en France (avoir en France son lieu de résidence principale ou son foyer permanent) et pour les étrangers, avoir un titre de séjour depuis au moins 10 ans avec une autorisation de travail (sauf pour les apatrides, réfugiés, bénéficiaires de la protection subsidiaire ou les anciens combattants) ;
- > avoir des ressources qui ne dépassent pas 12 411,44 € annuels pour une personne seule, 19 268,80 € pour un couple ;
- > avoir demandé (avec son conjoint/concubin/partenaire le cas échéant) le versement de sa retraite personnelle ou de réversion auprès des différents régimes concernés.

Le montant de l'ASPA

Le montant de l'allocation varie en fonction de la composition du foyer : personne seule, conjoints/concubins/partenaires liés par un Pacs.

	Pour un couple	Pour une personne seule
Montant maximum de l'ASPA	Montant annuel (max.) : 19 268,80 € Montant par mois (max.) : 1 605,73 €	Montant annuel (max.) : 12 411,44 € Montant par mois (max.) : 1 034,28 €
Calcul du montant de l'ASPA	= 1 605,73 € – [ressources du couple]	= 1 605,73 € – [ressources]

EXEMPLE

Si les revenus d'un couple sont de 1000 € par mois, le montant par mois de l'Aspa est calculé ainsi :

1 605,73 € – 1 000 € = 605,73 € par mois

Le versement de l'ASPA

L'ASPA est versée mensuellement par la caisse de retraite dont l'assuré dépend. Depuis le 1^{er} janvier 2020, c'est la MSA qui se charge de gérer et de verser l'ASPA et non plus la Caisse des Dépôts pour la gestion des dossiers Saspa (Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées).

À NOTER

Il est possible de cumuler l'ASPA avec la pension de retraite et le revenu d'une activité professionnelle dans certaines conditions.

ATTENTION

Les sommes versées pour l'ASPA sont récupérées après décès, uniquement sur la partie de la succession qui dépasse 107 616 € en métropole et 150 000 € en Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion.

2. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'APA a pour but d'aider les personnes âgées en perte d'autonomie, à payer les dépenses nécessaires pour qu'elles restent à domicile ou qu'elles soient prises en charge dans des établissements spécialisés.

Les bénéficiaires

L'APA est une allocation destinée aux personnes âgées qui rencontrent des difficultés pour accomplir les gestes simples de la vie quotidienne (se lever, se déplacer, se laver, s'habiller, sortir de chez elles, cuisiner leurs repas, effectuer des tâches ménagères de base).

Les conditions à remplir

Pour pouvoir bénéficier de l'APA, il faut que la personne soit âgée d'au moins 60 ans, qu'elle justifie d'une perte d'autonomie selon la grille AGGIR (autonomie, gérontologique, groupes iso-ressources) et qu'elle ait besoin d'une aide pour les gestes et actions du quotidien.

Le montant de l'APA

Les montants varient en fonction du classement selon la grille AGGIR.

ATTENTION

L'APA n'est pas cumulable avec les aides des caisses retraite, l'aide financière pour une aide à domicile (faite auprès de la mairie) et la prestation de compensation du handicap (PCH).

Le versement de l'APA

Cette aide est versée par le conseil départemental dont dépend la personne.

À RETENIR

L'APA n'est pas récupérable sur la succession du bénéficiaire.

3. L'aide sociale à l'hébergement (ASH)

L'aide sociale à l'hébergement (ASH) pour les personnes âgées permet de prendre en charge tout ou partie des frais liés à l'hébergement d'une personne âgée en établissement ou chez un accueillant familial.

À NOTER

Il est possible d'en bénéficier si la personne âgée se maintient à domicile ou si elle vit dans un établissement.

Les conditions à remplir

- > Avoir plus de 65 ans (ou plus de 60 ans si l'on est reconnu inapte au travail) ;
- > vivre en France de façon stable et régulière, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois ;
- > avoir des ressources inférieures au montant des frais d'hébergement.

Le versement de l'ASH

L'ASH est versée par le département durant 3 ans, sans que s'effectue une nouvelle évaluation du degré d'autonomie de la personne durant cette période.

L'établissement et l'envoi de la demande

Il suffit de retirer le dossier auprès du département, des organismes de Sécurité sociale, des CCAS, CCIAS, des mutuelles, des services d'aide à domicile qui ont conclu une convention avec le département.

4. L'aide à la vie familiale et sociale des anciens migrants (AVFS)

Cette aide, qui se substitue depuis le 1^{er} juillet 2020 à l'aide à la réinsertion familiale et sociale, est à la charge de l'Etat. Elle est encadrée par l'article L. 117-3 du code de l'Action sociale et des Familles et l'article L. 311-7 du code de la Sécurité sociale.

Elle a pour objectif de faciliter le rapprochement des anciens travailleurs migrants âgés et de leur famille dans leur pays d'origine. Elle est une prestation sociale non-contributive.

Les bénéficiaires

Cette aide est ouverte au ressortissant étranger, en situation régulière vivant seul et qui :

- > est âgé de 65 ans au moins (sauf en cas d'inaptitude au travail) ;
- > fait valoir ses droits aux pensions de retraite dans son pays d'origine, en France et auprès des régimes des organisations internationales ;
- > réside en France de manière régulière et ininterrompue durant les 15 années précédant la demande (condition non-exigée pour les ressortissants d'un État-membre de l'UE, de l'EEE ou de la Confédération suisse) ;
- > effectue de longs séjours plus de 183 jours par an (soit plus de 6 mois) dans son pays d'origine ;
- > est hébergé au moment de la première demande dans un foyer de travailleurs migrants ou dans une résidence sociale ;
- > a des revenus inférieurs à 6 600 € par an soit 550 € par mois.

ATTENTION

Cette aide n'est pas cumulable avec une aide au logement ou tous minima sociaux.

