



Ministère fédéral
du Travail et des Affaires sociales

LA PROTECTION SOCIALE VUE D'ENSEMBLE 2018

La protection sociale - vue d'ensemble

2018



Ministère fédéral
du Travail et des Affaires sociales

«La République fédérale d'Allemagne est un État fédéral démocratique et social.»

(Art. 20, par. 1 de la Loi fondamentale)

L'Allemagne est un pays fort et son économie est solide. L'État social et l'économie sociale de marché font de l'Allemagne un pays où il fait bon vivre.

Pour moi, l'économie sociale de marché signifie que toute personne doit pouvoir accéder au marché de l'emploi et participer à la vie de notre société. Et si un coup du sort, une maladie, un handicap ou l'âge devait l'en empêcher, c'est la communauté qui s'en charge.

C'est sur ce principe de solidarité que reposent les systèmes de protection sociale en Allemagne. C'est aussi pour assurer cette solidarité que des hommes et des femmes, nombreux, travaillent tous les jours. Car la réussite économique et la protection sociale ne s'excluent pas, elles sont complémentaires.

Même si notre pays est actuellement en bonne santé économique, la protection sociale doit constamment évoluer afin de réagir aux mutations actuelles et de faire face aux défis que nous réserve l'avenir. Les formes d'emploi et les circonstances de vie changent. Le monde du travail se transforme de façon sensible à la suite de la digitalisation. Tout changement comporte aussi des opportunités, de cela je suis sûr. Si nous les saisissons ensemble, nous pourrons organiser le progrès technique de manière à ce qu'il s'accompagne d'un progrès social, progrès auquel tous, si possible, participeront.

Nos systèmes de protection sociale sont solides. Je m'engage personnellement à ce que tous, en Allemagne, puissent continuer à se reposer sur un État social fort.

Hubertus Heil, membre du Bundestag
Ministre fédéral du Travail
et des Affaires sociales

Sommaire

Préface

Sommaire

Allocations familiales

Revenu parental
Congé parental d'éducation
Avance sur pension alimentaire
Majoration pour enfants

Protection de la maternité

Promotion de l'emploi

Minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi

Droit du travail

Organisation des entreprises

Cogestion

Salaire minimum

Sécurité et santé au travail - prévention des accidents

Exemples typiques de prescriptions concernant la sécurité et la santé au travail

Assurance accidents

Réadaptation et participation des personnes handicapées

Assurance maladie

Assurance dépendance

Assurance pension

Pensions de vieillesse
Pensions pour cause de diminution de la capacité de gain
Gains d'appoint
Pensions pour cause de décès
Calcul de la pension
La formule de calcul des pensions

Promotion de l'épargne retraite individuelle complémentaire

Indemnisation sociale

Assistance aux victimes de guerre
Victimes d'actes de violence

Aide sociale

Allocation de logement

Assurance sociale internationale

- Assurance maladie et dépendance
- Assurance accidents
- Assurance pension légale
- Prestations familiales
- Assurance chômage

Juridiction du contentieux social

Protection des données sociales à caractère personnel

Conception et réalisation

Allocations familiales

Les enfants sont source de joie, naturellement. Mais les enfants coûtent cher. La nourriture, les vêtements, l'instruction, les jouets: Autant de choses que les parents doivent être en mesure de leur payer. Les allocations familiales sont là pour leur venir en aide. Il s'agit d'une prestation allouée sous forme de bonification fiscale et destinée en premier lieu à garantir, comme le veut le droit constitutionnel, que le revenu bénéficie d'une exonération fiscale pour un montant équivalant au minimum vital d'un enfant. La part des allocations familiales dépassant ce montant sert à la promotion de la famille.

Vos droits

Toute personne ayant des enfants et résidant en Allemagne a droit aux allocations familiales. Il en va de même des étrangers qui sont titulaires d'un permis d'établissement valide ou d'un permis de séjour à des fins particulières. Les allocations familiales peuvent également être versées, dans des conditions très précises, aux pères et mères séjournant à l'étranger, s'ils y ont été détachés pour un certain temps pour des raisons professionnelles par exemple. Toutefois, l'État sert seulement des allocations familiales pour les enfants vivant sur le territoire fédéral ou dans un État membre de l'Union européenne ou en Suisse (à quelques exceptions près, possibles ici comme partout ailleurs).

Important:

L'allocation familiale est octroyée à une seule personne au titre de chaque enfant. Par principe, les parents peuvent désigner librement lequel d'entre eux percevra les allocations familiales pour les enfants qui sont à leur charge.

Si les parents vivent séparés ou s'ils sont divorcés, les allocations familiales sont servies à celui d'entre eux chez qui l'enfant vit. Mais que se passe-t-il quand il s'agit d'enfants ne vivant pas sous le toit parental? Dans ce cas, les allocations familiales sont généralement attribuées à la personne dans le foyer de laquelle vivent les enfants (par exemple, les grands-parents) ou qui supporte l'essentiel de leur entretien.

Quels enfants ouvrent droit aux allocations familiales?

Vous avez également droit aux allocations familiales si vous avez à charge:

- des enfants de votre conjoint, s'ils vivent sous votre toit;
- des enfants confiés, s'ils vivent sous votre toit, s'ils vont faire partie de votre famille pour une période assez longue et si leurs parents n'en assument plus la garde ni l'entretien;
- des petits-enfants, si vous les avez accueillis sous votre toit.

L'un des critères énoncés correspond-il à votre situation? Si oui, vous avez droit aux allocations familiales pour les enfants n'ayant pas encore atteint l'âge de 18 ans révolus. Toutefois, dans certaines conditions, vous continuez à bénéficier d'une allocation familiale pour un enfant âgé de plus de 18 ans.

La limite d'âge est de 25 ans si cet enfant ou jeune:

- poursuit encore des études ou apprend un métier. Par principe, vous pouvez bénéficier des allocations familiales pour un enfant majeur jusqu'à ce qu'il termine une première formation professionnelle ou de premières études. Vous y avez aussi droit si l'enfant a un temps de travail hebdomadaire réglementaire qui n'excède pas 20 heures tandis qu'il reste en cours d'apprentissage d'un métier. Une courte période de transition entre deux phases de formation est assimilée à la formation elle-même;

Pour toucher les allocations familiales, vous devez en faire la demande.

- effectuée à titre volontaire une année de service social ou écologique en vertu de la Loi sur le service volontaire (Jugendfreiwilligendienstgesetz), ou effectuée un service volontaire dans le cadre du Règlement du Parlement européen et du Conseil établissant «Erasmus+», le programme de l'Union européenne pour l'éducation, la formation, la jeunesse et le sport ou un autre service à l'étranger au sens de l'art. 5 de la Loi sur le service volontaire allemand (Bundesfreiwilligendienstgesetz), ou encore effectuée un service volontaire de développement «weltwärts» (offrant une ouverture sur le monde) au sens de la directive du Ministère fédéral de la Coopération économique et du Développement en date du 1er août 2007, un service volontaire intergénérationnel au sens de l'art. 2 al. 1a du Livre VII du Code social (SGB VII) ou encore un service volontaire international pour la jeunesse au sens de la directive du Ministère fédéral de la Famille, des Personnes âgées, de la Femme et de la Jeunesse en date du 20 décembre 2010 (J.O. GMBL. p. 1778) ou un service volontaire allemand au sens de la Loi sur le service volontaire allemand;
- n'est pas en mesure de commencer ou de poursuivre sa formation professionnelle par manque d'une place de formation.
- Vous bénéficiez également de l'allocation familiale pour tout enfant jusqu'à 21 ans révolus qui est sans travail et est inscrit comme demandeur d'emploi auprès d'une agence pour l'emploi.

Quel est le montant de l'allocation familiale?

Elle s'élève par mois à:

- 194 EUR pour le premier et le deuxième enfant;
- 200 EUR pour le troisième enfant;
- 225 EUR pour le quatrième enfant et chaque enfant suivant.

L'octroi des allocations familiales ne dépend pas du revenu des parents.

En vertu de la péréquation des avantages accordés aux familles, c'est soit le régime de l'allocation familiale sous forme de bonification fiscale, soit celui de l'abattement fiscal pour enfants à charge et de l'abattement fiscal pour la garde d'enfants et l'éducation ou la formation qui est appliqué. Pour l'année en cours, l'allocation familiale est versée. Puis, au moment d'établir l'assiette de l'impôt sur le revenu, le fisc vérifie d'office si une imposition conforme à la constitution est bien garantie par le paiement de l'allocation familiale (en d'autres termes, si l'excédent d'impôt payé par les parents n'a pas été remboursé de cette manière). Si tel n'est pas le cas, l'abattement fiscal pour enfants à charge ainsi que l'abattement fiscal pour la garde d'enfants et l'éducation ou la formation sont retirés du revenu imposable et les allocations familiales qui ont été payées sont déduites du montant de ces abattements. En revanche, le régime de l'allocation familiale reste d'application si cela est plus avantageux pour les parents.

La caisse de prestations familiales instituée auprès de votre agence pour l'emploi (si l'employeur est un service public, sa caisse de prestations familiales) vous montrera comment procéder.

Les allocations familiales sont servies par les caisses de prestations familiales instituées auprès des agences pour l'emploi ou auprès de l'employeur, si ce dernier est un service public.

Réglementation pour les cas particuliers

Dans certaines conditions, les parents continuent de percevoir les allocations familiales même quand leurs enfants ont dépassé l'âge de 25 ans révolus.

Dans le cas d'enfants handicapés, incapables de subvenir eux-mêmes à leurs besoins en raison de leur handicap, les parents continuent de toucher des allocations familiales au-delà des 25 ans de leur enfant, à condition que son handicap soit survenu avant cet âge.

Les orphelins de père et de mère perçoivent des allocations familiales d'un montant mensuel de 192 EUR à titre personnel, si personne d'autre n'a droit à une allocation familiale ou à une autre prestation comparable à leur titre. Il en va de même des enfants ignorant le lieu de séjour de leurs parents.

Législation

Vous trouverez les bases juridiques correspondantes dans la Loi relative à l'impôt sur le revenu (Einkommensteuergesetz) et dans la Loi fédérale sur les allocations familiales (Bundeskindergeldgesetz).

Informations

Pour de plus amples informations en matière d'allocations familiales, adressez-vous aux caisses de prestations familiales des agences pour l'emploi.

Le site Internet de l'Agence fédérale pour l'emploi (www.arbeitsagentur.de) offre une multitude de formulaires et indique où se trouvent les caisses de prestations familiales.

L'abattement fiscal pour enfants à charge et l'abattement fiscal pour la garde d'enfants et l'éducation ou la formation

Si le paiement des allocations familiales ne suffit pas à garantir l'exonération fiscale du minimum vital de l'enfant, l'abattement fiscal pour enfants à charge (4.788 EUR par an) et l'abattement fiscal pour la garde d'enfants et l'éducation ou la formation (2.640 EUR par an) sont à déduire du revenu. Les allocations familiales déjà versées seront déduites de l'effet de ces abattements fiscaux sur l'impôt à payer. Au moment d'établir l'assiette de l'impôt, le fisc vérifie si l'allocation familiale suffit à garantir l'exonération fiscale du minimum vital de l'enfant prévue par le droit constitutionnel.

Le revenu parental

Le revenu parental représente un soutien important aux familles pendant les premiers mois suivant la naissance de leur enfant. Il remplace le revenu issu du travail disparaissant à la naissance de l'enfant. Avec le revenu parental, les pères et mères peuvent plus facilement interrompre leur activité professionnelle ou la restreindre provisoirement afin d'avoir du temps pour leur enfant.

Conditions d'octroi

Ont droit au revenu parental les mères et les pères qui:

- s'occupent eux-mêmes de leurs enfants et assurent leur éducation après la naissance;
- ne travaillent pas plus de 30 heures par semaine;
- vivent sous le même toit que les enfants;
- séjournent en Allemagne ou résident habituellement dans ce pays.

Les conjoints ou les partenaires s'occupant de l'enfant après la naissance, même si celui-ci n'est pas le leur, peuvent percevoir le revenu parental suivant les mêmes critères.

Le revenu parental est également servi pour les enfants adoptés et pour les enfants pris en garde dans l'objectif de l'adoption lors de la prise en charge de l'enfant dans le foyer. Le droit cesse dès lors que l'enfant a 8 ans révolus. En cas de maladie grave, de handicap grave ou de décès des parents, des membres de la famille jusqu'au troisième degré (arrière-grands-parents, grands-parents, oncles et tantes ainsi que frères et sœurs) et leurs conjoints ou partenaires peuvent percevoir le revenu parental.

N'ont pas droit au revenu parental les couples de parents ou autres couples prévus par la loi qui ont disposé ensemble d'un revenu imposable de plus de 500.000 EUR dans l'année civile ayant précédé la naissance de leur enfant. Ce plafond est de 250.000 EUR pour les personnes assurant seules l'éducation d'enfants.

Les ressortissants d'États membres de l'UE/EEE et de Suisse ont, en vertu du droit de l'UE, en règle générale droit au revenu parental tout comme les Allemands s'ils exercent une activité professionnelle en Allemagne ou, s'ils n'exercent pas d'activité professionnelle, s'ils vivent en Allemagne.

Les autres étrangers y ont droit si leur séjour en Allemagne est selon toute probabilité durable en vertu de leur titre de séjour et de leur accès au marché du travail. Quiconque possède un permis d'établissement remplit parfaitement ces critères. Quiconque est en possession d'un permis de séjour remplit les critères ouvrant un droit uniquement s'il ou elle est ou était aussi en droit de travailler en Allemagne. Quiconque possède un permis de séjour pour cas de rigueur, au bénéfice de la protection temporaire, en cas de suspension du renvoi ou en raison de l'existence d'obstacles à la sortie peut percevoir le revenu parental seulement après un séjour en Allemagne de trois ans et en présence d'une relation de travail ou en cas de perception de l'allocation de chômage.

Montant et durée d'octroi du revenu parental

Le revenu parental remplace le revenu issu du travail perçu l'année avant la naissance par celui des parents qui va s'occuper de l'enfant et disparaissant après la naissance.

Chaque parent a droit à son montant pendant deux mois minimum et douze mois maximum. Ensemble, les parents ont par principe droit à douze mensualités qui sont versées pour les mois d'âge de l'enfant. Deux mois supplémentaires viennent s'y ajouter lorsque les parents ont tous deux recours au revenu parental et que le revenu issu du travail diminue pendant deux mois d'octroi (mois partenaires).

Il remplace le revenu disparaissant après la naissance à raison de 65% si le revenu antérieur était égal ou supérieur à 1.240 EUR, il augmente progressivement de 65% à 67% si le revenu antérieur était compris entre 1.240 EUR et 1.220 EUR et il est de 67% si le revenu antérieur était compris entre 1.200 et 1.000 EUR. Pour les personnes ayant un revenu issu du travail inférieur à 1.000 EUR avant la naissance de l'enfant, le taux de remplacement est rehaussé graduellement pour atteindre 100%. Plus le revenu est faible, et plus le taux de substitution est élevé. Le revenu parental est compris entre 300 EUR et 1.800 EUR.

Tous les parents ayant droit au revenu parental perçoivent au minimum 300 EUR même s'ils ne travaillaient pas avant la naissance. Les familles comptant plusieurs enfants peuvent percevoir un bonus de 10% du revenu parental auquel elles ont droit, avec un montant minimum de 75 EUR par mois. En cas de naissances multiples, le revenu parental augmente de 300 EUR pour le deuxième enfant et chaque enfant supplémentaire.

Le revenu parental «plus» s'adresse surtout aux parents qui souhaitent reprendre le travail plus tôt. Ils peuvent ainsi percevoir le revenu parental plus longtemps et tirer le meilleur profit de leur budget «revenu parental». Le revenu parental «plus» est calculé comme le revenu parental. Il a toutefois un montant mensuel maximal correspondant à la moitié du revenu parental auxquels auraient droit les parents sans revenu à temps partiel après la naissance de l'enfant. Par contre, le revenu parental «plus» est versé pour une période deux fois plus longue, un mois de revenu parental devenant deux mois de revenu parental «plus». Le revenu parental «plus» a un montant minimum de 130 EUR et un montant maximum de 900 EUR. Il peut ainsi être perçu au-delà des 14 mois de l'enfant. Les parents peuvent aussi allonger la durée d'octroi de leur revenu parental avec le revenu parental «plus», qu'ils travaillent à temps partiel pendant qu'ils le perçoivent ou non. La nouvelle réglementation s'applique aussi aux pères et mères élevant seuls un enfant qui perçoivent un revenu issu de leur travail à temps partiel et les mois de revenu parental «plus», de sorte qu'ils peuvent s'occuper plus longtemps de leur enfant, c'est-à-dire au-delà des 14 mois de celui-ci tout en restant en contact avec le monde de travail. Le revenu parental «plus» peut également être perçu par les pères et mères séparés élevant leur enfant et leur permet ainsi de mieux concilier vie professionnelle et vie familiale.

Les naissances multiples entraînent un revenu parental accru.

Les parents peuvent choisir entre le revenu parental normal et le revenu parental «plus», ou combiner les deux.

Le revenu parental «plus» est complété par un bonus de partage. Si les deux parents travaillent parallèlement entre 25 et 30 heures par semaine pendant quatre mois consécutifs, chacun d'entre eux a droit à quatre mois supplémentaires de revenu parental «plus». Les pères et les mères séparés qui prennent simultanément du temps partiel en tant que parents peuvent aussi bénéficier du bonus de partage de quatre mois supplémentaires de revenu parental «plus». Les pères et mères élevant seuls un enfant ont aussi droit à ce bonus s'ils travaillent entre 25 et 30 heures par semaine pendant quatre mois consécutifs.