Mes notes



8

LES RECOURS AMIABLES ET CONTENTIEUX

A. Présentation du système judiciaire	136
1. Les différents recours possibles	136
2. Les différentes juridictions	137
3. L'aide juridictionnelle	140
B. Les médiations	141
1. Le défenseur des droits	141
2. Le médiateur France Travail	142
3. Le médiateur à l'Assurance retraite	143
4. Le médiateur de l'Assurance maladie	144
5. Le médiateur de la Caisse d'allocations familiales	144
6. La médiation et la conciliation dans les MDPH	144
C. Les contestations liées à une décision de la Sécurité sociale	145
1. Les commissions de recours amiable	145
2. Complémentaire santé solidaire et AME	146
3. Indemnités journalières de Sécurité sociale (IJSS)	147
4. Accident du travail ou maladie professionnelle et pension d'invalidité	147
5. Les contestations liées aux prestations de soutien aux familles	148
D. Les contestations liées à une aide sociale	149
1. Les contestations d'une décision de la Maison départementale des personnes handicapées	149
2. Vieillesse et perte d'autonomie	150
3. La contestation d'une décision relative au RSA	151
E. Les contestations liées au logement	152
1. Le DALO	152
2. La contestation d'une décision relative aux aides au logement	154
F. Les contestations liées à l'emploi	155
G. Les contestations spécifiques	156
1. La demande d'avis rectificatif d'imposition	156
2. Le recours indemnitaire	156
3. Les référés	157



A. Présentation du système judiciaire

1. Les différents recours possibles

Il existe plusieurs types de recours. Certains sont dirigés devant les tribunaux et l'on parle alors de recours contentieux, d'autres sont présentés, le plus souvent, devant l'auteur de la décision que l'on veut contester ou devant une commission non juridictionnelle de type administratif, et l'on parle de recours non contentieux.

Les recours gracieux et hiérarchique

Classiquement au sein des recours non contentieux, on distingue le recours gracieux du recours hiérarchique.

Le premier est présenté à l'autorité qui a pris la décision qui n'apporte pas satisfaction pour demander que cette décision soit reportée et/ou modifiée. Le second, comme son nom l'indique, est adressé au supérieur hiérarchique.

ATTENTION

En général, ces recours s'exercent dans un délai de 2 mois à compter de la date de réception de la décision contestée mais il existe des délais plus courts (1 mois par exemple).

À NOTER

Il faut désigner la décision que l'on conteste, exposer les motifs de droit et de fait qui fondent la contestation et demander soit son retrait, soit sa réformation en y joignant la copie de la décision contestée.

Le recours administratif préalable obligatoire (RAPO) concerne un litige avec une administration ou un organisme de protection sociale. Il est obligatoire car il est imposé par la loi avant toute saisine d'un tribunal. Il répond aux mêmes exigences rédactionnelles que pour le recours gracieux ou hiérarchique.

Tous ces recours n'exigent pas une forme particulière ; ils peuvent être rédigés de manière manuscrite ou non.

ATTENTION

L'essentiel est de veiller à l'adresser en lettre RAR ou avec un moyen permettant de prouver l'envoi et la date de cet envoi afin de vérifier le respect des délais. A cet effet, il faut, autant que possible, conserver l'enveloppe qui porte la décision contestée (cachet de la poste).

ATTENTION

Dans certains cas, la décision peut désormais être envoyée par courrier électronique. Certains organismes sociaux n'adressent plus de courriers et se contentent de déposer la décision dans l'espace personnel de l'assuré sur son compte internet.

Les recours contentieux

Un recours contentieux est effectué devant un tribunal au moyen d'un acte de procédure, en général, une requête ou une assignation. Cet acte doit respecter un formalisme juridique précis et il est conseillé, en général, de recourir à un professionnel du droit, même si sa présence n'est pas forcément obligatoire.

2. Les différentes juridictions

Le système judiciaire distingue entre deux grands ordres de juridiction en fonction des personnes contre lesquelles on est en litige ou des matières concernées.

Lorsqu'il s'agit d'un litige entre personnes privées (particuliers, employeurs, sociétés, associations), y compris lorsque le litige est lié à la

commission d'une infraction, ce sont les juridictions civiles qui seront compétentes. Lorsque le litige oppose la personne à une administration, ce sont les juridictions administratives qui sont compétentes.

2.1 Les juridictions civiles

> Les juridictions civiles du premier degré : le tribunal judiciaire

Au sein de l'ordre judiciaire, on trouve le tribunal judiciaire qui est la juridiction de droit commun de première instance en matière pénale et civile. Le tribunal judiciaire est organisé en plusieurs pôles (pôle du contrat et de la réparation du préjudice corporel, pôle famille, pôle de l'urgence civile, pôle social, pôle civil de proximité...).

À NOTER

Le site du tribunal de Paris, comme les autres juridictions, fournit toutes les informations utiles sur cette organisation et l'accès à certains formulaires.

S'agissant de la justice pénale, on retrouve trois juridictions pénales de jugement qui se répartissent selon la gravité de l'infraction : le tribunal de police pour les contraventions, le tribunal correctionnel pour les délits, la cour d'assises pour les crimes.

> La cour d'appel

L'appel est la possibilité de faire rejuger son affaire lorsque la décision de justice rendue en première instance ne satisfait pas. Pour savoir si l'appel peut être présenté devant la cour d'appel, il faut identifier selon que le jugement a été rendu en premier ou en dernier ressort. En général, les jugements du tribunal judiciaire sont rendus en premier ressort sauf exceptions.

La représentation par un avocat

En général, il faut recourir à un avocat pour faire appel du jugement que l'on souhaite contester, c'est le principe de la représentation obligatoire. Pour autant, certains contentieux peuvent être introduits devant la cour d'appel sans avoir besoin de recourir à un avocat : en général, les jugements rendus par le pôle social du tribunal judiciaire (conseil des prud'hommes, contentieux de la Sécurité sociale), les jugements en matière de tutelle et curatelle, les litiges liés au surendettement, les jugements en droit de la famille (autorité parentale, placement d'un enfant).

ATTENTION

Dans ce cas, il faut bien veiller à exposer l'objet de la contestation qui est dirigée contre le jugement que l'on critique, puis exposer les faits et préciser les motifs de droit qui fondent les demandes sur le fond de l'affaire. Enfin, il faut demander l'annulation du jugement critiqué ou sa réformation puis exposer les demandes. Il y a lieu de joindre le jugement critiqué et les pièces qui fondent vos demandes.

À NOTER

Il existe un formulaire Cerfa n° 15774*03 qui permet de rédiger sa déclaration appel.

> La Cour de cassation

La Cour de cassation ne constitue pas, après les tribunaux et les cours d'appel, un troisième degré de juridiction. Elle ne va pas rejurer une troisième fois l'ensemble de l'affaire. Sa compétence se limite à dire si les juges ont fait une exacte application de la loi au regard des données de fait de l'affaire.

À NOTER

Pour saisir la Cour de cassation d'un pourvoi, il faut avoir recours à un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, seuls compétents pour le faire (www.ordre-avocats-cassation.fr).

2.2 Les juridictions administratives**> Les tribunaux administratifs**

Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours contre une décision défavorable explicite et dûment notifiée ou encore contre le silence de l'administration suite à une demande restée sans réponse.

À NOTER

L'administration doit indiquer dans la décision défavorable (ou le courrier joint à cette décision) les délais et voies (c'est-à-dire devant quelle juridiction) de recours.

Sauf exceptions particulières, le tribunal administratif peut être saisi sans un avocat.

> Les cours administratives d'appel

S'agissant de l'appel contre un jugement du tribunal administratif, le principe est la présence obligatoire d'un avocat, sauf exceptions. Il existe 9 cours administratives d'appel (Bordeaux, Douai, Lyon, Marseille, Nancy, Nantes, Paris, Toulouse et Versailles) qui sont compétentes en fonction du lieu de situation du tribunal administratif qui a rendu le jugement.

ATTENTION

Dans certains cas, la possibilité d'appel n'existe pas et le jugement doit être contesté par un pourvoi en cassation devant le Conseil d'État. Tel est le cas pour un litige en matière de pensions mais aussi pour les litiges relatifs aux prestations, allocations ou droits attribués au titre de l'aide ou de l'action sociale, du logement ou en faveur des travailleurs privés d'emploi, y compris le contentieux du droit au logement.

> Le Conseil d'État

Pour saisir le Conseil d'État d'un pourvoi en cassation contre le jugement rendu en dernier ressort par le tribunal ou pour contester un arrêt rendu par la cour administrative d'appel, il faut avoir recours à un avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation, seuls compétents pour le faire (www.ordre-avocats-cassation.fr).

3. L'aide juridictionnelle

L'aide juridictionnelle permet de faire prendre en charge par l'État les coûts d'une procédure de justice, honoraires d'un avocat, d'un huissier, frais de procédure liée à une expertise, etc. L'aide juridictionnelle peut être totale ou partielle.

Qui peut en bénéficier ?

Comme toute aide de l'État, elle est soumise à certaines conditions :

- > le justiciable ne doit pas pouvoir bénéficier d'une assurance de protection juridique ; il est donc important de procéder à une lecture des contrats d'assurance (notamment contrats d'assurance habitation, automobile, contrats liés au compte bancaire).
- > le justiciable doit être français ou ressortissant de l'Union européenne, sauf Danemark (ou encore démontrer une résidence habituelle en France).
- > enfin, le demandeur à l'aide juridictionnelle ne doit pas présenter une situation économique (revenu fiscal de référence + patrimoine) au-dessus de certains plafonds qui vont varier selon que le justiciable vit seul ou en couple avec ou sans enfant.

EXEMPLE

Un justiciable vivant seul ne devra pas présenter un revenu fiscal de référence au-dessus de 12 862 €, et une valeur du patrimoine immobilier au-dessus de 38 580 €.

ATTENTION

Si un seul de ces seuils est dépassé, l'aide juridictionnelle ne sera pas accordée en totalité mais à titre partiel à hauteur soit de 50 % (entre 12 863 et 15 203 €), soit de 25 % (entre 15 204 et 19 290 €).

À NOTER

Les victimes de violence conjugale, d'infractions pénales et terroristes bénéficient d'une aide juridictionnelle sans examen préalable de ces conditions ou à titre provisoire. Il en est de même pour les mineurs sous réserve de certaines spécificités (mineurs délaissés, mineurs auditionnés par le JAF).

Comment faire la demande ?

La demande doit être déposée ou adressée en utilisant le formulaire Cerfa n° 16146*03.

B. Les médiations

Les parties à un différend peuvent, à leur initiative, tenter de le résoudre de façon amiable avec l'assistance d'un médiateur ou d'un conciliateur de justice.

1. Le défenseur des droits

Pour quels litiges ?

Le défenseur des droits est compétent notamment :

- > en cas de litiges avec une administration ou un service public, comme les caisses de Sécurité sociale : CPAM, Caf ou CNAV,
- > en cas de discrimination commise par une personne physique (un individu) ou morale (une association, une société...), une personne

privée (une entreprise) ou publique (un service de l'État, une collectivité territoriale, un service public hospitalier),

- > en cas d'atteinte aux règles de déontologie par les professionnels de la sécurité publique et privée.

Quel est le rôle du défenseur des droits ?

Il peut par ses interventions faire cesser les atteintes au moyen d'une simple demande d'explication ou d'un règlement amiable ou, encore, d'une médiation. Les autorités ou personnes intéressées informent le défenseur des droits, dans le délai qu'il fixe, des suites données à ses recommandations. A défaut d'information dans ce délai ou s'il estime, au vu des informations reçues, qu'une recommandation n'a pas été suivie d'effet, le défenseur des droits peut enjoindre à la personne mise en cause de prendre, dans un délai déterminé, les mesures nécessaires.

Comment le saisir ?

Le défenseur des droits peut être saisi par un formulaire en ligne, par simple courrier postal ou encore en contactant l'un des 620 délégués répartis sur le territoire national, dont 250 à Paris.

ATTENTION

La saisine du défenseur des droits n'interrompt ni ne suspend les délais de prescription des actions.

2. Le médiateur France Travail

Le médiateur national de France Travail, placé auprès du directeur général, coordonne l'activité de médiateurs régionaux qui reçoivent et traitent les réclamations.

Quand faut-il le saisir ?

Les réclamations doivent avoir été précédées de démarches auprès des services concernés. Cette première réclamation doit avoir été déposée auprès de l'auteur de la décision contestée. Si cette procédure n'a pas donné satisfaction au requérant ou s'il n'a pas reçu de réponse, la saisine du médiateur est recevable.

Qui peut le saisir ?

Les réclamations peuvent être adressées directement par les intéressés, mais aussi par l'intermédiaire de tiers habilités – élus, associations, délégués du défenseur des droits... – indistinctement au médiateur national ou au médiateur régional.

Comment le saisir ?

Pour être recevable, la saisine doit être réalisée par courrier postal ou électronique, accompagné de l'ensemble des pièces nécessaires à l'examen de la réclamation.

Le demandeur reçoit un accusé de réception l'informant de la recevabilité de sa demande dans un délai de 7 jours à compter de la réception de son courrier de réclamation.

ATTENTION

Le dépôt d'une réclamation auprès du médiateur n'a pas d'effet suspensif et n'interrompt pas le délai d'exercice des autres voies de recours.

3. Le médiateur à l'Assurance retraite

Le médiateur à l'Assurance retraite intervient dans le périmètre du régime général des retraites de base mais ne gère pas les questions relevant des retraites complémentaires et des régimes spéciaux.

Quand faut-il le saisir ?

Il faut obligatoirement avoir, au préalable, effectué une réclamation écrite auprès de la caisse de retraite ou une contestation auprès de la commission de recours amiable (CRA). Si la réponse obtenue n'est pas satisfaisante ou si la caisse n'a pas répondu dans un délai variable selon l'objet de la demande, l'assuré pourra alors saisir le médiateur régional.