Le revenu parental est considéré comme revenu à part entière et, à ce titre, il est déduit de l'allocation de chômage II, de l'aide sociale et de la majoration pour enfants. Ont toutefois droit à un montant exonéré de ladite déduction les bénéficiaires du revenu parental qui travaillaient avant la naissance de l'enfant. Cette exonération est fonction du revenu antérieur et elle est plafonnée à 300 EUR pour le revenu parental de base et à 150 EUR pour le revenu parental «plus». Le revenu parental n'est pas déduit des prestations susmentionnées à concurrence de cette somme, et est donc disponible en plus.

Législation

Vous trouverez les bases juridiques du revenu parental et du congé parental d'éducation dans la Loi sur le revenu parental et le congé parental d'éducation (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz) du 5 décembre 2006 (J.O.: BGBl. I, p. 2748), modifiée en dernier lieu par l'article 6 de la Loi du 23 mai 2017 (J.O. : BGBl. I, p. 1228). De plus amples informations vous sont fournies par les brochures «Elterngeld» (Revenu parental), «ElterngeldPlus und Elternzeit» (Revenu parental «plus» et congé parental d'éducation) et «Das Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz» (La Loi sur le revenu parental et le congé parental d'éducation).

Informations

Ce sont les services désignés par les gouvernements des Länder qui sont responsables de l'exécution de la loi:

- Bade-Wurtemberg: Landeskreditbank (Banque régionale de crédit);
- Bavière: Zentrum Bayern Familie und Soziales (centre de la famille et des affaires sociales de Bavière);
- Mecklembourg-Poméranie occidentale : Landesamt für Gesundheit und Soziales (bureau régional de la famille et des affaires sociales);
- Hesse: Ämter für Versorgung und Soziales (offices de l'indemnisation sociale);
- Berlin et Rhénanie-Palatinat: Jugendamt (bureau de l'aide à la Jeunesse);
- Brandebourg: les districts et les villes tenant lieu de district;
- Hambourg: les bureaux de district;
- Brême: Amt für Soziale Dienste (bureau des services sociaux);
- Bremerhaven: Amt für Jugend, Familie und Frauen (bureau de la jeunesse, de la famille et de la femme);
- Basse-Saxe: les villes tenant lieu de district, certaines villes et communes appartenant à des districts, les villes et communes de la région de Hanovre et les districts ruraux;
- Rhénanie du Nord-Westphalie, Saxe, Saxe-Anhalt et Thuringe: les districts/districts ruraux et villes tenant lieu de district;
- Sarre: le bureau du revenu parental;
- Schleswig-Holstein: les antennes du Landesamt für Soziale Dienste (bureau régional des services sociaux).

Pour de plus amples informations, contactez le service téléphonique d'information du Ministère fédéral de la Famille, des Personnes âgées, de la Femme et de la Jeunesse au +49 30 201 791 30, du lundi au jeudi de 9 h à 18 h. E-mail: info@bmfjservice.bund.de

Le congé parental d'éducation

Les parents exerçant une activité salariée peuvent prétendre à un congé parental d'éducation lorsque:

- l'enfant vit sous leur toit,
- ils prennent en charge et éduquent eux-mêmes leur enfant,
- ils n'exercent aucune activité professionnelle, ou aucune activité excédant 30 heures hebdomadaires.

Il est possible de prendre un congé parental d'éducation entre la naissance et le troisième anniversaire de l'enfant. Ce congé parental étant pris en compte séparément pour chacun des parents, il peut être réparti entre les deux ou encore être pris simultanément. Il convient de noter que la prise simultanée du congé parental d'éducation par les deux parents n'ouvre pas droit à l'allocation de chômage II ni à l'aide sociale, les parents doivent donc subvenir eux-mêmes à leurs besoins durant cette période. La demande de congé parental d'éducation avant le troisième anniversaire de l'enfant doit être notifiée à l'employeur sept semaines avant la date du congé.

Chacun des parents optant pour le congé parental d'éducation peut continuer à travailler pendant cette période à raison de 30 heures par semaine en moyenne mensuelle s'il remplit les conditions. Pour qu'un parent ait droit à exercer un emploi à temps partiel d'une durée de 15 à 30 heures, la relation de travail doit déjà exister depuis plus de six mois, l'entreprise doit employer régulièrement plus de 15 personnes, la durée hebdomadaire du travail doit être réduite à ce temps partiel pendant au moins deux mois et aucune raison pressante au sein de l'entreprise ne doit s'opposer à cette mesure. La demande de réduction du temps de travail devra être notifiée à l'employeur au plus tard 7 semaines avant la date envisagée pour le commencement de l'activité à temps partiel si le temps partiel dans le cadre du congé parental d'éducation doit être pris entre la naissance et le troisième anniversaire de l'enfant.

À l'issue du congé parental d'éducation, la relation de travail reprendra automatiquement sa forme initiale.

La protection contre le licenciement court à compter du jour de la notification du congé parental d'éducation, au plus tôt toutefois une semaine avant le début du délai de notification.

Les dispositions suivantes s'appliquent aux naissances jusqu'au 30 juin 2015:

Avec l'accord de l'employeur, un an maximum du congé parental d'éducation peut être reporté à une période entre le 3ème et le 8ème anniversaire de l'enfant. Cette possibilité de report est également ouverte aux deux parents. Tout report du congé parental d'éducation doit être notifié sept semaines avant la date prévue pour son début. Il en est de même pour un travail à temps partiel pendant cette période.

La Loi visant l'introduction du revenu parental «plus» avec bonus de partage et d'un congé parental plus flexible dans le cadre de la loi sur le revenu parental et le congé parental d'éducation (Gesetz zur Einführung des Elterngeld Plus mit Partnerschaftsbonus und einer flexibleren Elternzeit im Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz) est entrée en vigueur le 1er janvier 2015. Les dispositions relatives au congé parental d'éducation s'en trouvent modifiées comme suit pour les parents d'enfants nés à compter du 1er juillet 2015:

Les parents ont le droit de prendre 24 mois de congé parental non utilisé entre les 2 ans révolus et les 8 ans révolus de l'enfant. Pendant cette période, le délai de notification passe à treize semaines. Ce délai de notification plus long s'applique également à une activité à temps partielle au titre d'un congé parental d'éducation pendant cette période.

De surcroît, l'accord de l'employeur pour une demande de travail à temps partiel de la personne ayant droit au congé parental d'éducation est réputé donné si l'employeur ne le refuse pas dans un délai donné.

Législation

Vous trouverez les bases juridiques du revenu parental et du congé parental d'éducation dans la Loi sur le revenu parental et le congé parental d'éducation (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz) du 5 décembre 2006 (J.O.: BGBl. I, p. 2748),, modifiée en dernier lieu par l'article 6 alinéa 9 de la Loi du 23 mai 2017 (J.O.: BGBl. I, p. 1228

De plus amples informations vous sont fournies par la brochure «Elterngeld, ElterngeldPlus und Elternzeit» (Revenu parental, revenu parental «plus» et congé parental d'éducation).

L'avance sur pension alimentaire

Prestations/conditions

Les parents isolés bénéficient d'un soutien particulier de l'État grâce à la Loi relative aux avances sur pension alimentaire et aux allocations de soutien familial qui garantit la pension alimentaire minimale des enfants diminuée de l'allocation familiale accordée pour un premier enfant lorsque les enfants ne perçoivent pas de pension alimentaire de la part de l'autre parent, ou la perçoivent irrégulièrement.

Le montant mensuel de l'avance sur pension alimentaire s'élève à:

- 154 EUR jusqu'à 6 ans;
- 205 EUR à partir de 6 ans et jusqu'à 12 ans ;
- 273 EUR de 12 à 17 ans.

Depuis le 1er juillet 2017, les enfants de 12 à 17 ans ont aussi droit à l'avance sur pension alimentaire à condition que l'enfant n'ait pas besoin de prestations au titre du Livre II du Code social (SGB II) ou que le parent élevant seul l'enfant et qui perçoit une prestation au titre du Livre II du Code social ait un revenu propre brut d'au moins 600 EUR.

Pour les enfants de moins de 12 ans, le revenu du parent élevant seul l'enfant ne joue aucun rôle.

L'avance sur pension alimentaire est versée sans limite de temps depuis le 1er juillet.

Important:

Le droit aux avances sur pension alimentaire est exclu si le parent élevant seul l'enfant s'abstient de fournir des renseignements sur le parent débiteur de la pension alimentaire ou s'il n'apporte pas son concours dans la recherche de paternité ou lors de la détermination du lieu de séjour du parent débiteur. Il en va de même si les parents vivent ensemble ou si le parent élevant seul l'enfant se marie.

La majoration pour enfants

Les parents ont droit à la majoration pour enfants (Kinderzuschlag) pour tout enfant non marié de moins de 25 ans révolus vivant sous leur toit:

- s'ils perçoivent les allocations familiales pour l'enfant en question;
- si leur revenu atteint le seuil de revenu minimum de 900 EUR bruts pour les couples et de 600 EUR bruts pour les parents isolés;
- si leur revenu ne dépasse pas le plafond de revenu maximal, et
- si la majoration pour enfants permet d'éviter que l'enfant ne soit dans le besoin au sens du Livre II du Code social (SGB II).

La majoration pour enfants est plafonnée à 170 EUR par mois, et par enfant et couvre le besoin moyen de l'enfant en conjonction avec les allocations familiales d'un montant mensuel de 194 EUR. Quant au besoin de l'enfant en termes de logement, l'allocation de logement à laquelle ont droit les parents s'ils sont dans la fourchette de revenu doit être prise en compte.

La majoration pour enfants est versée dans son intégralité lorsque le revenu ou le patrimoine des parents est égal à leur propre minimum de base. La prise en compte du revenu commence dès que le plafond est atteint. Pour les revenus situés entre le seuil de revenu minimum et le plafond de revenu, la majoration pour enfants est par principe versée dans son intégralité. Ce n'est que lorsque le plafond de revenu est atteint que le revenu au-dessus de celui-ci est pris en compte pour le versement de la majoration pour enfants; les revenus issus du travail sont imputés à 50%, les autres revenus à 100%. Les montants à prendre en compte au titre du revenu et du patrimoine sont par principe fonction des dispositions en vigueur pour l'allocation de chômage II.

Le revenu d'un enfant doit toujours être imputé intégralement à la majoration pour enfants, puisqu'il contribue à diminuer le besoin.

Depuis le 1er janvier 2011, les bénéficiaires de la majoration pour enfants ont droit, en plus de la prestation pécuniaire dont le montant reste plafonné à 170 EUR, à sept prestations d'éducation et de participation pour les activités suivantes:

- excursions d'une journée organisées par l'école ou l'établissement d'accueil (frais réellement encourus);
- voyages de plusieurs jours organisés par l'école ou l'établissement d'accueil (frais réellement encourus);
- fournitures scolaires (100 EUR par an au total);
- transport scolaire pour écoliers et écolières (frais réellement encourus);
- soutien scolaire (frais réellement encourus);
- participation à un repas de midi en collectivité à l'école ou dans l'établissement d'accueil (subvention);
- participation à la vie sociale et culturelle de la communauté (club de sport ou école de musique par exemple, jusqu'à 10 EUR par mois).

Vous pouvez demander la brochure gratuite «ElterngeldPlus und Elternzeit» (Revenu parental «plus» et congé parental d'éducation) qui comprend également des informations sur le revenu parental auprès du service d'envoi de publications du gouvernement fédéral à l'adresse suivante: Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 48 10 09, 18132 Rostock. Des informations supplémentaires sont disponibles sur le site www.bmfsfj.de.

Le bouquet éducation et participation se compose de prestations en espèces et de prestations en nature. Le but des prestations en nature est d'assurer que les enfants et les jeunes bénéficient vraiment de l'encouragement individuel qu'elles offrent. La prise en charge uniforme à guichet unique par les institutions débitrices au niveau communal permet d'avoir une mise en œuvre locale ciblée, proche des citoyens et garantit une gestion efficiente sans obstacles bureaucratiques. C'est ainsi que l'objectif, à savoir que les prestations parviennent vraiment aux enfants, peut être atteint.

La demande de majoration pour enfants doit être déposée par écrit auprès de la caisse de prestations familiales locale compétente. La demande de prestations d'éducation et de participation doit être déposée auprès des institutions débitrices au niveau communal qui ont été mandatées par les Länder.

Vous trouverez les bases juridiques correspondantes dans la Loi fédérale sur les allocations familiales (Bundeskindergeldgesetz).

Pour de plus amples informations sur la majoration pour enfants (Kinderzuschlag), adressez-vous aux caisses de prestations familiales des agences pour l'emploi.

Législation

Vous trouverez les bases juridiques de cette question dans la Loi fédérale sur les allocations familiales (Bundeskindergeldgesetz, en abrégé BKGG) dans la version publiée le 28 janvier 2009 (J.O.: BGBl. I, p. 142, 3177), amendée en dernier lieu par l'article 8 de la loi du 23 juin 2017 (J.O.: BGBl. I, p. 1682).

Informations

Vous obtiendrez des informations auprès des caisses de prestations familiales des agences pour l'emploi. C'est aussi auprès d'elles que vous devez déposer votre demande. La brochure intitulée «Kinderzuschlag» (majoration pour enfants) peut être obtenue gratuitement auprès du Ministère fédéral de la Famille, des Personnes âgées, de la Femme et de la Jeunesse à l'adresse suivante: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 53107 Bonn.

Protection de la maternité

Comment assurer à toutes les femmes un niveau uniforme de protection de la santé pendant la grossesse, après l'accouchement et pendant la période d'allaitement ?

La nouvelle Loi sur la protection de la maternité (Loi visant la protection des mères au travail, pendant la formation et pendant les études) qui est entrée en vigueur au 1er janvier 2018 y répond.

L'objectif de la nouvelle législation est de garantir aux femmes enceintes et allaitantes la meilleure protection possible de leur santé, d'éviter les désavantages dans la vie professionnelle, de renforcer l'autodétermination des femmes – dans l'optique de la poursuite de l'activité professionnelle pendant la grossesse et l'allaitement – ainsi que de faire face aux discriminations.

La refonte de la Loi sur la protection de la maternité (Mutterschutzgesetz) a notamment procédé à des réajustements au niveau de la protection de la santé et de la protection contre le licenciement ainsi qu'à des élargissements du domaine d'application de la loi.

Qui a droit à la protection de la maternité ?

La Loi sur la protection de la maternité s'applique à toutes les femmes enceintes et allaitantes qui exercent une activité salariée. Ce qui est déterminant pour bénéficier de la protection est que la femme exerce cette activité salariée en République fédérale d'Allemagne et/ou que cette activité salariée relève du droit allemand. La nationalité et la situation familiale ne jouent aucun rôle.

La protection de la maternité s'applique donc :

- aux titulaires d'un emploi à plein temps;
- aux titulaires d'un emploi à temps partiel;
- aux travailleuses employées dans des ménages;
- aux travailleuses à domicile;
- aux contractuelles de la fonction publique;
- aux femmes exerçant une activité minime;
- aux femmes en cours de formation;
- aux stagiaires (art. 26 de la Loi sur la formation professionnelle);
- aux écolières et aux étudiantes (se reporter à la section «Écolières et étudiantes»);
- aux femmes handicapées employées dans un atelier pour personnes handicapées;
- aux femmes effectuant un service volontaire (Loi sur le service volontaire, Loi sur le service volontaire allemand);
- aux femmes qui, en tant que membres d'une congrégation religieuse, en tant que diaconesses ou en tant que membres d'une communauté semblable exercent une activité pour celle-ci dans le cadre d'un poste permanent ou sur la base d'un contrat avec la congrégation ou la communauté;
- aux personnes assimilées à des travailleuses.

Une réglementation particulière est d'application pour les fonctionnaires, les juges et les femmes soldats. Les dispositions en sont fixées par le droit régissant les fonctionnaires et par le Règlement relatif à la protection de la maternité des femmes soldats.

Protection de la maternité – présentation d'ensemble

En tant que femme enceinte ou allaitante, vous bénéficiez d'une protection particulière contre les risques encourus au poste de travail ainsi que contre le licenciement pour une période allant du début de la grossesse à la fin du quatrième mois suivant l'accouchement. Les congés de maternité de six semaines avant l'accouchement et d'au moins huit semaines après celui-ci vous offrent la possibilité d'organiser votre quotidien avec votre enfant et de vous reposer sans avoir à supporter le poids d'une activité professionnelle. En cas de naissance prématurée ou de naissances multiples, le congé de maternité obligatoire est prolongé et passe à douze semaines après l'accouchement. En cas de naissance avant terme, la période qui a précédé le

terme vient s'ajouter au congé postnatal obligatoire. Si un handicap est constaté sur votre enfant au cours des huit semaines après l'accouchement, vous pouvez déposer une demande de prolongement des huit semaines à douze semaines.

Durant ces congés de maternité, vous percevez l'allocation de maternité versée par votre caisse d'assurance maladie légale ou par le Centre de l'allocation de maternité auprès de l'Institut fédéral des assurances (Mutterschaftsgeldstelle beim Bundesversicherungsamt (Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn) sous certaines conditions ainsi que le complément à l'allocation de maternité versé par votre employeur. Le droit ou non à l'allocation de maternité est fonction du type de votre assurance maladie et de la couverture qu'elle offre.

Après la naissance de l'enfant, les parents peuvent déposer une demande de revenu parental ou de revenu parental «plus» et bénéficier d'un congé parental d'éducation, simultanément s'ils le désirent. Pour de plus amples informations, reportez-vous au chapitre intitulé «Allocations familiales, revenu parental, congé parental d'éducation, avance sur pension alimentaire, majoration pour enfants».