Le délai entre la réclamation auprès de la caisse et la saisine du médiateur ne doit pas être supérieur à 6 mois. Si la contestation porte sur une notification de droits ou une décision de la CRA, le médiateur ne peut pas être saisi au-delà d'un délai de 2 mois après la notification de ces décisions.

Qui peut le saisir ?

Outre l'assuré, le retraité en personne ou son représentant légal, toute personne ou association dûment mandatée par écrit par l'assuré ou le retraité ainsi que des avocats, délégués du défenseur des droits, assistantes sociales, peuvent saisir le médiateur.

ATTENTION

La saisine du médiateur suspend, à compter de la notification de recevabilité de la demande, les délais de recours auprès de la commission de recours amiable et de la juridiction compétente.

4. Le médiateur de l'Assurance maladie

L'Assurance maladie a organisé un dispositif de médiation composé d'un médiateur national, de 21 correspondants régionaux des médiateurs et de 107 médiateurs locaux auprès des caisses locales.

Comment le saisir ?

Les médiateurs peuvent être saisis par tous moyens.

Pourquoi le saisir ?

Le médiateur de l'Assurance maladie est compétent notamment pour :

- > les refus de soins (plaintes et signalements de refus de soins formulés par les bénéficiaires de la CMU-C/AME/ACS et les professionnels de santé accueillant ce public),
- > les prestations en espèces en attente de paiement depuis plus de 2 mois (IJ, pensions d'invalidité, rentes AT/MP).
- > les IJ maternité et paternité en cas d'enfant morts nés.

5. Le médiateur de la Caisse d'allocations familiales

Son action concerne les prestations familiales et sociales individuelles versées par la Caf. Il peut être saisi si une réclamation auprès de sa Caf a déjà été déposée et que le désaccord persiste.

Comment le saisir ?

Il faut se connecter à son compte allocataire et envoyer un message à l'attention du médiateur de votre Caf.

6. La médiation et la conciliation dans les MDPH

6.1 La médiation

Chaque MDPH doit désigner en son sein une personne référente chargée de recevoir et d'orienter les réclamations individuelles des personnes handicapées ou de leurs représentants vers les services et autorités compétentes. Cette possibilité du recours à la médiation doit être obligatoirement mentionnée sur la notification de la décision de la CDAPH.

La saisine

La saisine de cette personne qualifiée n'est encadrée par aucun formalisme. Un simple courrier est suffisant.

ATTENTION

La médiation est sans effet sur les voies et délais de recours.

6.2 La conciliation

La possibilité du recours à la conciliation doit être obligatoirement mentionnée sur la notification de la décision de la CDAPH.

Lorsqu'une personne handicapée estime qu'une décision de la CDAPH méconnaît ses droits, elle peut demander l'intervention d'une personne qualifiée chargée de proposer des mesures de conciliation.

À NOTER

L'engagement d'une procédure de conciliation ne remet pas en cause le droit d'intenter un recours gracieux ou contentieux mais suspend les délais de recours gracieux et contentieux.

C. Les contestations liées à une décision de la Sécurité sociale**1. Les commissions de recours amiable**

Les décisions des organismes de Sécurité sociale doivent faire l'objet d'un recours préalable :

- > soit devant la commission médicale de recours amiable (CMRA) : elle doit être saisie pour les contestations relatives à l'invalidité et à l'état d'inaptitude au travail mais aussi pour celles relatives à l'état d'incapacité permanente de travail en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Elle rend un avis, qui s'impose à l'organisme de prise en charge qui notifie à l'intéressé sa décision.

ATTENTION

L'absence de décision dans le délai de quatre mois à compter de l'introduction du recours préalable, vaut rejet de la demande.

- > soit devant la commission de recours amiable (CRA) : elle statue sur les réclamations formées contre les décisions administratives de la Sécurité sociale.

ATTENTION

En cas de défaut de réponse de la CRA dans le délai de deux mois à compter de la réception de la réclamation par l'organisme de Sécurité sociale, la demande est considérée comme rejetée. Toutefois, si des documents sont produits par le réclamant après le dépôt de la réclamation, le délai ne court qu'à dater de la réception de ces documents.

À NOTER

En présence d'un recours préalable qui relève à la fois de la compétence de la commission de recours amiable (CRA) et de la commission médicale de recours amiable (CMRA), la CRA sursoit à statuer jusqu'à l'avis médical rendu par la CMRA. La CRA statue ensuite sur l'intégralité du recours. L'absence de décision dans les 6 mois qui suivent l'introduction du recours préalable vaut rejet de la demande.

Dans quel délai ?

Sauf exception, le délai de recours préalable est de deux mois à compter de la notification de la décision contestée. Ces délais ainsi que les voies de recours sont mentionnés dans la notification de la décision contestée ou, en cas de décision implicite, dans l'accusé de réception de la demande que l'organisme doit adresser lorsqu'elle reçoit la première lettre de l'assuré qui expose son désaccord.

2. Complémentaire santé solidaire et AME

Toute réclamation contre une décision de refus d'ouvrir droit à la complémentaire santé solidaire et d'aide médicale d'État prise par la CPAM doit obligatoirement être soumise à la commission de recours amiable (CRA) de la CPAM.

La saisine de la CRA

La CRA doit être saisie par lettre, dans le délai de 2 mois, qui suit :

- > la notification de la décision contestée,
- > l'expiration du délai implicite de rejet, si la caisse n'a pas notifié de décision.

La contestation de la décision de la CRA

La décision de la CRA peut être contestée devant le tribunal judiciaire (pôle social) compétent du domicile de l'assuré dans le délai de 2 mois qui suivent la notification de la décision ou après la décision implicite de rejet (soit 4 mois suivant la réception du recours).

3. Indemnités journalières de Sécurité sociale (IJSS)

Les litiges sur les IJSS portent, le plus souvent, sur leur justification médicale lors de la demande initiale, leur terme (consolidation ou non de l'état médical), leur montant et mode de calcul, leurs conditions d'éligibilité.

En cas de suspension des indemnités journalières

Lorsqu'une CPAM décide de cesser de régler les indemnités journalières, par exemple au motif que l'assuré est à nouveau apte à reprendre une activité professionnelle, l'assuré dispose d'un délai de 10 jours à compter de la notification de la décision pour demander un nouvel examen de sa situation auprès du service du contrôle médical.

La demande d'une expertise médicale

Pour toute décision d'ordre médical prise, l'assuré pourra demander une expertise médicale. La demande doit être présentée par écrit et en LRAR, en précisant l'objet du litige le nom et l'adresse du médecin désigné par l'assuré dans un délai d'1 mois à compter de la date de la notification de la décision défavorable de la CPAM.

La CPAM se prononcera, par décision, au vu des conclusions du médecin expert. Il est ensuite possible, après cette première expertise, de contester la décision devant la commission de recours amiable (CRA) dans un délai de deux mois.

A défaut de satisfaction, c'est le tribunal judiciaire (pôle social) qui est compétent dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la décision.

4. Accident du travail ou maladie professionnelle et pension d'invalidité

4.1 En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

Il faut distinguer selon la nature du litige, s'il s'agit des conditions administratives ou médicales, pour savoir s'il faut saisir la CRA ou la CMRA.

Lorsque le litige est d'ordre médico-légal, c'est la commission médicale de recours amiable (CMRA) qui doit obligatoirement être saisie et qui va donc statuer sur les contestations relatives à l'état d'incapacité permanente de travail, notamment au taux de cette incapacité, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Il s'agit, en effet, de contester l'appréciation des conditions médicales examinées par le médecin conseil de la caisse (échelon local du service médical).

Lorsque le litige porte sur le caractère professionnel de l'accident que la CPAM refuse de reconnaître, un recours préalable est alors obligatoire devant la CRA dans le délai de 2 mois à compter de la décision défavorable.

La saisine du tribunal judiciaire

En cas de désaccord, la saisine du tribunal judiciaire s'effectue par lettre recommandée avec AR dans les 2 mois qui suivent la date de réception de la décision de la commission à contester. Elle doit être adressée au secrétariat du tribunal et doit obligatoirement contenir :

- > les nom, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur ;
- > la dénomination et l'adresse de l'organisme ayant pris la décision contestée ;
- > l'objet de la demande ;
- > éventuellement le nom et l'adresse du médecin que la victime souhaite désigner ;
- > un exposé sommaire des motifs de la demande ;
- > une copie de la décision contestée.

En cas de rejet de la demande, la victime de l'accident du travail disposera alors d'1 mois pour faire appel.

ATTENTION

En matière de recours contre les décisions de taux d'IPP, depuis le 1^{er} janvier 2019, c'est devant la CMRA (Commission médicale de recours amiable) qu'il faut porter une réclamation concernant le taux d'incapacité permanente qui a été accordé.

4.2 La contestation d'une décision relative à l'invalidité

Selon que le litige est relatif aux conditions administratives ou à l'appréciation portée par le médecin conseil de la CPAM sur l'état ou le degré d'invalidité, en cas d'accident ou de maladie non professionnels, il convient de saisir soit la commission de recours amiable, soit la commission médicale de recours amiable.

5. Les contestations liées aux prestations de soutien aux familles

En cas de contestation d'une décision relative à l'une de ces prestations, il convient d'exercer un recours préalable obligatoire auprès de la commission de recours amiable de la Caf. La décision de la CRA peut être contestée dans les 2 mois qui suivent la notification de sa décision devant le tribunal judiciaire.

D. Les contestations liées à une aide sociale

1. Les contestations d'une décision de la Maison départementale des personnes handicapées

Pour contester une décision de la MDPH, il faut obligatoirement faire un RAPO :

Décision contestée	Recours préalable auprès de	Recours au tribunal
Allocation enfant handicapé (AEEH)	MDPH	Tribunal judiciaire
Prestation de compensation du handicap (PCH)	MDPH	Tribunal judiciaire
Assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)	MDPH	Tribunal judiciaire
Orientation vers un établissement ou un service médico-social (ESSMS) ou orientation scolaire	MDPH	Tribunal judiciaire
Taux d'incapacité	MDPH	Tribunal judiciaire
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)	MDPH	Tribunal administratif
Carte mobilité inclusion (CMI) stationnement	Conseil départemental	Tribunal administratif
Carte mobilité inclusion (CMI) invalidité, priorité.	Conseil départemental	Tribunal judiciaire

La saisine de la MDPH ou du président du conseil départemental

Le demandeur qui souhaite contester une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées doit adresser par lettre recommandée avec accusé de réception un recours, selon les cas, à la MDPH ou au président du conseil départemental.

Ce recours doit être accompagné de la copie de la notification de la décision contestée ainsi que de tous les justificatifs relatifs au handicap qui peuvent permettre à la MDPH ou au président du conseil départemental de mieux apprécier la situation (factures, comptes rendus médicaux, professionnels, etc.).

ATTENTION

Ce recours doit être exercé dans les 2 mois suivant la notification de la décision contestée.

ATTENTION

Il ne faut pas confondre ce RAPO qui est effectué devant la MDPH et la saisine du conciliateur de la MDPH.

La saisine du tribunal

Si la décision de la MDPH relative au recours administratif préalable obligatoire exercé par le demandeur n'est toujours pas satisfaisante, le tribunal judiciaire pourra alors être saisi dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la décision.

Les décisions prises par le président du conseil départemental peuvent faire l'objet d'un recours devant le juge judiciaire lorsque la demande concerne la mention "invalidité" ou "priorité" de la carte CMI.

En revanche, les décisions prises par le président du conseil départemental font l'objet d'un recours devant le juge administratif (tribunal administratif) lorsque la demande concerne la mention "stationnement" de la carte CMI. Lorsque le RAPO porte sur la RQTH, c'est le tribunal administratif qu'il faudra saisir dans le délai de 2 mois à compter de sa notification.

2. Vieillesse et perte d'autonomie

2.1 La contestation d'une décision relative à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

Toute décision relative à l'attribution, au refus d'attribution, à la suspension, à la révision et à la récupération sur succession de l'ASPA peut faire l'objet d'une contestation.

Préalablement à tout recours contentieux devant le tribunal judiciaire, le demandeur doit saisir d'un recours amiable la CRA de la caisse débitrice de l'allocation visée. Le délai pour ce faire est de 2 mois à compter de la notification de la décision à contester.

Comment saisir la CRA ?

La CRA doit être saisie par lettre, dans le délai de 2 mois qui suit :

- > la notification de la décision de la caisse ;
- > la notification ou la mise en demeure pour des sommes à récupérer ;
- > l'expiration du délai implicite de rejet, si la caisse n'a pas notifié sa décision.

2.2 La contestation d'une décision relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Le recours administratif préalable obligatoire (RAPO)

Il convient d'effectuer un recours administratif préalable obligatoire (RAPO) en cas de désaccord sur :

- > le montant de l'APA, attribué au vu de l'appréciation du degré de perte d'autonomie ;
- > le contenu du plan d'aide ;
- > l'évaluation des ressources du bénéficiaires ou de façon générale sur la classification dans la grille AGGIR.