À l'exception de l'allocation de maternité et du complément à l'allocation de maternité versé par l'employeur, les prestations sociales prévues par la loi au titre de l'enfant ne sont servies qu'à compter de la naissance de celui-ci. S'il vous arrivait de vous trouver dans le besoin durant votre grossesse, vous pouvez vous adresser au Bureau de consultation pour femmes enceintes (Schwangerenberatungsstelle) le plus proche afin d'y obtenir une aide provenant de la fondation fédérale «Mutter und Kind - Schutz des ungeborenen Lebens» (Mère et enfant - Protection de la vie à naître). Pour pouvoir prétendre à cette aide, vous devez toutefois en faire la demande auprès de cette fondation avant la naissance.

Quelles prestations offre la Loi sur la protection de la maternité?

Prestations financières

Allocation de maternité versée par la caisse d'assurance maladie légale

Durant le congé de maternité pré- et postnatal et le jour de l'accouchement, votre caisse d'assurance maladie légale vous verse une allocation de maternité, à condition que vous soyez affiliée à une caisse d'assurance maladie légale en tant que personne assurée ayant des droits propres (à titre obligatoire ou encore à titre volontaire avec l'option de percevoir des indemnités journalières en cas de maladie).

L'octroi de l'allocation de maternité est en outre lié aux conditions suivantes :

- l'exercice d'une activité salariée ou le statut de travailleuse à domicile,
- la résiliation de votre contrat de travail par l'employeur pendant la grossesse, dans le respect des clauses prévues par la législation.
- si vous êtes assurée au régime légal de l'assurance maladie et que votre contrat de travail ne commence qu'après le début du congé de maternité, vous avez droit à l'allocation de maternité à partir du début de votre contrat de travail.

Si vous êtes affiliée au régime légal de l'assurance maladie publique à titre volontaire et si vos revenus proviennent principalement de l'exercice d'une profession libérale, l'allocation de maternité ne pourra vous être octroyée que si vous avez déclaré à votre caisse d'assurance maladie que votre affiliation devrait inclure en option la perception des indemnités journalières en cas de maladie (déclaration d'option).

Le montant de l'allocation de maternité est calculé sur la base de la rémunération moyenne perçue durant les trois derniers mois civils précédant le congé de maternité, dont auront été déduits les prélèvements obligatoires. Si le calcul du montant est effectué sur une base hebdomadaire, ce sont alors les 13 dernières semaines précédant le congé de maternité prénatal qui seront prises en compte. Le montant maximum de l'allocation de maternité est de 13 euros par jour civil.

En raison de modifications apportées à la Loi relative aux contrats d'assurance (Versicherungsvertragsgesetz), les femmes qui ont souscrit une assurance privée pour indemnités journalières de maladie ont droit au versement de l'indemnité journalière de maladie convenue pendant le congé de maternité. Les femmes enceintes et accouchées peuvent alors décider sans se soucier des questions financières si et dans quelle mesure elles souhaitent exercer une activité professionnelle pendant cette période.

Allocation de maternité versée par l'Office fédéral des assurances sociales (Bundesversicherungsamt)

Si vous êtes salariée sans être vous-même membre d'une caisse d'assurance maladie publique (par exemple parce que vous êtes assurée auprès d'une caisse d'assurance maladie privée ou d'une caisse d'assurance maladie légale au titre d'ayant-droit familial), le montant total de l'allocation de maternité s'élève alors à 210 euros au maximum. L'organisme compétent pour le versement de l'allocation est l'Office fédéral des assurances sociales à Bonn (service des allocations de maternité).

Complément à l'allocation de maternité versé par l'employeur

Si le salaire journalier net moyen est supérieur à 13 euros (ce qui correspond à un salaire mensuel net de 390 euros), votre employeur devra alors vous verser la différence en tant que complément à l'allocation de maternité. Cette disposition s'applique également aux femmes exerçant une activité minime, dans la mesure où elles perçoivent un salaire net supérieur à 390 euros.

Salaire garanti en cas de maternité

En cas de changement de poste ou d'interdiction d'emploi (partielle ou totale) au titre de la protection de la maternité en dehors du congé de maternité, vous n'avez à craindre aucun préjudice financier. Vous avez droit à ce que l'on appelle le salaire garanti en cas de maternité (Mutterschutzlohn) et percevez ainsi en règle générale votre rémunération moyenne d'avant la grossesse.

Quand commence la protection contre le licenciement et combien de temps dure-t-elle?

Protection contre le licenciement

Durant la grossesse et jusqu'à l'expiration d'un délai de quatre mois après l'accouchement, votre employeur n'a par principe pas le droit de rompre le contrat de travail. Un licenciement suite à une fausse couche après la douzième semaine de grossesse est également inadmissible.

Une dérogation à cette règle est possible dans certains cas exceptionnels si l'autorité de contrôle compétente (en règle générale, l'inspection du travail et de la main-d'œuvre: Gewerbeaufsichtsamt, ou les Services pour la sécurité et la santé sur les lieux de travail: Amt für Arbeitsschutz) a donné son accord au préalable.

Cette interdiction de résiliation du contrat de travail ne s'applique qu'à l'employeur. Quant à vous, vous êtes en droit de résilier votre contrat de travail en cours de grossesse ou pendant le congé postnatal obligatoire à l'issue de celui-ci sans devoir observer de préavis. Si vous souhaitez toutefois le résilier plus tôt ou plus tard, vous êtes tenue d'observer le préavis légal ou convenu.

Vous continuez à bénéficier d'une protection particulière contre le licenciement si vous prenez un congé parental d'éducation à l'issue du congé de maternité. Votre employeur ne peut résilier le contrat de travail à partir de la date à laquelle vous avez demandé à bénéficier du congé parental (toutefois huit semaines maximum avant le début de ce congé ou treize semaines maximum en cas de congé pris après les 3 ans révolus de l'enfant) et pendant ledit congé. Des dérogations à cette règle sont admises dans des cas exceptionnels.

Vous-même avez deux possibilités de résilier votre contrat de travail : à l'issue du congé parental d'éducation, en observant un préavis de trois mois, ou à une autre date pendant ou après le congé parental, en observant, selon votre cas, le préavis légal ou celui prévu à la convention collective ou le préavis contractuel.

Aménagement du poste de travail

Que vous soyez enceinte ou allaitiez, vous avez droit à un poste de travail où vous et votre enfant êtes suffisamment protégés des risques auxquels votre vie et votre santé pourraient être exposées.

Évaluation des risques et interdiction d'emploi prononcée par l'entreprise

Peu importe qu'il emploie actuellement une femme enceinte ou allaitante, votre employeur est tenu, dans le cadre de l'évaluation générale des risques en vertu de la Loi sur la sécurité et la santé au travail (Arbeitsschutzgesetz), d'examiner également les risques auxquels est exposée ou peut être exposée une femme enceinte ou allaitante ou son enfant et de déterminer si des mesures de protection sont nécessaires en vertu du droit sur la protection de la maternité.

Une fois que vous lui avez fait part de votre grossesse ou de votre allaitement, votre employeur doit prendre les mesures de protection nécessaires pour vous et pour votre enfant (à naître) sur la base de l'évaluation des risques déjà effectuée eu égard aux conditions de travail.

En présence d'un risque, l'employeur doit regarder si ce risque peut être exclu par un aménagement du poste de travail ou par un transfert à un autre poste. Si l'aménagement du poste de travail ou le transfert n'est pas possible, l'employeur doit prononcer une interdiction d'emploi (interdiction d'emploi prononcée par l'entreprise).

Votre employeur ne doit pas vous laisser effectuer de tâches comportant un risque qu'il serait irresponsable de vous faire courir, risque notamment dû :

- à des substances dangereuses (substances chimiques, par exemple substances risquant de porter atteinte à la fertilité);
- à des substances biologiques (virus, bactéries, champignons);
- à des effets physiques (plus particulièrement rayonnements ionisants et non ionisants);
- à un milieu de travail pénible (dans des salles sous pression par exemple);
- à des tâches exigeant une cadence de travail donnée (travail aux pièces et à la chaîne notamment);
- à la manutention de charges;
- à des tâches où la posture ne peut être changée;
- à une sollicitation corporelle physique (extensions, flexions, position accroupie, position penchée, positions forcées);
- à une activité sur des moyens de transport;
- à un risque d'accident (glissade, chute);
- au port de tenues de protection lourdes;
- à des tâches sollicitant les pieds;
- à des travaux sous pressurisation, dans une atmosphère raréfiée en oxygène, dans une mine de fond, ou
- à des heures supplémentaires, à un travail les dimanches, les jours fériés et à un travail de nuit.

Des dérogations à l'interdiction d'emploi peuvent être envisagées pour le travail entre 20h et 22h ainsi que les dimanches et jours fériés si vous vous déclarez expressément d'accord pour travailler, si rien ne s'y oppose sur présentation d'un certificat médical et si votre employeur en a fait la demande entière auprès de l'autorité chargée de la sécurité et de la santé au travail (procédure d'autorisation administrative). Vous pouvez revenir à tout moment, avec effet futur, sur votre accord pour travailler entre 20h et 22h ou les dimanches et jours fériés.

Interdiction d'emploi prononcée par un médecin

Une interdiction d'emploi peut être formulée à votre encontre un médecin constate lors d'un examen que votre santé ou celle de votre enfant est menacée – indépendamment des interdictions d'emploi prononcées par l'entreprise – si vous continuez d'exercer votre activité telle que vous l'avez exercée auparavant.

En présence d'une interdiction d'emploi prononcée par l'entreprise et/ou par un médecin, que celle(s)-ci soi(en)t totale(s) ou partielle(s) et dans l'impossibilité d'aménager le poste de travail ou de vous transférer à un autre poste, vous ne pouvez plus être employée pour le temps de travail initialement prévu. Vous n'encourez aucune perte de rémunération dans le cas d'une telle interdiction car votre employeur est tenu de vous verser un salaire garanti en cas de maternité (cf. «Prestations financières, salaire garanti en cas de maternité»). Les frais encourus (salaire garanti en cas de maternité et complément à l'allocation de maternité versé par l'employeur) sont intégralement remboursés à l'employeur dans le cadre d'un système de répartition.

Ecolières et étudiantes

Les écolières et étudiantes entrent dans le champ d'application de la Loi sur la protection de la maternité si leur lieu de formation (école et établissement d'enseignement supérieur par exemple) fixe de manière contraignante le lieu, l'heure et le déroulement d'enseignements ou si les écolières et les étudiantes effectuent un stage obligatoire dans le cadre de leur formation scolaire ou supérieure.

Cette catégorie de personnes est soumise à des conditions particulières dans le domaine des réglementations sur le temps de travail relatives au droit régissant la protection de la maternité:

Le **congé postnatal** n'est **pas obligatoire** pour les écolières ou les étudiantes contrairement aux salariées. Leur établissement scolaire ou d'enseignement supérieur peut les laisser poursuivre leur scolarité ou leur formation de l'enseignement supérieur si celles-ci l'exigent expressément de leur établissement. Elles peuvent revenir à tout moment sur l'accord donné. Contrairement aux salariées également, les écolières et les étudiantes ont le droit de travailler entre 20h et 22h ainsi que les dimanches et jours fériés si elles donnent leur accord pour le faire et si cela est nécessaire pour leur formation. Aucune **procédure d'autorisation administrative** n'est requise. L'école ou l'établissement d'enseignement supérieur doit toutefois informer l'autorité chargée de la protection et de la sécurité sur le lieu de travail de la participation de l'écolière ou de l'étudiante à des manifestations de formation entre 20h et 22h.

Ne sont par principe pas d'application pour les écolières et les étudiantes les dispositions particulières relatives au droit régissant la protection de la maternité qui concernent la protection contre le licenciement et les prestations financières (cf. articles 16 à 23 de la Loi sur la protection de la maternité).

Les écolières et étudiantes n'ayant pas d'emploi sont en général affiliées au régime légal de l'assurance maladie sans droit à une indemnité journalière en cas de maladie et n'ont donc **pas droit à l'allocation de maternité**.

C'est par principe à votre école ou à votre établissement d'enseignement supérieur qu'incombe la responsabilité de veiller à ce que votre protection de la maternité soit garantie.

Si vous avez des questions ou souhaitez obtenir des précisions, vous pouvez vous adresser à l'autorité de contrôle compétente (inspection du travail et de la main-d'œuvre (Gewerbeaufsichtsamt)/ Services pour la sécurité et la santé sur les lieux de travail (Amt für Arbeitsschutz), ce que peut également faire votre école/établissement d'enseignement supérieur peut.

Législation

Vous trouverez les bases juridiques dans la Loi sur la protection de la maternité (Mutterschutzgesetz) ainsi que dans le Livre V du Code social (SGB V). La Loi sur l'assurance maladie des agriculteurs (Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte) contient, elle aussi, des dispositions concernant l'allocation de maternité. Les autorités de contrôle des Länder (les Offices de la santé et de la sécurité au travail, qui, en fonction du Land, sont dénommés « Gewerbeaufsichtamt » ou encore « Arbeitsschutzamt ») surveillent la mise en application de ces lois.

Informations

La brochure gratuite «Leitfaden zum Mutterschutz» (Précis sur la protection de la maternité) est disponible auprès du Ministère fédéral de la Famille, des Personnes âgées, de la Femme et de la Jeunesse. De surcroît, le service téléphonique d'information de ce ministère répond au +49 30 201 79 130 à vos questions sur la Loi sur la protection de la maternité du lundi au jeudi de 9 h à 18 h.

Vous pouvez demander la brochure gratuite «Leitfaden zum Mutterschutz» (Précis sur la protection de la maternité) auprès du service d'envoi de publications du gouvernement fédéral à l'adresse suivante: Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 48 10 09, 18132 Rostock. Des informations supplémentaires sont disponibles sur le site www.bmfsfj.de.

Si vous n'êtes pas assurée auprès d'une caisse d'assurance maladie publique, adressez-vous à l'Office fédéral des assurances sociales, domicilié à l'adresse suivante: Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn.

Si vous êtes sans emploi, l'agence pour l'emploi se chargera de vous conseiller et de vous informer. Selon l'état de vos ressources, vous avez également la possibilité de bénéficier d'un conseil juridique auprès du tribunal d'instance en vertu de la Loi sur l'aide à la consultation juridique (Beratungshilfegesetz).

Promotion de l'emploi

Livre III du Code social – promotion de l'emploi

En République fédérale d'Allemagne, le plus grand nombre possible de femmes et d'hommes doit pouvoir avoir un emploi. La législation sur la promotion de l'emploi (Livre III du Code social - en abrégé SGB III) a donc pour but d'améliorer les perspectives d'emploi des chômeurs et de faciliter l'ajustement de l'offre à la demande sur le marché du travail. L'Agence fédérale pour l'emploi, sise à Nuremberg, et ses agences pour l'emploi locales se chargent de mettre le Livre III du Code social en pratique.

Missions et prestations

Les missions essentielles de l'Agence fédérale pour l'emploi sont notamment les suivantes:

- conseil en matière de marché de l'emploi;
- information professionnelle et orientation professionnelle;
- placement des personnes à la recherche d'un emploi ou d'une place de formation;
- assistance en vue de l'amélioration des perspectives d'emploi;
- promotion de l'insertion professionnelle par d'autres moyens;
- prestations de remplacement de la rémunération.

Les prestations servies par l'Agence fédérale pour l'emploi sont destinées aussi bien aux travailleurs qu'aux employeurs.

Certaines prestations de l'Agence fédérale pour l'emploi ne sont pas contributives; elles vous sont proposées sans condition, donc indépendamment du fait que vous ayez auparavant cotisé à l'assurance chômage ou non. C'est en particulier le cas de l'information professionnelle et de l'orientation professionnelle ainsi que du placement des personnes à la recherche d'un emploi ou d'une place de formation. En revanche, pour bénéficier de certaines autres prestations (l'allocation de chômage par exemple), il faut avoir auparavant été assujéti à l'assurance.

Conseil et placement

Orientation professionnelle

L'orientation professionnelle s'adresse aux jeunes gens et aux adultes. Elle englobe conseils et informations sur le choix de la profession notamment, sur les professions et les conditions requises pour celles-ci, sur les encouragements possibles de la formation professionnelle, sur les mutations importantes du monde du travail, sur la situation et l'évolution du marché de l'emploi et sur la recherche de places de formation et d'emplois.

Les agences pour l'emploi ont une offre d'orientation spéciale destinée aux jeunes gens souhaitant entreprendre des études supérieures. Les conseillers pour bacheliers des agences pour l'emploi, par exemple, offrent des informations sur le choix des études, sur les conditions d'accès et les exigences à remplir pour les différents cursus, sur les perspectives d'emploi et le financement. Ils élaborent, avec les jeunes gens intéressés, des objectifs, des cheminements professionnels possibles et des alternatives à ceux-ci.

Information professionnelle

L'information systématique peut avoir une incidence positive sur la préparation au choix d'une profession et par là même, sur le cheminement professionnel des jeunes gens et des adultes. Elle peut également simplifier le processus de conseil en offrant des informations complètes sur les questions liées au choix de la profession, sur les professions et leurs prérogatives et débouchés, sur les différents types et l'encouragement de la formation professionnelle ainsi que sur les mutations importantes pour le travail se produisant dans les entreprises, les administrations et sur le marché de l'emploi. Répondent à ce propos, notamment, les entretiens à l'école au cours des deux dernières années ou encore les manifestations d'orientation

conduites par exemple par les centres d'information professionnelle (BIZ), mais aussi la documentation sur support informatique et sur papier mise à disposition par l'Agence fédérale pour l'emploi.