Le RAPO doit être envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception auprès du président du conseil départemental en lui demandant de reconsidérer le montant de l'allocation accordée ou l'évaluation du niveau de dépendance.

La saisine du tribunal

Si le demandeur n'est pas satisfait de la réponse apportée à son RAPO, il pourra saisir le tribunal administratif dans un délai de 2 mois suivant la notification de la décision contestée.

À NOTER

Si la décision contestée est confirmée par le tribunal administratif, le demandeur pourra saisir le CE d'un pourvoi.

3. La contestation d'une décision relative au RSA

Les décisions relatives au revenu de solidarité active mentionnent les voies de recours et précisent les modalités du recours administratif préalable.

La saisine du président du conseil départemental

Toute réclamation dirigée contre une décision relative au RSA doit faire l'objet, préalablement au recours contentieux, d'un recours administratif auprès du président du conseil départemental dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision contestée.

Le recours du demandeur doit exposer sa situation et ses prétentions accompagnées de tous les documents nécessaires pour justifier de sa situation (fiches de salaire, personnes à charge, avis d'imposition, etc.).

ATTENTION

Le recours présenté par une association régulièrement constituée depuis cinq ans au moins pour œuvrer dans les domaines de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la pauvreté, n'est recevable que s'il est accompagné d'une lettre de l'intéressé donnant mandat à l'association d'agir en son nom.

La saisine du tribunal administratif

Si le demandeur n'est pas satisfait de la réponse apportée à son RAPO, il peut présenter un recours contentieux auprès du tribunal administratif dans un délai ne dépassant pas 2 mois à compter de la date de la notification de la décision. Doivent être jointes à ce recours contentieux :

- > la copie de la décision contestée ;
- > la copie de tous les documents fournis lors du recours administratif auprès du président du conseil départemental.

La saisine du Conseil d'Etat (CE)

Si le demandeur n'est pas satisfait du jugement rendu par le tribunal administratif, il peut saisir le CE d'un pourvoi.

E. Les contestations liées au logement

1. Le DALO

Les personnes titulaires du droit au logement opposable (*critères de la Loi DALO de 2007) ayant fait une demande de logement social, peuvent saisir la Commission départementale de médiation (Comed) en remplissant le certificat Cerfa n° 15036*01 correspondant (demande de logement ou d'hébergement). Le dossier peut être envoyé par courrier ou déposé directement à la Comed.

L'instruction de la demande par la Comed

A la réception de la demande, un accusé de réception (AR) est transmis au demandeur lorsque le dossier est complet. Il contient le numéro et la date d'enregistrement du dossier. Le délai de décision de la Comed court à partir de cet AR.

À NOTER

Le délai d'instruction du dossier par la Comed est de 3 mois (6 mois en région Île-de-France) pour une demande de logement au titre du DALO. Le délai peut être rallongé par la demande de pièces supplémentaires.

Elle doit ensuite évaluer et apprécier le caractère prioritaire et urgent d'un recours.

ATTENTION

Pour les personnes menacées d'expulsion sans logement, elles doivent avoir fait l'objet d'une décision de justice prononçant l'expulsion.

La Comed peut décider de :

- > reconnaître le dossier prioritaire et urgent au titre du DALO ;
- > considérer le dossier comme non-prioritaire et non-urgent ;
- > réorienter le recours DALO vers un recours DAHO ;
- > qualifier le recours de "sans objet" lorsque le demandeur a trouvé une solution avant le passage en commission ou qu'il n'y a plus lieu de statuer.

La reconnaissance du dossier prioritaire

Dans le cadre d'une reconnaissance au titre du DALO d'un dossier prioritaire et urgent, un logement doit être attribué en urgence. La Comed doit transmettre le dossier au préfet en précisant les caractéristiques requises pour le logement. Le préfet dispose alors d'un délai de 3 mois ou 6 mois en fonction de la région à compter de la décision de la commission pour faire une proposition de logement.

ATTENTION

Si le demandeur reçoit une proposition de logement adaptée et qu'il la refuse, il perd son statut prioritaire à être relogé d'urgence.

Si le demandeur ne reçoit aucune proposition de logement

Lorsque le demandeur n'a reçu aucune proposition de logement social adapté à sa situation après un délai d'attente anormalement long, il peut saisir la commission de médiation sans délai.

Il doit transmettre :

- > le formulaire Cerfa (il est possible de télécharger ce document ou de l'obtenir en préfecture) ;
- > les justificatifs indiqués sur la notice explicative du formulaire ;
- > la décision de la commission de médiation reconnaissant sa demande comme prioritaire.

Les recours

Dans le cadre d'un refus, il est possible pour le demandeur de faire un recours gracieux devant la commission dans un délai de 2 mois à compter de la notification de refus de la Comed.

Si le dossier est reconnu prioritaire et urgent mais qu'aucune proposition n'est faite dans le délai imparti, il est possible de former un recours contentieux d'injonction au tribunal administratif dans un délai de 4 mois après expiration du délai laissé au préfet pour le logement ou relogement. Le juge pourra fixer une astreinte et une injonction de reloger dans un nouveau délai.

En l'absence d'un recours gracieux ou si un deuxième rejet est décidé, un recours contentieux pour excès de pouvoir (qui peut être complété par un référé suspension) contre la décision de rejet peut être formé devant le tribunal administratif dans un délai de 2 mois à partir de la notification de rejet du recours gracieux ou de la décision de la Comed.

À NOTER

Il est possible de former un recours indemnitaire et de demander le relogement ainsi que des dommages et intérêts. En effet, une action en responsabilité devant le Conseil d'Etat (CE) en tant que bénéficiaire du DALO pour trouble dans les conditions d'existence et carence fautive de l'Etat sur lequel pèse une obligation de résultat (voie ouverte par l'avis contentieux du CE en date du 2 juillet 2010, n° 332825, Maache) peut être envisagée.

L'indemnisation se chiffre selon le nombre de personnes dans le foyer, leur vulnérabilité, les troubles appréciés en fonction des conditions de vie résultant de la carence étatique et la durée de cette dernière (arrêt CE, 16 décembre 2016, n° 383111, Gourine). Depuis cet arrêt de 2016, une présomption de préjudice est reconnue en la matière.

2. La contestation d'une décision relative aux aides au logement

Il est possible de contester les décisions de la Caf et de la MSA en matière d'aides personnelles au logement et de primes de déménagement en réalisant un recours administratif préalable devant ces organismes.

C'est le directeur de l'organisme visé qui se charge de statuer sur ces contestations et sur les demandes de remise de dettes présentées à titre gracieux par les allocataires.

C'est le tribunal judiciaire, en revanche, qui est compétent pour connaître des *"contestations relatives aux pénalités prononcées en cas*

de fraude”, tandis que les “recours dirigés contre les décisions prises en matière d’aides personnelles au logement et de primes de déménagement” sont portés devant la juridiction administrative (article L. 825-1 du code de la Construction et de l’Habitation).

F. Les contestations liées à l’emploi

En premier lieu et avant tout recours contentieux, c’est un RAPO qui doit être effectué et ce par un courrier recommandé avec accusé de réception près du directeur de l’agence de France Travail. Le demandeur devra exposer les raisons de sa contestation et l’accompagner des photocopies de tous les documents destinés à justifier ses prétentions.

Si France Travail maintient sa décision, le demandeur devra saisir sans formalité particulière, l’Instance paritaire régionale (l’IPR) en adressant un courrier avec, en annexe, la décision de France Travail.

Pour le recours contentieux, le tribunal à saisir est différent selon la nature du litige.

- **Le tribunal judiciaire sera compétent concernant pour les prestations servies au titre du régime d’assurance chômage :**
 - la détermination du montant et la durée de versement ;
 - le recouvrement des indus ;
 - le refus d’attribution de l’allocation d’aide au retour d’emploi.
- **Le tribunal administratif sera compétent concernant :**
 - la radiation de la liste des demandeurs d’emploi ;
 - l’attribution des prestations d’une allocation de solidarité ainsi que le recouvrement des prestations indues au titre de cette allocation ;
 - l’attribution et la modification de la catégorie d’inscription ;
 - le refus d’inscription sur la liste des demandeurs d’emploi ;
 - la décision prise par l’autorité administrative (DIRECCTE) de supprimer le revenu de remplacement en cas de fraude ou de fausse déclaration ;
 - les litiges relatifs aux aides créées par France Travail, dans le cadre de ses compétences propres et de sa mission de service public, telle que la rémunération des formations France Travail ;
 - les litiges relatifs à l’ouverture du droit à l’allocation d’assurance chômage, notamment à l’allocation de retour à l’emploi, à son versement ou à sa récupération en cas d’indu, quand ils opposent un agent public, privé de son emploi, soit à l’Etat, soit à France Travail dans les cas où l’Etat a confié à cet organisme la gestion de cette allocation.

G. Les contestations spécifiques

1. La demande d'avis rectificatif d'imposition

Si, après avoir fait une déclaration d'impôt, le contribuable se rend compte d'une erreur ou d'un oubli, il peut procéder à sa rectification.

- > Si le contribuable est encore dans le délai de déclaration entre avril et juin :
 - il doit envoyer une nouvelle déclaration en indiquant les éléments de la déclaration initiale ainsi que ceux qu'il souhaite ajouter ou modifier ;
 - il doit indiquer sur la première page : "déclaration rectificative, annule et remplace".
- > Si le contribuable n'est plus dans les délais :
 - il doit attendre de recevoir son avis d'imposition ;
 - il doit envoyer une lettre recommandée avec accusé de réception à son centre des finances en y indiquant ses noms, adresse, l'impôt concerné par la demande de rectification et le motif ;
 - il doit envoyer tous les documents justificatifs.

ATTENTION

Le contribuable dispose de 2 ans après la réception de l'avis d'imposition pour faire une réclamation.

2. Le recours indemnitaire

Il est possible d'organiser un recours indemnitaire pour obtenir l'indemnisation de son préjudice subi lorsque l'administration est défaillante, à savoir :

- > établir un premier courrier auprès de l'administration défaillante en chiffrant le préjudice subi ;
- > puis, en cas d'insatisfaction, porter le litige devant le tribunal administratif ou judiciaire territorialement compétent (selon l'administration visée).

EN SAVOIR PLUS

Les conseils de prud'hommes sont compétents pour connaître les litiges individuels nés à l'occasion d'un contrat de travail de droit privé. Dans le cadre de cette mission, les conseillers prud'homaux sont chargés de la

conciliation des parties et, à défaut, du jugement des affaires. Pour certaines situations urgentes, il existe une procédure de référé permettant d'obtenir rapidement une décision.

Le conseil et la section compétents sont le plus souvent déterminés en fonction de l'implantation territoriale et de l'activité principale de l'employeur. La saisine du conseil de prud'hommes se fait par requête déposée au greffe du CPH. Pendant la procédure, employeur et salarié peuvent se faire assister ou représenter.

3. Les référés

La procédure de référé est une procédure d'urgence visant à prévenir un dommage ou faire cesser un trouble illicite.

La saisine du juge des référés

Le juge des référés est saisi par voie d'assignation. Il instruit l'affaire de manière contradictoire lors d'une audience publique et rend une décision sous forme d'ordonnance. À l'issue de cette procédure, des mesures conservatoires peuvent être prescrites.

La valeur de cette ordonnance n'est que provisoire et n'est pas dotée au fond de l'autorité de la chose jugée. Cela signifie que la décision du juge des référés ne s'impose pas aux juges du fond. L'ordonnance de référé ne tranche donc pas l'entier litige. Elle est cependant exécutoire à titre provisoire.

Les conditions de saisine du juge des référés

Le recours au juge des référés, qui n'est qu'un juge du provisoire et de l'urgence, n'est possible que dans un nombre limité de cas :

- > dans les cas d'urgence, le juge peut prononcer toutes les mesures qui ne se heurtent à aucune contestation sérieuse ou que justifie l'existence du litige en question ;
- > le juge des référés peut également prescrire les mesures conservatoires ou de remise en état qui s'imposent pour prévenir un dommage ou pour faire cesser un trouble manifestement illicite ;
- > le juge des référés est compétent pour accorder une provision sur une créance qui n'est pas sérieusement contestable ;
- > enfin, lorsqu'il existe un motif légitime de conserver ou d'établir avant tout procès la preuve de certains faits dont pourrait dépendre la solution d'un litige, le juge peut ordonner des mesures d'instruction, par exemple une expertise.

Le recours au juge des référés est aussi possible devant le juge administratif, notamment depuis la loi du 30 juin 2000 qui a institué le référé-suspension et le référé-liberté.

A NOTER

L'article L. 521-3 du code de Justice administrative permet au juge des référés d'ordonner des mesures conservatoires utiles en cas d'urgence. Le référé « mesures utiles » est une procédure qui peut permettre, dans le cadre de la communication de documents administratifs, de forcer l'administration à délivrer un acte ou un dossier lorsque son absence compromet l'exercice d'un recours.