Conseil en matière de marché de l'emploi

Le conseil en matière de marché de l'emploi de l'agence pour l'emploi s'adresse aux employeurs et a pour but de leur apporter un soutien pour choisir des candidats aux places de formation et aux emplois vacants. Le conseil concerne notamment la situation et l'évolution du marché de l'emploi et des professions, l'aménagement des postes de travail, les conditions de travail et le temps de travail, la formation et la formation continue en entreprise ainsi que l'insertion des apprentis et des salariés ayant besoin d'un encouragement.

Placement des personnes à la recherche d'une formation et d'un emploi

Toute personne à la recherche d'un emploi parce qu'elle est au chômage, va y être ou souhaite un changement professionnel, peut faire appel aux services de placement de l'agence pour l'emploi. Les jeunes gens à la recherche d'une formation professionnelle ont aussi droit à une assistance. Le placement est la mission clé des agences pour l'emploi. Les autres prestations et aides de la promotion de l'emploi peuvent être accordées uniquement si elles contribuent à une insertion professionnelle sur le marché du travail ou de la formation ou apportent un soutien à celle-ci.

Dès que vous avez connaissance du fait que votre relation de travail va se terminer, vous êtes tenu(e) de vous inscrire personnellement comme demandeur d'emploi auprès de l'agence pour l'emploi. Cette inscription doit avoir lieu au plus tard trois mois avant la fin de la relation de travail. Si le laps de temps entre la communication de la fin de la relation de travail et la fin de celle-ci est inférieur à trois mois, vous êtes tenu(e) de vous inscrire auprès de l'agence pour l'emploi dans les trois jours suivant la communication. Pour que ce délai soit respecté, une inscription par téléphone suffit si l'inscription personnelle est assurée ultérieurement après accord sur la date. Les relations de formation en entreprise ne sont pas soumises à cette obligation d'inscription.

Le dépliant «Übergang von der Schule in die Berufsausbildung» (Le passage de l'école à la formation) (référence A 406) du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales fournit des informations sur les différentes formes de formation.

Prestations d'assistance en matière de placement

Budget placement

Les prestations d'assistance en matière de placement issues du budget placement doivent éliminer les différents obstacles de façon flexible, ciblée et orientée sur les besoins tout en tenant compte des besoins spécifiques de la personne à la recherche d'un emploi et d'une formation. Les personnes à la recherche d'une place de formation, les personnes à la recherche d'un emploi qui sont menacées de chômage ainsi que les chômeurs peuvent bénéficier d'une assistance financée par le budget placement de l'agence pour l'emploi pour la recherche et la prise d'un emploi soumis à cotisations sociales. Le budget placement offre ainsi une grande latitude pour un encouragement individuel, afin de pouvoir accorder différentes aides au cas par cas. C'est la raison pour laquelle le législateur a renoncé à définir en détail les modalités d'encouragement. C'est avec les spécialistes en placement et en conseil de l'agence pour l'emploi ou avec l'institution compétente pour le minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi que les besoins concrets en assistance de la personne et l'aide individuelle à prendre dans le budget placement devront être déterminés au cas par cas.

Peuvent bénéficier d'un encouragement à ce titre:

- les demandeurs d'emploi menacés de chômage et les chômeurs, pour la prise d'un emploi soumis à cotisations sociales;
- les personnes à la recherche d'une place de formation professionnelle;
- les bénéficiaires du minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi, pour la candidature et la prise d'une formation scolaire.

Conditions d'octroi

- L'encouragement doit être nécessaire pour éliminer des obstacles concrets à la candidature et à la prise d'un emploi soumis à cotisations sociales ou d'une formation professionnelle soumise à cotisations sociales.
- Le montant de l'encouragement doit être raisonnable.
- L'employeur ne doit pas accorder de prestations analogues.
- D'autres services publics ne doivent pas être obligés par la loi d'octroyer des prestations analogues.
- La demande d'encouragement financé par le budget placement doit être déposée avant que des coûts ne surviennent.
- L'encouragement par le budget placement est accordé dans le cadre du pouvoir discrétionnaire de l'institution débitrice, il ne s'agit pas d'une prestation fondée sur un droit.

L'encouragement peut également être accordé pour la candidature et la prise d'un emploi soumis à cotisations sociales dans un État membre de l'Union européenne, dans un État signataire de l'accord sur l'Espace économique européen ou en Suisse, à condition toutefois que cet emploi implique au moins 15 heures de travail par semaine.

Mesures d'activation et d'insertion professionnelle

Les personnes à la recherche d'une formation, les demandeurs d'emploi menacés par le chômage et les chômeurs peuvent bénéficier de mesures d'activation et d'insertion professionnelle appropriées et adaptées permettant d'améliorer leurs perspectives d'insertion professionnelle. Ces mesures peuvent être utilisées pour familiariser les participants avec le marché de la formation et du travail, pour constater, diminuer ou éliminer les obstacles au placement, pour assurer le placement dans un emploi soumis à cotisations, pour lancer les participants dans une activité indépendante ou pour stabiliser la prise d'emploi.

L'encouragement englobe la prise en charge des coûts raisonnables de la participation à la mesure en question. Les participants ayant droit à l'allocation de chômage continuent de percevoir celle-ci pendant la durée de cette mesure.

La durée de ces mesures doit être adaptée à leur objectif et à leur teneur. Elles peuvent être mises en œuvre chez ou par des employeurs dans leur intégralité ou en partie, tout en étant limitées à six semaines par employeur. Pour les chômeurs de longue durée ou les chômeurs ayant de graves obstacles au placement, la participation à ces mesures ou à des parties de ces mesures mises en œuvre chez ou par des employeurs peut avoir une durée de douze semaines.

La participation à ces mesures a lieu sur proposition ou avec l'accord de l'agence pour l'emploi compétente. L'agence pour l'emploi peut mandater des institutions pour la mise en œuvre des mesures ou délivrer à la personne y ayant droit un bon d'activation et de placement. Cette décision est prise par l'agence pour l'emploi en fonction des facultés et de la situation personnelle de la personne y ayant droit ou en fonction de la disponibilité des offres locales.

Le bon d'activation et de placement stipule entre autres l'objectif de la mesure et les contenus nécessaires pour y parvenir. Avec ce bon en main, le bénéficiaire peut choisir librement entre les différentes institutions habilitées et éventuellement entre les différentes mesures homologuées. Dans certaines conditions, les chômeurs ont droit à un bon d'activation et de placement qui permet de mandater un service de placement privé, les frais en étant pris en charge par l'agence pour l'emploi. Le bon d'activation et de placement doit être remis à l'institution qui facturera la mesure directement à l'agence pour l'emploi.

Encouragement d'une activité indépendante

Allocation aux créateurs d'entreprises

Conditions d'octroi

Les travailleurs qui mettent un terme à leur chômage par la prise d'une activité principale indépendante peuvent bénéficier d'une allocation aux créateurs d'entreprises afin de pouvoir subvenir à leurs besoins et d'assurer la protection sociale pendant la première phase de la période suivant la prise de cette activité.

Vous trouverez de plus amples informations dans la brochure gratuite «A-Z der Arbeitsförderung» (La promotion de l'emploi de A à Z) (référence A 186) du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales.

L'allocation aux créateurs d'entreprises peut être octroyée aux chômeurs qui ont encore un droit résiduel à l'allocation de chômage de 150 jours minimum au moment de la prise de l'activité indépendante. Pour bénéficier de l'allocation, les personnes prenant une activité indépendante doivent présenter les connaissances et facultés nécessaires à l'exercice de l'activité indépendante. Elles doivent également présenter à l'agence pour l'emploi un avis d'un organisme compétent quant à la viabilité de la future activité. Une telle attestation de viabilité peut notamment être délivrée par les chambres de commerce et d'industrie, les chambres de métiers, les associations professionnelles ou les établissements de crédit.

L'allocation aux créateurs d'entreprises n'est pas octroyée dans les cas où il y a ou aurait eu suspension de la prestation en vertu des articles 156 à 159 du Livre III du Code social (SGB III). Les personnes bénéficiant de cette allocation qui arrivent à l'âge leur permettant de bénéficier de la retraite légale n'y ont plus droit à compter du début du mois suivant cette date. L'encouragement est également exclu si un laps de temps de moins de 24 mois s'est écoulé depuis la fin d'une mesure d'encouragement de la prise d'une activité indépendante en vertu du Livre III du Code social.

Montant et durée d'octroi

L'allocation aux créateurs d'entreprises est servie en deux phases. Pendant six mois, les personnes prenant une activité indépendante peuvent percevoir une allocation mensuelle d'un montant équivalant à celui de la dernière allocation de chômage perçue afin de subvenir à leurs besoins ainsi que 300 EUR pour la protection sociale. Ces 300 EUR pour la protection sociale peuvent continuer d'être servis pendant neuf mois supplémentaires s'il peut être justifié d'activités intenses au sein de l'entité créée et d'un travail indépendant.

Allocation de reprise d'activité

Les personnes ayant droit à des prestations au titre du minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi en vertu du Livre II du Code social (SGB II) peuvent percevoir, pour se lancer dans une activité indépendante exercée à titre principal mais aussi pour la prise d'un emploi soumis à l'assurance sociale, une «allocation de reprise d'activité» (Einstiegsgeld) versée par le «jobcenter» localement compétent.

Conditions d'octroi / montant

L'allocation de reprise d'activité peut être octroyée en plus des prestations servies au titre du minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi lors de la prise d'un emploi salarié soumis à l'assurance sociale ou d'un emploi indépendant exercé à titre principal. Pour cela, il doit y avoir des indices tangibles que les revenus ainsi obtenus vont, à l'avenir, mettre un terme à la dépendance vis-à-vis des prestations.

Le calcul de l'allocation de reprise d'activité s'oriente entre autres sur la durée du chômage et la taille de la communauté de besoin du demandeur d'emploi. De ce fait, son montant varie d'un cas à l'autre. L'allocation est versée pour 24 mois maximum. Il ne s'agit pas d'une prestation fondée sur un droit.

Autres aides destinées aux personnes prenant une activité indépendante

Les ayants droit prenant ou exerçant une activité indépendante principale peuvent bénéficier de prêts ou de subsides (ces derniers uniquement à concurrence de 5.000 EUR) pour acheter des biens. Ces biens doivent être nécessaires pour l'activité indépendante et appropriés. Les personnes en capacité de gain ayant besoin d'aide qui exercent déjà une activité indépendante peuvent également bénéficier de la part de tiers d'un encouragement sous forme de conseil et d'enseignement de connaissances, ceci afin de stabiliser ou de réorienter une activité indépendante par exemple. L'octroi de ces prestations est toutefois aussi lié à la viabilité économique de l'activité indépendante. Cet encouragement n'est pas fondé sur un droit.

Choix du métier et formation professionnelle

Encouragement en vertu du Livre III du Code social (SGB III)

Trouver le bon métier n'est pas une tâche facile pour les jeunes gens. Les aider dans cette tâche joue donc un rôle décisif pour que le passage de l'école à une formation professionnelle et à la vie professionnelle se fasse bien. C'est d'autant plus vrai que l'importance d'une (première) formation professionnelle qualifiée ne cesse de croître sur le marché de l'emploi en raison de la suppression croissante de postes pour la main d'œuvre non qualifiée ou peu qualifiée. Par conséquent, le droit régissant la promotion de l'emploi prévoit des mesures de soutien variées pour les jeunes aspirant à une formation professionnelle.

Les réfugiés dont le statut a été reconnu, les personnes bénéficiant du droit d'asile ainsi que les personnes bénéficiant d'une protection à titre subsidiaire ont droit à toutes les autres prestations et instruments prévus par la loi pour la préparation à la formation et l'encouragement de celle-ci, en plus de la première qualification, ceci sans qu'un séjour préalable en Allemagne soit nécessaire mais à condition qu'ils aient le niveau requis pour le faire.

Pour ce qui est des autres étrangers, l'accès aux mesures de préparation à la formation et d'encouragement de celle-ci est fonction de leur statut en matière de séjour et de la durée de séjour préalable pour les différentes prestations.

Mesures d'orientation professionnelle

Des mesures d'orientation professionnelle et de préparation du choix du métier peuvent être offertes aux jeunes fréquentant les établissements d'enseignement général. Pour qu'elles soient mises en œuvre, la moitié au moins des coûts doit être prise en charge par un tiers. Dans le cadre de ces mesures, écoliers et écolières peuvent se faire une idée concrète de métiers, des exigences pour les exercer et des perspectives qu'ils offrent. Ces mesures sont aménagées de manière à prendre également en compte les besoins particuliers des écoliers ayant besoin d'un encouragement sous forme d'enseignement spécial et des écoliers gravement handicapés.

Accompagnement de l'entrée dans la vie professionnelle

L'accompagnement de l'entrée dans la vie professionnelle s'adresse aux élèves en difficulté d'apprentissage susceptibles de ne pas atteindre un diplôme de fin d'études et qui, par conséquent, courent le risque de manquer un début réussi dans la vie active. Les efforts en vue d'assurer l'insertion dans une formation professionnelle sont déjà déployés dans les deux dernières classes des écoles secondaires délivrant un diplôme de fin d'études ou des écoles d'enseignement spécial (Haupt- oder Förderschulabschluss). Cette mesure de soutien peut se prolonger jusqu'à six mois après le début d'une formation. C'est en fonction de la recommandation du professeur que le service de l'orientation professionnelle sélectionne les élèves. L'accompagnateur pour l'entrée dans la vie professionnelle soutient les bénéficiaires individuellement et de manière continue à atteindre un diplôme de fin d'études, à s'orienter sur

Le dépliant
«Ausbildungsbegleitende Hilfen» (Aides accompagnant une formation) (référence A 842) du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales offre un bref tour d'horizon de cette mesure.

les métiers et le choix professionnel, à trouver un poste d'apprentissage, à réussir les périodes de passage entre école et formation professionnelle et à consolider le contrat d'apprentissage. Il veille notamment à ce que les jeunes gens participent aux offres de soutien nécessaires (p.ex. cours particuliers pendant la période scolaire, orientation professionnelle, mesures pour faciliter les périodes de passage). Ce soutien - qui repose également sur les approches socio-éducatives - vise à accroître les compétences des participants pour qu'ils puissent augmenter leurs perspectives d'intégration professionnelle. L'accompagnateur pour l'entrée dans la vie professionnelle travaille en étroite collaboration avec les enseignants à l'école et les conseillers de l'agence pour l'emploi - sans pour autant assumer leurs tâches prévues par la loi. Au réseau régional (les agences pour l'emploi, les «jobcenter», les chambres de commerce et des métiers, le travail social auprès des jeunes etc.) l'accompagnateur pour l'entrée dans la vie professionnelle agit également en ciblant les besoins individuels des participants.

Ayant d'abord été mis en œuvre à titre de modèle, l'accompagnement de l'entrée dans la vie professionnelle a été repris en 2011 dans le Livre III du Code social sans limitation temporelle en raison des résultats positifs de l'évaluation. Dès lors, cet accompagnement peut être assuré dans tous les établissements de l'enseignement général. Le nouveau règlement prévoit pourtant l'exigence d'un cofinancement par un tiers. À partir de l'année scolaire 2014/2015 jusqu'à l'année 2018/2019 les mesures de l'accompagnement de l'entrée dans la vie professionnelle seront cofinancées par les ressources du Fonds Social Européen (FSE). Parmi les cinq cohortes scolaires environ 113.000 élèves au total seront accompagnés et soutenus dans 2.977 écoles, dont 518 écoles d'enseignement spécial.

Mesures de formation préparant à l'emploi (BvB)

Les agences pour l'emploi peuvent soutenir des mesures de formation préparant à l'emploi (berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen - BvB) pour les jeunes gens qui, pour des raisons quelconques, n'ont pas été en mesure de commencer l'apprentissage d'un métier. Ces mesures sont consacrées à l'information professionnelle, au choix d'un métier ou à la préparation ciblée à une formation professionnelle. En général, elles sont prévues pour une durée de 10 à 11 mois.

De plus, l'Agence fédérale pour l'emploi propose une autre mesure de formation préparant à l'emploi à bas seuil d'accès et orientée vers la production (BvB-Pro). Elle se différencie tout particulièrement des simples mesures de formation préparant à l'emploi en ce qu'elle est orientée vers la production. Ces mesures doivent en outre être cofinancées par un tiers au moins à hauteur de 50%. Elles sont en général financées au maximum pendant 12 mois, une prolongation de 6 mois pouvant être garantie au cas par cas, lorsque la situation le justifie. A titre tout à fait exceptionnel et dans la perspective d'une intégration professionnelle, ces mesures de formation pourront faire l'objet d'une prolongation supplémentaire jusqu'à 3 mois au maximum.

La préparation à l'acquisition a posteriori du diplôme d'une école de fin de scolarité peut être effectuée dans le cadre des mesures de formation préparant à l'emploi (droit reconnu dans le cadre de ces mesures). Dans un tel cas, ces mesures sont garanties en général pour une durée de 12 mois, une prolongation de 6 mois pouvant être accordée au cas par cas, si la situation le justifie (ces mesures sont garanties pour une durée maximum de 18 mois).

Les personnes participant à une mesure de formation préparant à l'emploi seront soutenues par une allocation de formation professionnelle.

Première qualification

La première qualification ouvre des perspectives d'accès à la formation professionnelle en entreprise notamment à des jeunes gens dont les possibilités de placement sont limitées pour des raisons personnelles, en leur offrant une première expérience de la vie professionnelle. Elle constitue également une ouverture vers la formation professionnelle pour les jeunes gens qui ne remplissent pas encore toutes les conditions nécessaires pour une formation, ou ont des difficultés d'apprentissage ou viennent de milieux sociaux défavorisés.

L'agence pour l'emploi compétente verse jusqu'à 231 EUR par mois plus une cotisation forfaitaire aux assurances sociales aux employeurs qui offrent à un jeune une place de première qualification pendant 6 à 12 mois.

Allocation de formation professionnelle (Berufsausbildungsbeihilfe, BAB)

Les participants aux mesures de formation préparant à l'emploi ainsi que les apprentis ont droit à une allocation de formation professionnelle si les moyens financiers nécessaires, notamment pour subvenir à leurs besoins, ne sont pas disponibles d'une autre manière. Si cette prestation a été conçue sur les mêmes lignes que le BAföG, elle est toutefois financée à partir de cotisations. L'allocation de formation professionnelle ne peut être servie aux personnes effectuant une formation en entreprise que si celles-ci vivent en dehors du foyer parental. Les apprentis handicapés peuvent bénéficier de cette allocation de formation professionnelle même s'ils vivent dans le foyer parental.

En principe, seule la formation initiale peut être soutenue au moyen d'une allocation de formation professionnelle. Cependant, dans des cas particuliers, l'appui d'une deuxième formation est envisageable. Il est possible que des jeunes gens soient sans perspective professionnelle dans le métier appris même après une formation professionnelle sanctionnée par un diplôme. Une seconde formation professionnelle qui serait, elle, en mesure d'ouvrir des perspectives professionnelles ne doit dans ce cas pas échouer parce que la personne la suivant n'a pas les moyens financiers nécessaires à sa subsistance malgré la constatation du besoin.

Le montant de l'allocation de formation professionnelle est fonction du type d'hébergement, du montant de la rémunération perçue par l'apprenti et du revenu annuel des parents et du conjoint ou du partenaire. Y sont pris en compte, en partie sous forme de forfait, les besoins pour l'entretien, les frais de transport et la garde des enfants ainsi que les coûts de la tenue de travail et du matériel pédagogique.

Les participants d'une formation préparant à l'emploi bénéficient de l'allocation de formation professionnelle même s'ils vivent au foyer parental. Ce soutien sera fourni à titre forfaitaire et indépendamment du revenu parental.

Subventions versées à l'employeur pour la rémunération perçue par les apprentis handicapés ou gravement handicapés

L'employeur a la possibilité de bénéficier d'une subvention pour la rémunération versée à un apprenti handicapé ou gravement handicapé, ou encore pour une rémunération comparable. Une telle subvention peut être garantie lorsqu'elle s'avère indispensable au succès de la formation. Dans le cas d'une personne handicapée, le montant de la subvention mensuelle ne doit pas excéder 60% de la rémunération versée durant la dernière année de formation ou d'une rémunération comparable, cotisations patronales comprises. Le montant de la subvention est limité à 80% de la rémunération dans le cas d'une personne gravement handicapée. Dans des cas d'exception justifiés, la subvention versée peut être égale au montant de la rémunération perçue par l'apprenti au cours de sa dernière année de formation.

Aides accompagnant une formation (ausbildungsbegleitende Hilfen, abH)

Ces aides peuvent être proposées aux jeunes gens défavorisés ayant besoin d'un soutien supplémentaire, et ce tout au long de leur formation professionnelle en entreprise. Leur objectif est de garantir le succès de la formation. Il s'agit d'aides spécifiques, concernant notamment l'accompagnement socio-pédagogique, les mesures visant à pallier aux lacunes scolaires et linguistiques, et à consolider l'enseignement pratique et théorique. Il est possible de poursuivre ces mesures d'accompagnement durant la période suivant l'interruption de la formation professionnelle et précédant une nouvelle formation en ou hors entreprise, ou encore durant la période de transition entre la fin de la formation et le début ou le maintien d'une activité professionnelle. Ces aides peuvent être également dispensées dans le cadre de mesures de qualification pendant la période d'initiation professionnelle.

Formation professionnelle en dehors de l'entreprise (Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen, BaE)

Une formation professionnelle en dehors de l'entreprise peut être soutenue dans le cas de jeunes gens défavorisés qui, bien qu'ayant bénéficié d'aides accompagnant une formation, n'ont pu obtenir de poste d'apprentissage en entreprise. Dans le cadre d'une telle formation, toutes les possibilités susceptibles de permettre à une jeune personne défavorisée d'effectuer une formation professionnelle en entreprise devront être prises en considération.

Une formation professionnelle en dehors de l'entreprise peut également faire l'objet d'un soutien en cas de rupture anticipée du contrat d'apprentissage en entreprise ou en dehors de l'entreprise, même en l'absence de perspective de formation professionnelle. Les apprentis considérés comme non défavorisés peuvent poursuivre leur formation en dehors de l'entreprise. Si une seconde formation professionnelle est nécessaire à une insertion sur le marché du travail, elle pourra également faire l'objet d'un soutien.

Selon les directives de l'Agence fédérale pour l'emploi, une formation professionnelle en dehors de l'entreprise peut être effectuée sur la base d'une coopération ou selon un modèle intégratif. Dans le premier cas, la formation pratique est dispensée au sein des entreprises coopératrices. Dans le cas d'un modèle intégratif, la formation est dispensée en majeure partie par l'organisation responsable, qui garantit à la fois l'enseignement spécialisé pratique et théorique.

Formation assistée

Ce nouvel instrument - d'application limitée dans le temps - devrait mener un plus grand nombre de jeunes gens défavorisés à la réussite d'une formation professionnelle en entreprise dans le cadre du système de formation en alternance. La formation assistée prévoit que les participants et les entreprises formatrices bénéficient de l'aide avant et au cours de la formation en entreprise. Cet appui permet aux jeunes gens dont la formation professionnelle se faisait jusqu'ici uniquement en dehors de l'entreprise de gagner de nouvelles perspectives entrepreneuriales. La formation assistée est conçue de façon très flexible afin de tenir compte des spécificités régionales et de l'adapter aux structures régionales existantes, de sorte qu'elle puisse être complétée par une phase préparatoire et que le cercle des personnes éligibles puisse être élargi au titre d'une conception au niveau du Land.

Résidences pour les jeunes

Les autorités responsables de ces résidences peuvent obtenir des prêts ou des subventions pour construire, agrandir, restructurer et aménager ces habitations si cela est nécessaire pour l'équilibre du marché de la formation et l'encouragement à la formation professionnelle. Les coûts doivent être répartis de façon équitable entre les autorités responsables et les organismes de financement tiers. Désormais, l'Agence fédérale pour l'emploi aura à nouveau la possibilité, qui lui avait été retirée en 2009, de participer au financement nécessaire à la rénovation et à la modernisation de ces établissements (aide à l'investissement).

Promotion de la formation continue

Conditions

Les travailleurs participant à des mesures de formation continue peuvent bénéficier d'un encouragement sous forme de prise en charge des frais de ladite formation:

- si la formation continue est nécessaire pour l'insertion professionnelle d'un chômeur ou pour éviter qu'une personne menacée de chômage ne perde son emploi, ou encore si la nécessité de la formation continue est reconnue en raison de l'absence d'un diplôme,
- si le salarié a bénéficié d'une prestation de conseil de la part de l'agence pour l'emploi avant le début de cette formation et
- si la mesure de formation et l'établissement de formation l'offrant sont homologués pour l'encouragement.

Y fait toutefois exception l'encouragement à l'acquisition a posteriori d'un diplôme de fin de scolarité ou d'un autre diplôme scolaire équivalent (droit fondé à un encouragement si les conditions de l'encouragement sont rassemblées).

Type et étendue de l'encouragement

Les personnes éligibles pour l'encouragement bénéficient d'un bon de formation. Ce bon est en règle générale délivré pour un objectif de formation et pour un périmètre géographique donnés. Munies de ce bon, les personnes intéressées par une formation continue peuvent choisir librement parmi les établissements proposant une mesure de formation adéquate. L'agence pour l'emploi fournit les informations sur les offres de formation continue (par l'intermédiaire de la banque de données KURSNET accessible par Internet). Toutefois, la sélection de l'établissement de formation parmi ceux qui sont homologués n'appartient qu'au détenteur du bon de formation. Le bon doit être remis à l'établissement, qui s'adressera directement à l'agence pour l'emploi pour le paiement de la formation visée.

Lors de la participation à une formation continue, les coûts suivants peuvent être pris en charge par l'agence pour l'emploi:

- frais des cours (frais de participation y compris coûts du matériel pédagogique nécessaire, tenue de travail, frais d'inscription à l'examen pour les examens intermédiaires / de fin d'études réglementés par la loi ou généralement reconnus, objets faits en examen) ainsi que les éventuels frais encourus en amont de la formation pour l'évaluation des aptitudes (examen médical par exemple),
- frais de déplacement,
- frais d'hébergement extérieur et de nourriture,
- frais de garde des enfants (130 EUR par mois et par enfant).

Depuis le 1er août 2016, les salariés sans formation professionnelle sanctionnée par un diplôme peuvent bénéficier d'un encouragement en vue d'acquies des connaissances de base nécessaires (lecture, écriture, mathématiques, technologies de l'information et de la communication) destinées à préparer une formation continue professionnelle leur ouvrant la porte vers un diplôme si cet encouragement est nécessaire pour la réussite de la participation à une mesure de formation continue (et que cette mesure débute avant le 31 décembre 2020). En vue de renforcer la persévérance et la motivation lors de mesures de formation continue orientées vers un diplôme, des primes de formation continue peuvent aussi être versées lors de la réussite à un examen intermédiaire ou de fin d'études. Le droit à l'octroi d'une prime de formation continue s'applique aux formations continues orientées vers un diplôme de l'enseignement professionnel commençant entre le 1er août 2016 et le 31 décembre 2020 (art. 444a al. 2 du Livre III du Code social et art. 131a al. 3 du Livre III du Code social).

De surcroît, il existe des programmes d'encouragement particuliers destinés à promouvoir la formation continue des travailleurs ayant un emploi:

1. Formation continue dans l'entreprise pour travailleurs vieillissants et peu qualifiés (Weiterbildung geringqualifizierter und beschäftigter Älterer in Unternehmen, WeGebAU) :

Peuvent bénéficier de l'encouragement

- des travailleurs peu qualifiés sans diplôme sanctionnant une formation professionnelle ou avec un diplôme, lesquels exercent depuis au moins quatre ans une activité qualifiée ou non qualifiée et ne peuvent plus exercer l'activité qu'ils ont apprise. Les périodes de chômage, d'éducation d'enfants et de soins à un membre de la famille sont prises en compte;
- des travailleurs ayant 45 ans ou plus et travaillant dans une entreprise employant moins de 250 personnes, et dont l'employeur continue de verser le salaire pendant la période de formation;

- de façon limitée dans le temps (début des mesures avant le 31 décembre 2020), tous les autres travailleurs travaillant dans une entreprise de moins de 250 personnes si, en plus de continuer à verser la rémunération due, l'employeur prend en charge au moins 50% des coûts de la formation;
- dans les entreprises de moins de 10 personnes, le cofinancement par l'employeur des coûts de la formation.

Peuvent être encouragées des mesures de formation professionnelle

- qui enseignent des connaissances et des qualifications utilisables sur le marché général de l'emploi;
- qui mènent à un diplôme professionnel reconnu, ou
- se concluent par une qualification partielle certifiée ou un certificat reconnu par l'ensemble d'un secteur d'activité ou d'une association professionnelle.

Les travailleurs bénéficient d'un bon de formation pour l'encouragement. Ils peuvent ainsi choisir parmi les offres de formation continue homologuées celle qui leur convient.

L'encouragement est assuré par une prise en charge totale ou partielle des coûts de la formation. Pour les personnes peu qualifiées participant à une telle mesure de formation tout en continuant à toucher leur salaire, une allocation au salaire est versée à l'employeur.

2. Initiative «Talents d'avenir» (Zukunftsstarter)

L'initiative «Spätstarter» (Nous recherchons des talents tardifs) se poursuit depuis le 1er août 2016 sous le nouveau nom de «Zukunftsstarter» (Talents d'avenir). Sur la base de possibilités d'encouragement nouvelles et élargies grâce à la Loi visant à renforcer la formation professionnelle continue et la protection dans le cadre de l'assurance chômage (Gesetz zur Stärkung der beruflichen Weiterbildung und des Versicherungsschutzes in der Arbeitslosenversicherung, AWStG), il s'agit d'offrir, d'ici fin 2020, à 120.000 jeunes participants la possibilité d'acquérir a posteriori une formation continue orientée vers un diplôme. En terme de contenu, l'initiative met l'accent notamment sur la réduction du taux d'abandon et sur une offre de qualification professionnelle ultérieure pour un plus grand nombre de chômeurs de longue durée. Elle prévoit également un encouragement plus grand des mesures de reconversion au niveau de l'entreprise et de l'acquisition de qualifications partielles.

Elle s'adresse, outre aux chômeurs, aux salariés en activité n'ayant pas encore obtenu de qualification professionnelle. Les jeunes adultes handicapés et les réfugiés peuvent également bénéficier des mesures prévues par l'initiative s'ils répondent aux conditions de l'encouragement. Cette dernière constitue ainsi un instrument d'insertion professionnelle durable et contribue à répondre au besoin de main d'œuvre qualifiée.

Encouragement sur le marché de l'emploi des personnes issues de l'immigration

Afin d'améliorer l'accès des personnes issues de l'immigration aux instruments de politique du marché de l'emploi, le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales, le Ministère fédéral de l'Éducation et de la Recherche ainsi que l'Agence fédérale pour l'emploi ont procédé, à une extension du programme d'encouragement «Integration durch Qualifizierung – IQ» (intégration par la qualification - IQ) pour en faire une structure fédérale de 16 réseaux régionaux. Les réseaux régionaux ont, entre autres, amélioré la qualification en matière interculturelle et d'immigration des conseillers des institutions locales (notamment les agences pour l'emploi et les «jobcenter») par le biais d'offres de formation initiale et relié entre elles les différentes prestations d'assistance disponibles dans la région afin d'en faire une suite logique de procédures. De surcroît, les réseaux régionaux mettent à disposition une structure d'assistance destinée à mettre en œuvre la Loi visant à améliorer la vérification de l'équivalence et la reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger (Loi visant la reconnaissance des

Vous trouverez de plus amples informations à l'adresse www.netzwerk-iq.de

qualifications, dans la forme courte de son appellation) (Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen, Anerkennungsgesetz dans sa forme courte). Ont été mis en place à cet effet et partout, des centres de conseil pour le conseil initial et le renvoi aux autorités compétentes qui fournissent de premières informations, aident les personnes voulant procéder à une reconnaissance de qualifications à identifier la profession allemande de référence et aident ensuite à trouver le bureau compétent. Depuis 2015, le programme d'encouragement IQ a été élargi avec la nouvelle priorité d'action «la qualification d'adaptation des migrants dans le cadre de la Loi de reconnaissance des qualifications». Cette priorité financée avec des fonds du FSE comprend, en plus d'une extension des offres de conseil et de coaching, des modules de qualification destinés à combler les lacunes professionnelles et linguistiques existantes afin qu'une équivalence totale, une autorisation de travail ou une approbation puisse être possible.

Encouragement de la participation des personnes handicapées à la vie active

Sont considérées comme handicapées au sens du Livre III du Code social les personnes dont les perspectives de participation à la vie active ou de maintien dans cette vie active sont nettement diminuées à titre non seulement temporaire en raison du type et de la gravité de leur handicap au sens de l'art. 2 al. 1 du Livre IX du Code social (SGB IX) et qui ont de ce fait besoin d'aides visant la participation à la vie active, y compris les personnes ayant des difficultés d'assimilation.

Sont assimilées aux personnes handicapées les personnes menacées par un handicap avec les conséquences indiquées. En vertu de l'art. 2 al. 1 du Livre IX du Code social (SGB IX), une personne handicapée est une personne présentant des déficiences corporelles, psychiques, mentales ou sensorielles qui l'empêchent, en interaction avec des

barrières dues à l'embauche et à l'environnement, de participer de manière égale à la vie de la société pendant une période très vraisemblablement supérieure à six mois. Il y a déficience lorsque l'état physique et de santé diffère de l'état typique à l'âge de la personne en question. Une personne est menacée par un handicap lorsque cette déficience risque de se produire.

Le CD du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales «Informationen zum Thema Behinderung» (Informations sur le handicap) (référence C 720) fournit des informations détaillées sur ce sujet, y compris banques de données d'adresses

La palette générale de prestations en vertu du Livre III du Code social (SGB III) pour la participation des personnes handicapées à la vie active englobe:

- les prestations d'activation et d'insertion professionnelle,
- l'encouragement à la préparation et la formation professionnelles, y compris allocation de formation professionnelle, la formation assistée, l'encouragement à la formation continue, et
- l'encouragement à la prise d'une activité indépendante.

Sont prévues, en outre, des mesures particulières visant la participation à la vie active pour les personnes handicapées, dans la mesure où celles-ci sont nécessaires en raison du type et de la gravité du handicap ou afin d'assurer le succès de l'insertion. La formation professionnelle et la formation continue peuvent, par exemple, également être assurées dans des centres spéciaux de réadaptation professionnelle. En vertu du Livre III du Code social (SGB III), il peut aussi y avoir encouragement au niveau de la formation initiale et professionnelle d'un atelier pour personnes handicapées ou d'un autre organisme offrant des prestations..

Prestations au titre de l'insertion des personnes handicapées et gravement handicapées dont bénéficie l'employeur:

- prime d'insertion (cf. section sur la prime d'insertion) et aides à la rémunération de la formation (cf. section sur le choix du métier et la formation professionnelle),
- emploi à l'essai,
- équipements d'aide au travail.