La jurisprudence confirme de longue date l'importance de cette procédure, comme dans la décision rendue par le Conseil d'Etat « Crédit commercial de France » en date du 9 avril 1998 où les conseillers ont estimé que le juge des référés pouvait ordonner la communication d'une décision administrative pour permettre un recours.

Les conditions d'accès au référé « mesures utiles »

Pour bénéficier du référé « mesures utiles », il faut démontrer :

- > l'urgence, notamment en prouvant que le document est indispensable à un recours limité par des délais courts ;
- > l'utilité, en amenant la preuve de la nuisance que causerait l'absence du document à la défense du requérant ;
- > l'absence d'obstacle juridique, signifiant que la demande ne doit pas entraver l'exécution d'une décision administrative ;
- > l'absence de contestation sérieuse si la demande repose sur un droit reconnu.

Mes notes

GLOSSAIRE

A

- AAH** : allocation adulte handicapé
- ACTP** : allocation compensatrice pour tierce personne
(remplacée par la PCH depuis le 1^{er} janvier 2006)
- AEEH** : allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- AF** : allocations familiales
- AJPP** : allocation journalière de présence parentale
- ALF** : allocation de logement familiale
- ALS** : allocation de logement sociale
- AME** : aide médicale d'État
- APA** : aide personnalisée d'autonomie
- APL** : aide personnalisée au logement
- AR** : accusé de réception
- ARE** : allocation de retour à l'emploi
- AREF** : aide au retour à l'emploi formation
- ARS** : allocation de rentrée scolaire
- ASE** : aide sociale à l'enfance
- ASF** : allocation de soutien familial
- ASH** : aide sociale à l'hébergement
- ASI** : allocation supplémentaire d'invalidité
- ASP** : agence de services et de paiement
- ASPA** : allocation de solidarité aux personnes âgées
- ASS** : allocation de solidarité spécifique
- AVFS** : aide à la vie familiale et sociale
- AVPF** : assurance vieillesse du parent au foyer

C

- C2S** : complémentaire santé solidaire
- Caf** : Caisse d'allocations familiales
- Carsat** : Caisse régionale d'assurance retraite et de santé au travail

CASF : code de l'Action sociale et des Familles

Cass : abréviation pour Cour de cassation

CCAPEX : Commission de coordination des actions de prévention des expulsions locatives

CCH : code de la Construction et de l'Habitat

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CDAS : Commission départementale d'aide sociale

CE : Conseil d'État

CEDH : Cour européenne des droits de l'homme

CEJ : Contrat d'engagement jeunes

CF : complément familial

CIVI : Commission d'indemnisation des victimes d'infractions

CJUE : Cour de justice de l'Union européenne

CMG : complément du libre choix du mode de garde

CMRA : Commission médicale de recours amiable

CMU : couverture maladie universelle

CNAF : Caisse nationale des allocations familiales

CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse

CNITAAT : Cour nationale de l'incapacité et de l'assurance des accidents du travail

COMED : Commission départementale de médiation

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPH : Conseil des prud'hommes

CRA : Commission de recours amiable

CRDS : contribution au remboursement de la dette sociale

Crous : Centre régional des œuvres universitaires et scolaires

CSG : contribution sociale généralisée

CSS : code de la Sécurité sociale

D

DAHO : Droit à l'hébergement opposable

DALO : Droit au logement opposable

E

EEE : Espace économique européen

F

FAJ : fonds d'aide aux jeunes

I

IJ : indemnités journalières

IPP : incapacité permanente partielle

IPR : Instance paritaire régionale

ITT : incapacité temporaire de travail

J

JAF : juge aux affaires familiales

M

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MNA : mineur non-accompagné

MSA : Mutualité sociale agricole

MVA : majoration pour la vie autonome

O

Ofii : Office français de l'immigration et de l'intégration

Ofpra : Office français de protection des réfugiés et apatrides

P

Pacs : pacte civil de solidarité

PAH : prêt à l'amélioration de l'habitat

PAMC : praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

PAJE : prestation d'accueil du jeune enfant

PCH : prestation de compensation du handicap

PreParE : prestation partagée d'éducation de l'enfant

PUMA : protection universelle maladie

R

RAPO : recours administratif préalable obligatoire

RSA : revenu de solidarité active

S

SASPA : Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées

SJR : salaire journalier de référence

Smic : salaire minimum de croissance

T

TA : tribunal administratif

TJ : tribunal judiciaire

U

UE : Union européenne

Unedic : Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce

Urssaf : Union de recouvrement des contributions de Sécurité sociale et d'allocations familiales

RESSOURCES EN LIGNE

Plusieurs sites internet peuvent vous permettre d'aller plus loin :

> Le site de l'Unafo : unafo.org/centre-de-ressources/

Le centre de ressources de l'Unafo vous permet de suivre les évolutions législatives et réglementaires. Vous y trouverez également ce guide dans sa version numérique, avec des liens vers l'ensemble des informations données et régulièrement actualisées, ainsi que les autres guides et outils, notamment les lettres-types, de notre union professionnelle.

> Les sites des 5 branches de sécurité sociale

- caf.fr, site de la Caisse nationale d'allocations familiales
- ameli.fr, site de l'Assurance maladie
- lassuranceretraite.fr, le site de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)
- cnsa.fr, site de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

> Les sites d'informations juridiques

- legifrance.gouv.fr, pour retrouver les lois, décrets et arrêtés, ainsi que les codes juridiques cités dans ce guide
- service-public.gouv.fr, pour retrouver des fiches détaillées sur les aides, allocations et prestations, ainsi que les formulaires de demande
- unedic.org, site officiel de l'Assurance chômage
- info-retraite.fr, pour tout connaître sur les droits liés à la retraite

> **Les sites de simulation des droits auxquels vous pouvez avoir droit**

- mesdroitssociaux.gouv.fr, pour consulter vos droits, simuler vos prestations et effectuer vos démarches
- caf.fr/allocataires/aides-et-demarches/mes-demarches, pour simuler vos droits dépendant de la Caisse d'allocations familiales
- www.msa.fr/lfp/outils-de-simulation, outils de simulation pour faciliter vos demandes auprès de la Mutualité sociale agricole

> **Pour vous accompagner**

- fnath.org, pour vous accompagner notamment sur les questions liées à la santé, au handicap, aux risques professionnels et à la vieillesse
- ordre-avocats-cassation.fr, site des ordres des avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation

> **Divers**

- www.demande-logement-social.gouv.fr, pour faire vos demandes de logement social

Mes notes



10 rue des Bluets – 75 011 Paris
Tél. 01 40 71 71 10 – contact@unafo.org

unafo.org