La Loi visant l'emploi accompagné des personnes handicapées du 22 décembre 2008 constitue un nouvel instrument d'encouragement de la participation à la vie active des personnes handicapées et gravement handicapées.

Les personnes qui, en raison de leur handicap, ne peuvent accomplir de formation, même en faisant appel à toutes les aides et compensations de handicap, peuvent accéder à une relation de travail grâce à l'emploi accompagné. Celui-ci peut ouvrir de nouvelles possibilités d'emploi dans une entreprise aux personnes handicapées ayant besoin d'une assistance, ceci en fonction de leurs facultés et de leurs inclinaisons. En vertu du principe «le placement d'abord, la qualification ensuite», elles bénéficient d'une familiarisation et d'une assistance, avec pour objectif leur reprise par l'entreprise. Leur sont ainsi ouvertes de nouvelles perspectives sur le marché général de l'emploi.

Les prestations de l'article 55 du Livre IX du Code social (SGB IX) englobent la qualification individuelle en entreprise et l'accompagnement professionnel. La qualification individuelle en entreprise est possible pour une période allant jusqu'à deux ans, et trois ans maximum. L'enseignement de connaissances générales sur le métier choisi et de qualifications clés ainsi que des mesures de développement de la personnalité constituent des éléments essentiels de cette qualification. Les participants sont assurés. Sont compétentes en la matière les institutions de réadaptation, la plupart du temps l'agence pour l'emploi. Si une assistance reste nécessaire après l'intégration dans un emploi soumis à cotisations, celle-ci est généralement assurée par les offices de l'intégration sous forme d'accompagnement professionnel.

Prestations de remplacement de la rémunération

Allocation de chômage

Vous avez droit à l'allocation de chômage (Arbeitslosengeld) si:

- vous êtes sans emploi;
- vous vous êtes fait inscrire en personne comme chômeur;
- vous avez accompli le délai d'affiliation préalable requis pour l'acquisition des droits à l'allocation de chômage;
- vous êtes activement à la recherche d'un nouvel emploi et êtes à cet effet à la disposition des services de placement de l'agence pour l'emploi s'efforçant de vous en trouver un.

Est considéré comme chômeur quiconque n'exerce aucune activité salariée ou indépendante ou l'exerce seulement à raison de moins de 15 heures par semaine.

Une inscription personnelle comme chômeur exige de la part du chômeur qu'il se présente personnellement à l'agence pour l'emploi pour y signaler le début de son chômage; une déclaration par téléphone ou par courrier ne suffit pas.

A accompli le délai d'affiliation préalable requis pour l'acquisition des droits à l'allocation de chômage quiconque, en raison d'une activité salariée ou pour tout autre motif (perception d'indemnités journalières de maladie p.ex.), a été affilié à l'assurance chômage auprès de l'Agence fédérale pour l'emploi durant une période d'au moins douze mois (360 jours) au cours des deux années qui ont précédé l'inscription au chômage (délai-cadre).

Les personnes qui exercent une activité indépendante à raison d'au moins 15 heures par semaine, celles qui exercent une activité professionnelle à l'étranger en dehors de l'Union européenne (UE) ou de pays associés ou celles qui effectuent une formation professionnelle continue ou prennent un congé parental après les trois ans de l'enfant ont la possibilité de s'assurer à l'assurance chômage à titre volontaire afin de rester assurées. Ces personnes, qui ne font pas partie de la communauté des assurés de par la loi, peuvent maintenir leur protection chômage en s'acquittant à titre volontaire d'une cotisation à cette assurance. Elles doivent toutefois avoir auparavant fait partie de la communauté des assurés.

Par principe, le montant de l'allocation de chômage est fonction de la rémunération assujettie à l'assurance que le chômeur a perçue en moyenne au cours de la dernière année ayant précédé l'ouverture du droit aux prestations (période de référence pour le calcul de l'indemnité).

La rémunération brute ainsi calculée (rémunération de référence) est diminuée de retenues forfaitisées. Ces retenues sont un forfait de 21 % de la rémunération de référence au titre de l'assurance sociale, l'impôt sur le revenu et la contribution de solidarité.

Il en résulte une rémunération nette forfaitaire (rémunération servant au calcul de la prestation) sur la base de laquelle l'allocation de chômage est calculée. Cette dernière s'élève à 67% de cette rémunération dans le cas d'un chômeur ayant au moins un enfant au sens du droit fiscal et à 60% pour les autres chômeurs.

La durée du droit à l'allocation de chômage est par principe fonction de l'emploi soumis à cotisations sociales au cours du délai-cadre rallongé de trois ans ainsi que de l'âge qu'a le chômeur au moment où le droit est acquis.

La durée du droit à l'allocation de chômage est de:

après des relations soumises à cotisations sociales d'une durée totale d'au moins ... mois	et à l'âge de... ans révolus	mois
12		6
16		8
20		10
24		12
30	50	15
36	55	18
48	58	24

Le droit à l'allocation de chômage expire lorsque le chômeur a de nouveau accompli le délai d'affiliation préalable requis. Un droit à indemnisation non entièrement épuisé vient s'ajouter au nouveau droit jusqu'à la limite applicable, elle-même variable selon l'âge du chômeur.

Pour les périodes durant lesquelles l'allocation de chômage est servie, l'agence pour l'emploi paie les cotisations aux régimes légaux des assurances maladie, dépendance et pension légale au bénéfice du chômeur. L'allocation de chômage est versée tous les mois à date régulière et à terme échu sur le compte indiqué par le chômeur.

Indemnité de chômage partiel

Dans le cas d'établissements notifiant, pour des motifs économiques ou en raison d'un événement inéluctable, une réduction temporaire du temps de travail et l'instauration d'un chômage partiel, l'agence pour l'emploi locale verse une indemnité de chômage partiel (Kurzarbeitergeld) dès lors que les dispositions légales sont remplies. L'objectif principal de l'indemnité de chômage partiel est de permettre, lors d'une cessation provisoire du travail, le maintien des travailleurs à leur emploi et d'éviter des licenciements.

Vous pouvez bénéficier de l'indemnité de chômage partiel si:

- la diminution de l'activité a pour conséquence une réduction de votre rémunération, voire sa suppression;
- la diminution de l'activité est provisoire et importante;
- les conditions liées au personnel sont remplies (surtout la présence d'une relation de travail soumise à cotisations sociales et qui n'a pas été résiliée), et
- la diminution de l'activité a été immédiatement notifiée par écrit à l'agence pour l'emploi par l'employeur ou par le conseil d'entreprise.

La diminution de l'activité est considérée comme importante:

- lorsqu'elle est due à des motifs économiques, en particulier une mauvaise conjoncture, ou à un événement inéluctable (inondation par exemple);
- lorsqu'elle est temporaire;
- lorsqu'elle est inévitable et
- lorsqu'au moins un tiers des travailleurs perçoivent une rémunération diminuée d'au moins 10% dans l'établissement concerné et pendant la période de référence pour le droit à l'indemnité (mois civil). Le montant manquant de la rémunération peut aussi être de 100% de la rémunération brute mensuelle.

La diminution de l'activité est temporaire si l'on peut s'attendre avec une probabilité certaine à une pleine reprise de l'activité pendant la période d'octroi de l'indemnité.

Est par exemple considérée comme évitable une diminution de l'activité

- qui est principalement de pratique courante dans un secteur donné, un établissement donné ou due à la saison, ou qui repose uniquement sur des raisons inhérentes à l'organisation au sein d'un établissement,
- qui peut être évitée en accordant un congé payé dans la mesure où les souhaits prioritaires exprimés en matière de congés par les travailleurs ne s'opposent pas à l'accord de ce congé,
- qui peut être évitée en faisant appel à la flexibilité du temps de travail permise au sein de l'établissement.

En règle générale, l'indemnité de chômage partiel est versée par l'entreprise et remboursée, à la demande de l'employeur ou du conseil d'entreprise, par l'agence pour l'emploi compétente.

L'indemnité de chômage partiel est calculée sur la base du montant manquant de la rémunération nette. Son montant normal est de 60% de la rémunération nette forfaitisée manquante. Elle est de 67% de la rémunération nette forfaitisée manquante si un enfant au moins vit dans votre foyer. La différence de rémunération nette est calculée en attribuant un montant net forfaitisé à la rémunération brute que le travailleur aurait perçue dans son intégralité sans la diminution de l'activité (rémunération de référence) et à la rémunération brute réduite à la suite de la diminution de l'activité (rémunération perçue), ceci en vertu du règlement sur les rémunérations nettes forfaitisées pour l'indemnité de chômage partiel. La différence entre les deux montants nets est versée à raison d'un montant de 67% ou de 60% au titre de l'indemnité de chômage partiel. Lors du calcul, les modifications du temps de travail effectuées sur la base d'accords de maintien de l'emploi ne sont pas prises en considération.

Sa durée légale de perception est de douze mois au maximum.

Dépôt de demande

L'indemnité de chômage partiel est versée suite à une demande de l'employeur ou du conseil d'entreprise. Cette demande doit être déposée auprès de l'agence pour l'emploi compétente dans un délai de trois mois. Ce délai commence à la fin du mois civil (période de droit à l'indemnité de chômage partiel) comportant les jours pour lesquels l'indemnité de chômage partiel a été demandée.

Indemnité pour cause d'insolvabilité de l'employeur

L'indemnité pour cause d'insolvabilité de l'employeur (Insolvenzgeld) est servie quand l'employeur est insolvable et que le salarié n'a pas perçu les rémunérations échues. A droit à cette indemnité un salarié auquel sont dues des rémunérations pour les trois derniers mois ayant précédé l'ouverture de la procédure d'insolvabilité ou le rejet, pour insuffisance d'actif, de la requête en déclaration d'insolvabilité, ou l'arrêt complet des activités de l'entreprise si aucune requête en déclaration d'insolvabilité n'a été déposée et qu'une procédure d'insolvabilité n'est pas envisageable en raison de l'insuffisance d'actif.

L'indemnité pour cause d'insolvabilité de l'employeur est égale à la rémunération nette encore due si le revenu brut ne dépasse pas le plafond d'assujettissement (2018: 6.500 EUR par mois à l'Ouest, 5.800 EUR par mois à l'Est). L'agence pour l'emploi prend également en charge, pour ces trois derniers mois, les cotisations obligatoires encore dues au régime légal de l'assurance maladie, pension et dépendance ainsi que les cotisations à l'Agence fédérale pour l'emploi.

La demande d'indemnité pour cause d'insolvabilité de l'employeur doit être déposée au plus tard deux mois après l'ouverture de la procédure d'insolvabilité, le rejet de la requête en déclaration d'insolvabilité pour insuffisance d'actif ou l'arrêt des activités de l'entreprise.

Indemnité de chômage partiel saisonnier

Les travailleurs ont droit à l'indemnité de chômage partiel saisonnier (Saison-Kurzarbeitergeld) pendant la période de mauvais temps allant du 1er décembre au 31 mars si:

- ils sont employés dans une entreprise relevant du secteur de la construction;
- la diminution de l'activité est importante, et
- les conditions liées à l'entreprise et au personnel sont remplies.

Par entreprises du secteur de la construction, on entend les entreprises fournissant principalement et à titre commercial des prestations de construction sur le marché de la construction. Les prestations de construction sont toutes les prestations qui servent à la construction, à la remise en état, à l'entretien, à la modification ou à la démolition d'édifices. Les entreprises pouvant bénéficier de cette indemnité et celles qui en sont exclues sont indiquées dans le règlement relatif aux entreprises du secteur de la construction. Peuvent bénéficier de l'indemnité de chômage partiel saisonnier les entreprises du secteur principal de la construction, de la couverture, des échafaudages, du jardinage et du paysagisme.

Les conditions liées à l'entreprise sont remplies dès lors que l'établissement concerné emploie au moins un travailleur.

La diminution de l'activité est considérée comme importante lorsqu'elle est due aux conditions météorologiques, à des motifs économiques ou à un événement inéluctable, qu'elle est temporaire et inévitable.

Est par exemple considérée comme évitable une diminution de l'activité

- qui repose uniquement sur des raisons inhérentes à l'organisation au sein d'un établissement,
- qui peut être évitée en accordant un congé payé dans la mesure où les souhaits prioritaires exprimés en matière de congés par les travailleurs ne s'opposent pas à l'accord de ce congé,
- qui peut être évitée en faisant appel à la flexibilité du temps de travail permise au sein de l'établissement.

Si, depuis la dernière période de mauvais temps, des heures créditées au titre d'un compte épargne-temps qui n'existaient pas depuis au moins un an ont été utilisées à d'autres fins que pour compenser les fluctuations du salaire mensuel, pour une diminution de l'activité pour cause de mauvais temps ou pour une participation des travailleurs à des mesures de qualification, les diminutions de l'activité sont considérées comme évitables à concurrence des heures du compte épargne-temps utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus. Est considérée comme inévitable toute diminution de l'activité qui est principalement de pratique courante dans un secteur donné, un établissement donné ou due à la saison.

Il y a diminution de l'activité due aux conditions météorologiques lorsque celle-ci est due exclusivement à des conditions météorologiques contraignantes et qu'au moins une heure par jour du temps de travail régulier de l'établissement est chômée.

Les conditions liées au personnel pour l'indemnité de chômage partiel conjoncturel doivent être remplies pour pouvoir bénéficier de l'indemnité de chômage partiel saisonnier.

L'indemnité de chômage partiel saisonnier est servie pour la durée de la diminution de l'activité pendant la période de mauvais temps qui va du 1^{er} décembre au 31 mars, soit pour 4 mois au maximum.

Les périodes de bénéfice de l'indemnité de chômage partiel saisonnier ne sont pas comptées pour la durée de perception de l'indemnité de chômage partiel. Par compte, elles ne comptent pas non plus comme périodes d'interruption pour le commencement éventuel d'une nouvelle durée de perception.

Les règles s'appliquant à l'indemnité de chômage partiel conjoncturel et mentionnées ci-avant régissent également le montant de l'indemnité de chômage partiel saisonnier.

L'indemnité de chômage partiel saisonnier est versée suite à une demande de l'employeur ou du conseil d'entreprise. Cette demande doit être déposée auprès de l'agence pour l'emploi compétente dans un délai de trois mois. Ce délai commence à la fin du mois civil comportant les jours pour lesquels l'indemnité de chômage partiel saisonnier a été demandée. L'indemnité devrait si possible être demandée avant le 15 du mois suivant. Est compétente l'agence pour l'emploi du secteur dans lequel l'employeur assure le règlement des salaires et le décompte des heures de travail.

Les travailleurs peuvent bénéficier de prestations complémentaires sous forme d'indemnité d'activité hivernale et d'indemnité de surcroît de dépenses en hiver, en plus de l'indemnité de chômage partiel saisonnier. Les employeurs du secteur de la construction ont droit à un remboursement de leur part des contributions à l'assurance sociale dans la mesure où des fonds issus d'un système par répartition du secteur sont utilisés à cet effet. Les prestations complémentaires ne sont donc pas financées par les cotisations à l'assurance chômage. Ces prestations complémentaires sont octroyées uniquement pour les contrats de travail qui ne peuvent être résiliés pendant la période de mauvais temps en raison justement de ces conditions météorologiques. En d'autres termes, elles peuvent être servies aux travailleurs de ce secteur, mais pas aux employés ni aux contremaîtres.

L'indemnité d'activité hivernale d'un montant net de 2,50 EUR est servie pour chaque heure chômée qui est compensée par des heures créditées au titre d'un compte épargne-temps, évitant ainsi le recours à l'indemnité de chômage partiel saisonnier.

L'indemnité de surcroît de dépenses en hiver d'un montant net de 1 EUR est octroyée par heure effectivement travaillée et entrant en ligne de compte, dans la période allant du 15 décembre au dernier jour de février, aux travailleurs occupant un emploi dépendant des intempéries. Entrent en ligne de compte jusqu'à 90 heures pour le mois de décembre, et jusqu'à 180 heures chacun pour les mois de janvier et février.

Les prestations complémentaires sont versées sur demande de l'employeur ou du conseil d'entreprise. Cette demande doit être déposée auprès de l'agence pour l'emploi compétente dans un délai de trois mois. Ce délai commence à la fin du mois civil (période de droit à l'indemnité de chômage partiel) comportant les jours pour lesquels les prestations complémentaires ont été demandées. Ces prestations devraient si possible être demandées avant le 15 du mois suivant. Est compétente l'agence pour l'emploi du secteur dans lequel l'employeur assure le règlement des salaires et le décompte des heures de travail.

Prestations de transfert

Les prestations de transfert ont pour mission d'accompagner les mesures de restructuration du personnel qui font suite à des changements au niveau de l'entreprise. Ces prestations doivent améliorer les perspectives de placement des travailleurs touchés par des suppressions d'emplois, avec pour objectif un transfert d'un travail existant à un travail suivant («job to job») sans passage intermédiaire par l'allocation de chômage.

La décision quant à l'appel à des mesures de transfert revient aux parties prenantes au sein de l'entreprise. Elle est prise lors des négociations sur une compensation des intérêts / un plan social. En règle générale, le plan social sert à trouver un accord sur une compensation financière aux désavantages découlant des modifications au sein de l'établissement pour les travailleurs (indemnités).

L'approche des prestations de transfert est celle de mesures incitatives pour l'employeur, l'amenant, au-delà du simple versement d'indemnités, à participer activement au processus de réinsertion de ses travailleurs menacés de chômage. À cet effet, l'encouragement de l'emploi lui offre deux prestations d'assistance, les mesures de transfert et l'indemnité de chômage partiel de transfert.

Les institutions finançant des mesures de transfert et les sociétés de transfert de personnel dans lesquelles une indemnité de chômage partiel de transfert est versée ont besoin d'une homologation les reconnaissant comme institutions débitrices de prestations au sens du Livre III du Code social (SGB III). Les employeurs régissant eux-mêmes une société de transfert au sein de l'établissement sont dispensés de cette homologation.

Mesures de transfert

La période de préavis est employée à préparer les travailleurs concernés par les changements au niveau de l'entreprise à un transfert vers un emploi suivant. Les mesures de transfert se présentent notamment sous forme de mesures d'évaluation des aptitudes, de conseil au placement extérieur, d'entraînements à la candidature à un emploi, de qualifications de courte durée, de conseil à la création d'une activité indépendante et d'accompagnement de celle-ci. Les travailleurs menacés de chômage en raison de changements au niveau de l'entreprise ou à la fin d'une relation de formation professionnelle ont droit à un encouragement à la participation à des mesures de transfert si:

- les parties prenantes au sein de l'établissement ont demandé conseil à l'agence pour l'emploi en amont de la prise de décision relative au recours à des mesures de transfert;
- la mesure est assurée par un tiers et l'employeur participe à son financement de façon adéquate;
- la mesure prévue doit aider l'insertion du travailleur dans le monde du travail et la mise en œuvre de la mesure est assurée.

Le financement pour lequel l'employeur a donné son accord peut avoir lieu dans le cadre d'un plan social, mais aussi sur la base d'un autre accord collectif ou individuel. Dans ce contexte, l'encouragement est ouvert à tous les travailleurs, sans qu'une taille minimale de leur établissement y joue un rôle.

Est accordée une subvention d'un montant de 50% des coûts nécessaires et adaptés de la mesure, toutefois plafonnée à 2.500 EUR par travailleur en bénéficiant. Pendant la participation à des mesures de transfert, l'octroi d'autres mesures d'encouragement actif de l'emploi ayant un objectif similaire est exclu.

Indemnité de chômage partiel de transfert

L'objectif de l'indemnité de chômage partiel de transfert est d'assurer le transfert des travailleurs de l'emploi qu'ils occupaient jusqu'à présent chez leur employeur à un nouvel emploi auprès d'un autre employeur sans octroi de prestations de chômage entre les deux.

L'indemnité de chômage partiel de transfert peut être accordée tant au sein de l'établissement qu'au sein d'une unité organisationnelle autonome externe. C'est cette solution externe qui est le plus souvent retenue pour des raisons de droit du travail. Dans ce cas, les travailleurs concernés par les suppressions de postes sont transférés de l'entreprise qui les employait jusqu'alors à une société de transfert de personnel sur la base d'un contrat de trois pages.

Pendant l'octroi de l'indemnité de chômage partiel de transfert, la société de transfert de personnel ou l'employeur doit présenter aux travailleurs des propositions de placement et leur proposer des mesures visant à améliorer leurs perspectives d'insertion (mesures de qualification par exemple). De surcroît, elle peut bénéficier d'un encouragement par l'agence pour l'emploi pour la qualification nécessaire des salariés qui ont atteint l'âge de 45 ans et des salariés sans formation professionnelle sanctionnée par un diplôme si l'employeur prend en charge au moins la moitié du coût de la formation. Cet encouragement englobe aussi des formations continues menant à un diplôme dans un métier soumis à qualification et allant au-delà de la durée d'existence de la société de transfert.

Le montant de l'indemnité de chômage partiel de transfert équivaut à celui de l'indemnité de chômage partiel. Cette indemnité est versée pendant 12 mois maximum. L'indemnité de chômage partiel de transfert est versée par la société de transfert de personnel ou par l'entreprise et remboursée, à la demande de l'employeur ou du conseil d'entreprise, par l'agence pour l'emploi compétente.

Conditions générales d'octroi

Les travailleurs ont droit à l'indemnité de chômage partiel de transfert

- quand ils sont touchés par une perte d'activité inévitable et durable flanquée d'une perte de rémunération en raison de changements au niveau de l'entreprise, et tant qu'ils le sont,
- quand les conditions personnelles et liées à l'entreprise sont réunies,
- si les parties prenantes au sein de l'entreprise ont eu recours au conseil de l'agence pour l'emploi avant de décider de faire appel à l'indemnité de chômage partiel de transfert,
- si la perte d'activité durable a été signalée à l'agence pour l'emploi par l'établissement ou par le conseil d'établissement.

L'indemnité de chômage partiel de transfert ne peut être perçue par des travailleurs qui sont regroupés provisoirement seulement au sein d'une unité indépendante en termes d'organisation de l'entreprise pour occuper ultérieurement un autre poste dans le même établissement ou un autre établissement de l'entreprise ou, si l'entreprise appartient à un groupe, dans un établissement d'une autre entreprise du groupe. Sont également exclus de cet encouragement les employés du secteur public, à l'exception de ceux employés par des entreprises opérant de façon commerciale sous une forme juridique indépendante.

Conditions personnelles

Ont uniquement droit à l'indemnité de chômage partiel de transfert les travailleurs

- qui sont menacés de chômage,
- qui, après le début de la perte d'activité, restent dans un emploi existant soumis aux assurances sociales ou prennent un nouvel emploi soumis aux assurances sociales après avoir terminé leur formation professionnelle,
- qui ne sont pas exclus de la perception de l'indemnité de chômage partiel de transfert et
- qui se sont inscrits comme demandeurs d'emploi auprès de l'agence pour l'emploi avant le transfert à une unité indépendante en terme d'organisation de l'entreprise et ont participé à une mesure d'évaluation de leurs perspectives d'insertion (mesure de profilage).

Conditions liées à l'entreprise

Les conditions liées à l'entreprise sont réunies lorsque

- les changements au niveau d'une entreprise entraînent des mesures de restructuration des effectifs au sein de celle-ci,
- les travailleurs concernés sont regroupés au sein d'une unité indépendante en terme d'organisation de l'entreprise (au sein d'une société de transfert de personnel dans la plupart des cas) et retirés du processus de production,
- l'organisation et la dotation financière de l'unité indépendante en terme d'organisation de l'entreprise permettent de s'attendre à la réussite escomptée de l'insertion,
- un système d'assurance qualité est en œuvre.

Si l'unité indépendante en terme d'organisation de l'entreprise est prise en charge par un tiers, une homologation de celui-ci est requise.

Insertion de travailleurs

Prime d'insertion

Conditions d'encouragement

Les employeurs peuvent bénéficier de subventions salariales pour l'insertion de travailleurs lorsque le placement de ceux-ci est rendu plus difficile en raison de circonstances propres à leur personne. Ces subventions sont fonction de la réduction de performance du travailleur et des exigences posées par l'emploi en question.

La prime d'insertion (Eingliederungszuschuss) est octroyée sur les salaires (en fonction des conventions collectives ou des particularités régionales) régulièrement versés par l'employeur et sur la cotisation forfaitaire aux assurances sociales. Les salaires versés une seule fois ne sont pas pris en considération pour cette prime.

Montant et durée d'octroi

La prime d'insertion ne doit pas dépasser 50% de la rémunération considérée et sa durée d'octroi est de douze mois maximum. Les travailleurs de 50 ans révolus peuvent en bénéficier pendant une période allant jusqu'à 36 mois.

Des dispositions spéciales s'appliquent aux personnes handicapées ou gravement handicapées pour ce qui est du montant et de la durée d'octroi de la prime. Son montant peut déroger au principe susmentionné et aller jusqu'à 70 % de la rémunération prise en considération et sa durée d'octroi aller jusqu'à 24 mois maximum. Les personnes gravement handicapées particulièrement touchées par le chômage peuvent bénéficier d'une prime d'un montant allant jusqu'à 70 % de la rémunération prise en considération et d'une durée d'octroi jusqu'à 60 mois. Ces mêmes personnes gravement handicapées peuvent en bénéficier jusqu'à 96 mois si elles ont 55 ans révolus.

Vous avez des questions? Veuillez alors vous adresser à l'agence pour l'emploi compétente. Vous trouverez également de nombreuses informations sur le site Internet <http://www.arbeitsagentur.de>.

Entre en ligne de compte pour la décision relative au montant et à la durée de l'encouragement le fait que la personne gravement handicapée soit embauchée et employée sans obligation légale ou au-delà de l'obligation d'emploi en vertu de la 3e partie du Livre IX du Code social (SGB IX).

Organisation financière

L'Agence fédérale pour l'emploi est financée essentiellement par des cotisations. Sa trésorerie est également alimentée par les fonds provenant de contributions recueillies selon un système de répartition auprès des employeurs et des caisses mutuelles d'assurance accidents. Sont assujettis à l'obligation de cotisation tant les travailleurs (employés, ouvriers, actifs en cours de formation professionnelle et travailleurs à domicile) que les employeurs. Les uns et les autres versent les cotisations par moitié au taux en vigueur à l'époque considérée (depuis 2012: 3 % du salaire brut ou du traitement brut). Le montant de la cotisation est établi dans la limite du plafond d'assujettissement. La valeur du plafond d'assujettissement en 2018 est de 6.500 EUR par mois dans les anciens Länder et de 5.800 EUR par mois dans les nouveaux Länder.

Législation

Vous trouverez les bases juridiques correspondantes dans le Livre III du Code social (SGB III).

La mise en application est du ressort de l'Agence fédérale pour l'emploi sise à Nuremberg avec le concours des directions régionales, des agences pour l'emploi et de divers services des pouvoirs publics. L'Agence fédérale pour l'emploi est une collectivité de droit public jouissant de l'autonomie administrative.

Le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales a mis en place un numéro d'appel (+49 30 221 911 003) pour l'information du public. Ce service opère du lundi au jeudi de 8h à 20h et répond à vos questions sur la politique en matière d'emploi et la promotion de l'emploi.

Minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi

(allocation de chômage II / allocation sociale)

Le minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi (Grundsicherung für Arbeitsuchende) institué en vertu du Livre II du Code social (SGB II) est un régime d'assistance non contributif dont l'objectif est d'offrir une aide et un soutien rapides et complets aux personnes en capacité de gain et en situation de détresse.

Toute personne ne trouvant pas de travail malgré ses efforts substantiels ou percevant par son travail un revenu ne lui permettant pas d'assurer sa subsistance a, sur constatation de l'insuffisance des moyens, un droit opposable à l'allocation de chômage II (Arbeitslosengeld II) qui devra être accordée également comme prestation de complément augmentant le revenu.

Le minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi suit une approche fondée sur le ménage. Bénéficient donc de prestations destinées à assurer la subsistance en cas de ressources insuffisantes l'ayant droit en capacité de gain, mais aussi les membres de sa famille en incapacité de gain qui vivent avec lui en une communauté solidaire et percevront ces prestations sous forme d'allocation sociale (Sozialgeld).

Le principe en vigueur: «soutenir et exiger»

L'objectif du minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi est de renforcer la responsabilisation des personnes en capacité de gain ayant besoin d'aide et des personnes vivant avec elles en une communauté solidaire ainsi que de contribuer à ce qu'elles puissent subvenir à leur subsistance par leurs propres moyens et par leurs propres efforts. Cette prestation est destinée à apporter un soutien aux personnes en capacité de gain ayant besoin d'aide pour prendre ou conserver un travail et à assurer leur subsistance si elles ne sont pas en mesure de l'assurer par un autre moyen. Le soutien apporté pour prendre un travail sert à placer rapidement et adéquatement les personnes ayant besoin d'aide.

Avec le «minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi», les ayants droit en capacité de gain ont accès aux prestations nécessaires de conseil, de placement et d'intégration, servies par une seule institution. Quant aux personnes percevant l'allocation de chômage II, elles bénéficient des principales prestations d'insertion du Livre III du Code social (SGB III), en plus des prestations spécifiques d'insertion du Livre II du Code social (SGB II). De surcroît, elles peuvent participer à une mesure d'emploi bénéficiant d'un encouragement public. Le suivi assuré par des référents personnels contribue à ce que des prestations de services personnalisées d'activation des personnes ayant besoin d'une aide puissent vraiment porter leurs fruits. Par un accord sur les objectifs de l'insertion, le demandeur d'emploi prend des engagements sur les efforts communs à entreprendre en vue de l'insertion, la situation particulière de la personne dans le besoin et des membres de sa famille devant être prise en considération dans ce contexte.

Vous trouverez de plus amples informations dans la brochure «Grundsicherung für Arbeitsuchende» (Minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi) (référence A 430) publiée par le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales).

L'allocation de chômage II est financée à partir des impôts, c'est-à-dire avec des fonds publics. Par conséquent, il est dans l'intérêt de la communauté que les aides à l'insertion soient aussi pertinentes que possible. En contrepartie, la communauté est en droit d'exiger des demandeurs d'emploi qu'ils fassent vraiment preuve d'initiative et qu'ils participent activement à la recherche. Soutenir et exiger ont le même poids, et vont main dans la main.

Des ayants droit à l'allocation de chômage II, il est attendu qu'ils et elles fassent tout ce qui est en leur pouvoir pour mettre un terme le plus rapidement possible à la dépendance vis-à-vis de l'aide de l'État – et par conséquent au poids financier porté par la communauté.

Qui sert les prestations du minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi?

Les prestations au titre du minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi sont servies par le «Jobcenter» local. C'est lui qui est l'interlocuteur des ayants droit, qui verse les prestations et qui apporte les aides nécessaires.

Au sein du «Jobcenter», l'agence pour l'emploi locale et la commune, et donc les deux administrations portant la responsabilité des prestations, coopèrent pour s'acquitter de leurs missions. Les agences pour l'emploi sont responsables du paiement du montant du taux normal entrant en ligne de compte pour assurer la subsistance ainsi que des prestations d'insertion. Les communes sont chargées des dépenses pour le besoin en logement et en chauffage d'un montant approprié ainsi que des prestations uniques particulières telles que le premier équipement du logement. Elles se chargent également de servir les prestations d'éducation et de participation supplémentaires (bouquet éducation) ainsi que les prestations d'insertion accompagnant le minimum individuel (conseil aux personnes endettées et dépendantes, prestations de garde des enfants). Le «Jobcenter» verse les prestations d'assurance de la subsistance sous forme d'allocation de chômage II (taux normal d'application, besoin supplémentaire ainsi que dépenses appropriées pour le logement) servie en un montant mensuel global. 104 districts et villes tenant lieu de district au total assurent ces missions sous leur seule responsabilité communale (on parle alors d'institutions communales agréées).

Qui perçoit l'allocation de chômage II?

Bénéficiaire de l'allocation de chômage II les ayants droit en capacité de gain ayant entre 15 ans et la limite d'âge normale, perception d'une pension de vieillesse normale. Est considérée comme en capacité de gain toute personne capable de travailler au moins trois heures par jour dans les conditions normales du marché général de l'emploi. Est considérée comme ayant besoin d'une aide toute personne ne pouvant assurer sa subsistance nécessaire et celle des membres de sa famille vivant avec elle en une communauté solidaire, ni par ses propres moyens (revenu et patrimoine) et ses propres efforts (appel au travail), ni avec l'aide d'autrui.

Les ayants droit qui ne sont pas en capacité de gain perçoivent l'allocation sociale s'ils vivent dans une communauté solidaire avec une personne ayant droit à l'allocation de chômage II.

Ces deux prestations (allocation de chômage II et allocation sociale) qui se correspondent dans leurs composantes de base sont versées mensuellement en début de terme et sont en règle générale accordées pour douze mois. La durée d'octroi est réduite à six mois si les prestations sont d'abord accordées à titre provisoire, ce qui est par exemple le cas lorsque le montant du revenu ne peut être déterminé au préalable.

Les jeunes gens ont-ils droit au minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi?

Les jeunes gens de moins de 25 ans bénéficient d'une prise en charge particulière afin que chacun d'entre eux ait une chance de pouvoir accéder au monde du travail. Toute personne faisant une demande d'allocation de chômage II doit bénéficier d'un soutien sans tarder. En l'absence de formation professionnelle sanctionnée par un diplôme, il convient tout particulièrement de faire appel aux possibilités de placement dans une formation.

S'ils ont besoin d'aide, les jeunes gens en capacité de gain ont droit à l'allocation de chômage II comme prestation de subsistance à partir de 15 ans révolus. Pour le critère de la capacité de gain (cf. ci-dessus), il n'importe pas de savoir si un jeune ne peut pas travailler parce qu'il va à l'école par exemple, mais s'il est théoriquement en mesure de faire un tel travail. L'allocation de chômage II peut continuer d'être perçue pendant une formation si la rémunération de la formation et l'encouragement de celle-ci ne suffisent pas pour assurer la subsistance.

Quelles mesures d'insertion dans le monde du travail peuvent être prises?

Il existe toute une gamme de prestations d'assistance en matière d'insertion (ou de réinsertion) sur le marché général de l'emploi, dont notamment:

- prestations venant du budget placement destiné à encourager la recherche et la prise d'un emploi;
- mesures d'activation et d'insertion professionnelle;
- encouragement de la formation continue y compris acquisition a posteriori du diplôme d'une école de fin de scolarité;
- prestations d'encouragement de la participation à la vie active;
- prestations destinées aux employeurs;
- promotion de la formation continue des travailleurs employés;
- encouragement du choix du métier et de la formation professionnelle;
- prestations communales d'insertion (prestations de garde des enfants, conseil aux personnes endettées et dépendantes par exemple);
- allocation de reprise d'activité;
- prestations d'insertion pour personnes exerçant une activité indépendante;
- occasions de travail;
- encouragement d'une relation de travail.

Doit-on accepter n'importe quel travail?

Par principe, on peut vous demander d'accepter n'importe quel travail, en vertu de l'art. 10 du Livre II du Code social (SGB II). Des exceptions s'appliquent par exemple si des raisons corporelles, mentales ou psychiques s'opposent à l'emploi ou si des emplois devaient être considérés comme immoraux en raison d'une trop faible rémunération. La garde d'enfants de moins de trois ans ou la dispense de soins à des membres de la famille peuvent aussi motiver le refus d'un travail. D'autres raisons importantes peuvent également être invoquées, notamment la fréquentation d'un établissement d'enseignement général.

Quiconque refuse un travail, une formation ou une mesure d'insertion bien qu'acceptable s'expose à des réductions de l'allocation de chômage II et à sa suppression éventuelle en cas de récidive.

Dans un premier temps, les prestations en espèces peuvent être diminuées d'un montant de 30% du taux normal entrant en ligne de compte pendant trois mois. Trois manquements à ces obligations au cours d'une année se soldent par une suppression totale du droit aux prestations de l'allocation de chômage II. Les sanctions possibles sont plus sévères encore pour les jeunes gens de moins de 25 ans, l'allocation de chômage II étant réduite à zéro dès le second manquement aux obligations. La sanction peut être allégée si l'ayant droit qui a besoin d'aide se déclare après coup prêt à remplir ses obligations. Cela signifie pour les jeunes gens que des prestations de logement et de chauffage peuvent de nouveau être octroyées ou que la période de sanction peut être ramenée à six semaines à partir de ce moment et après considération de tous les éléments du dossier.

En cas de diminution de plus de 30%, le «Jobcenter» peut accorder, sur demande, des prestations en nature complémentaires ou des prestations financières sous forme de bons. Des prestations en nature doivent être accordées lorsque le ménage de l'ayant droit compte des enfants mineurs.

Montant, durée et versement de l'allocation de chômage II

L'allocation de chômage II est une prestation d'assistance subsidiaire et ce caractère doit par principe être pris en compte pour son calcul. Cela signifie que les prestations sociales servies par d'autres institutions débitrices prévalent et que le revenu généré, après prise en compte des abattements, ainsi que le patrimoine, déduction faite du patrimoine exempté, réduisent le droit à l'allocation de chômage II.

Enfin, le montant de la prestation en espèces de l'allocation de chômage II s'oriente sur le besoin concret de l'ayant droit concerné en capacité de gain et se trouvant dans le besoin et des membres de sa famille vivant avec lui dans une communauté solidaire (conjoint/partenaire et enfants jusqu'à leur 25^{ème} anniversaire).

Les ayants droit en capacité de gain perçoivent au titre de l'allocation de chômage II des prestations d'assurance de la subsistance, se composant du taux normal entrant en ligne de compte et d'un éventuel besoin supplémentaire, y compris coûts appropriés du logement et du chauffage.

Le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales a mis en place un numéro d'appel (+49 30 221 911 003) pour l'information du public. Ce service opère du lundi au jeudi de 8 h à 20 h et répond à vos questions sur la politique en matière d'emploi et la promotion de l'emploi.

Le taux normal servant à assurer la subsistance des ayants droit en capacité de gain englobe, outre l'alimentation, l'hygiène corporelle, l'équipement domestique et les besoins personnels de la vie courante, les relations avec l'environnement et une participation à la vie culturelle. Le taux normal couvre des besoins courants et des besoins non récurrents (remplacement).

Depuis le 1er janvier 2018, le taux normal entrant en ligne de compte est de 416 EUR par mois pour les personnes vivant seules, les personnes assurant seules l'éducation d'enfants et les demandeurs d'emploi dont le partenaire a moins de 18 ans. Si les deux partenaires sont majeurs, le taux normal entrant en ligne de compte est alors de 374 EUR par mois.

Le taux normal entrant en ligne de compte pour les enfants et les adolescents est échelonné selon l'âge. Il s'élève à 240 EUR pour les enfants de moins de 6 ans, à 296 EUR pour les enfants de 6 à moins de 14 ans, à 316 EUR pour les adolescents de 14 à moins de 18 ans et à 332 EUR pour la tranche d'âge de 18 à moins de 25 ans.

Les mesures d'éducation et de participation, appelées «bouquet éducation», sont servies en plus des taux normaux entrant en ligne de compte pour les enfants et les adolescents.

Le bouquet éducation englobe les prestations suivantes:

- frais véritablement encourus pour des excursions d'une journée ou des voyages de plusieurs jours organisés par l'école ou l'établissement d'accueil;
- prestations pour les fournitures scolaires personnelles (d'un montant de 70 EUR au 1er août et de 30 EUR au 1er février de chaque année);
- coûts du transport scolaire dans la mesure où il est nécessaire (participation financière acceptable : 5 EUR) et n'est pas déjà pris en charge par des tiers;
- prestations de soutien scolaire dans certaines conditions;
- coûts en sus pour un repas de midi en collectivité à l'école, à la crèche ou dans l'établissement d'accueil (participation de 1 EUR par enfant);
- budget mensuel de participation d'une valeur totale de 10 EUR maximum pour la participation à la vie sociale.

Les enfants qui bénéficient de la majoration pour enfants et de l'allocation de logement sont aussi éligibles.

Ainsi, les personnes ayant droit au minimum individuel ont à disposition une prestation en espèces sous forme de montant forfaitaire pour se procurer tous les biens nécessaires à la couverture de leurs besoins.

Certains frais supplémentaires (besoin supplémentaire) non couverts par le taux normal sont pris en charge pour des situations particulières et dans certaines conditions

1. pour les femmes enceintes à partir de la 13^{ème} semaine de grossesse;
2. pour les personnes assurant seules l'éducation d'enfants, en fonction de l'âge des enfants et de leur nombre;
3. pour les personnes handicapées en capacité de gain en vue d'une participation à la vie active;

4. pour l'alimentation (si une nourriture coûteuse est prouvée nécessaire pour des raisons médicales)
5. pour un besoin particulier éventuellement récurrent, courant, impérieux dans le cas donné (dispositions pour les situations précaires)
6. pour une génération d'eau chaude décentralisée nécessaire (chauffe-eau électrique ou au gaz).

La somme des besoins supplémentaires reconnus pour la subsistance en vertu des points 1 à 4 ne doit pas dépasser le montant du taux normal entrant en ligne de compte.

La prestation mensuelle en espèces constitue un budget que son bénéficiaire peut gérer de façon autonome, et donc en faisant preuve de responsabilité. Pour le cas où ces prestations seraient toutefois insuffisantes, des prêts peuvent être envisagés à titre complémentaire dans certaines conditions.

En plus du taux normal, des prestations à part sont accordées pour:

1. le premier équipement du logement, y compris appareils ménagers;
2. le premier équipement en habillement et le premier équipement pour la grossesse et la naissance, et
3. la fourniture et la réparation de chaussures orthopédiques ainsi que la réparation et/ou la location d'appareils thérapeutiques.

Le droit aux trois prestations uniques distinctes nommées subsiste sans l'octroi de prestations d'aide à la subsistance pour cause d'absence de besoin dans le cas où le revenu ne suffit pas pour couvrir totalement un besoin particulier.

Coûts du logement: les dépenses d'un montant approprié pour le logement et le chauffage sont reconnus comme besoin par les communes pour l'ensemble de la communauté solidaire, dans le cadre de l'allocation de chômage II / l'allocation sociale. Ils englobent également les dépenses pour l'eau froide et l'eau chaude ainsi que les eaux usées. Les arriérés de loyer peuvent également être pris en charge sous forme de prêt si le locataire risque de se retrouver sans abri. Les communes sont compétentes pour décider de ce qui est approprié ou pas. Si vous percevez une allocation de chômage II prenant en compte les dépenses de logement, vous n'avez plus droit à l'allocation de logement.

Quiconque vit dans un logement dont la taille ou le loyer n'est pas approprié bénéficie d'une prise en compte des dépenses pendant six mois maximum s'il n'est pas possible ou acceptable de procéder plus tôt à un déménagement ou de réduire le loyer, en sous-louant par exemple. Au bout de ces six mois, il devra être décidé au cas par cas si seule la part appropriée des dépenses devra être prise en charge.

Si un déménagement est nécessaire parce que les coûts du logement dépassent le montant approprié, c'est aussi la commune qui prend en charge les frais de déménagement. Cette règle s'applique également si le déménagement est nécessaire pour d'autres raisons et si un logement ne peut sinon être trouvé dans un délai approprié.

Taux normal entrant en ligne de compte pour les différentes catégories d'ayants droit

Personne vivant seule ou assurant seule l'éducation d'enfants	Autres membres de la communauté solidaire				
	Enfants jusqu'à leur 6 ^{ème} anniversaire	Enfants de 6 ans révolus jusqu'à leur 14 ^{ème} anniversaire	Enfants de 14 ans révolus jusqu'à leur 18 ^{ème} anniversaire	Enfants de 18 ans révolus jusqu'à leur 25 ^{ème} anniversaire	Partenaire à partir de ses 18 ans révolus
416 EUR	240 EUR	296 EUR	316 EUR	332 EUR	374 EUR

Cotisations à l'assurance sociale

Pendant la durée de perception de l'allocation de chômage II les ayants droit en capacité de gain sont obligatoirement affiliés au régime légal de l'assurance maladie et à l'assurance dépendance sociale. Sont exemptés de l'assurance obligatoire les bénéficiaires de l'allocation de chômage II qui relèvent de l'assurance maladie privée. En font partie les personnes ayant été assurées dans ce cadre de l'assurance maladie privée immédiatement avant la perception de l'allocation de chômage II ou bien les personnes n'ayant été affiliées ni au régime légal ni au régime privé et qui ont exercé une activité indépendante, en particulier, ou ont été exemptées de l'affiliation au régime légal (tels que les fonctionnaires). Cette catégorie de personnes est assujettie à l'obligation d'assurance auprès d'une caisse d'assurance maladie privée où elle a, en règle générale, accès à un tarif de base. Les ayants droit assurés dans le cadre d'une assurance maladie privée perçoivent une subvention à leurs cotisations. Les bénéficiaires de l'allocation sociale sont généralement couverts en tant qu'ayants droit familiaux pour ce qui est des assurances maladie et dépendance.

Majoration pour enfants (Kinderzuschlag) destinée à éviter qu'une famille soit dans le besoin

Les parents capables d'assurer avec leur revenu ou leur patrimoine leur propre subsistance mais pas celle de leurs enfants perçoivent la majoration dite pour enfants (Kinderzuschlag) pour les enfants en question. Cette majoration permet d'éviter que la famille doive faire une demande d'allocation de chômage II / d'allocation sociale uniquement pour assurer la subsistance des enfants.

Cette majoration peut atteindre 170 EUR par enfant et par mois. La demande en est faite auprès de la caisse de prestations familiales également compétente pour le versement des allocations familiales. Le plafond de revenu de la famille pour la majoration pour enfants dépend du montant du loyer et des éventuels droits à besoins supplémentaires.

Si le revenu des parents dépasse leur propre besoin, 50 % de l'excédent ne sont pas pris en compte. Le reste du revenu entraîne une réduction de la majoration pour enfants. En règle générale, la majoration pour enfants est accordée pour des périodes de six mois. Le versement peut en être prolongé si les conditions d'octroi restent remplies

Droit du travail

Les salariés se trouvent dans une situation de dépendance par rapport à leur employeur: dépendance sur le plan économique, mais aussi, dans le cadre de leur contrat de travail, à titre personnel. Voilà pourquoi ils ont besoin d'une protection, que leur apporte le droit du travail. Cette législation spécifique s'applique à tous les travailleurs salariés, ouvriers et employés. Quant aux travailleurs à domicile, qui sont particulièrement tributaires de leurs employeurs, les dispositions en matière de droit du travail leur sont également applicables, en partie par l'intermédiaire de dispositions légales spéciales, en partie par analogie. Une distinction est opérée à ce sujet entre deux formes présentées par le droit du travail. Le droit du travail individuel régit le rapport existant entre l'employeur et le travailleur. Le droit du travail collectif régit les droits des syndicats et des associations patronales au niveau de l'établissement et surtout au-delà.

En quoi consiste le droit du travail individuel?

Le droit du travail individuel est centré sur la relation individuelle de travail issue du contrat de travail que vous avez conclu avec votre employeur.

Le contrat de travail apporte en premier lieu une réponse à deux questions majeures: Quelle prestation de travail devez-vous fournir et à quelle rémunération avez-vous droit en contrepartie?

Par ailleurs, le contrat de travail peut définir d'autres droits et obligations susceptibles de régler les conditions de travail dans leur ensemble. Ces droits et obligations peuvent concerner le travailleur salarié que vous êtes aussi bien que votre employeur. Un certain nombre de droits minimaux vous sont garantis en votre qualité de salarié par diverses dispositions légales. En font partie la Loi fédérale sur les congés payés ainsi que la Loi sur le maintien de la rémunération grâce à laquelle vous bénéficiez d'un droit à une couverture pécuniaire de la part de votre employeur pour une durée pouvant aller jusqu'à six semaines en cas de maladie, ou encore les dispositions de la Loi sur le temps partiel et les contrats à durée déterminée (Teilzeit- und Befristungsgesetz, TzBfG), de la Loi relative au congé soins aux personnes dépendantes (Pflegezeitgesetz, PflegeZG) et de la Loi relative au congé soins à des membres de la famille (FPfZG). La Loi sur le temps partiel et les contrats à durée déterminée permet aux travailleurs de réduire leur temps de travail, dans certaines conditions. En vertu de cette loi, les travailleurs à temps partiel ne doivent pas être défavorisés par rapport aux travailleurs à temps plein, à moins que la différence de traitement soit fondée. Quant à la Loi relative au congé soins aux personnes dépendantes et à la Loi relative au congé soins à des membres de la famille, elles offrent aux travailleurs, dans certaines conditions, la possibilité de prodiguer des soins à des parents proches dépendants, chez ceux-ci, en étant entièrement ou partiellement dégagés de leurs obligations professionnelles, et contribuent ainsi à mieux concilier vie professionnelle et soins dans le cadre familial. La Loi générale sur l'égalité de traitement (Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz, AGG) offre elle aussi une protection minimum contre la discrimination dans le cadre de l'emploi et de la vie professionnelle en interdisant tout traitement discriminatoire motivé par la race, l'origine ethnique, le sexe, la religion ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'identité sexuelle.

La brochure gratuite «Entgeltfortzahlung» (Maintien du salaire) (référence A 164) du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales offre un aperçu des droits et obligations des employeurs et des salariés.

Par l'intermédiaire du contrat de travail ou d'une convention collective (voir à «Droit des conventions collectives»), le droit du travail permet aux employeurs et aux salariés de définir, au-delà des droits minimaux légaux, des conditions de travail plus favorables.

Les délais de préavis font également l'objet de dispositions légales. Le préavis de base, celui que salariés et employeurs doivent obligatoirement observer, a une durée de quatre semaines à échéance

Le DVD gratuit «Teilzeitrechner» (Calcul du temps partiel) (référence D 132) vous permet de calculer votre rémunération à partir du temps partiel choisi.

du quinze ou de la fin d'un mois civil. Plus un salarié a de l'ancienneté, plus le préavis que l'employeur doit observer pour un licenciement est long. Ainsi l'employeur doit observer un préavis d'un mois à échéance de la fin d'un mois civil dans le cas d'un salarié travaillant dans l'entreprise depuis au moins deux ans. La durée du préavis est prolongée chaque fois d'un mois après cinq, huit, dix, douze et quinze ans d'ancienneté. Après vingt ans d'ancienneté, le préavis est de sept mois à échéance de la fin d'un mois civil.

Une convention collective peut fixer un délai plus long ou plus court. Dans le contrat de travail, hormis le cas où il est convenu d'appliquer un préavis conforme à la convention collective, il ne peut être question, par principe, que d'un délai plus long. Cas d'exception : Un délai de préavis plus court peut être convenu par contrat de travail individuel pour les trois premiers mois d'un emploi auxiliaire. Dans les entreprises n'employant pas plus de 20 salariés, il est possible de fixer un délai de base de quatre semaines sans échéance fixe (donc ni au 15 ni à la fin du mois civil). Le délai ne doit toutefois pas être plus long pour le travailleur que pour l'employeur.

Vous pouvez demander la brochure gratuite «Teilzeit – Alles was Recht ist » (Temps partiel – les bases juridiques) (référence A 263) auprès du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales).

En vertu de la Loi sur la protection contre les licenciements (Kündigungsschutzgesetz, KSchG), un licenciement régulier (dans les délais de préavis) est socialement justifié et valide s'il est motivé par des raisons liées à la personne ou au comportement du salarié ou par des impératifs pressants au sein de l'entreprise s'opposant à une poursuite de l'emploi du salarié dans celle-ci. L'application de la Loi sur la protection contre les licenciements à une relation de travail dépend de la taille de l'entreprise (ou de l'administration) et de la date d'embauche.

- Si la relation de travail a débuté le 1er janvier 2004 ou après cette date, la Loi sur la protection contre les licenciements s'applique aux entreprises comptant normalement plus de dix salariés.
- Si la relation de travail existait déjà le 31 décembre 2003, la Loi sur la protection contre les licenciements s'applique si l'entreprise comptait au 31 décembre 2003 plus de cinq employés qui étaient encore salariés de l'entreprise au moment du licenciement. Les personnes nouvellement employées après le 31 décembre 2003 n'entrent pas en ligne de compte pour le calcul du nombre de salariés.

Vous pouvez La brochure gratuite «Kündigungsschutz» (Protection contre les licenciements) (référence A 163) fournit des informations aux employeurs comme aux salariés.

Pour le calcul du nombre de salariés, les salariés à temps partiel sont comptés au prorata de leur temps de travail et les apprentis ne sont pas pris en compte. Les travailleurs intérimaires employés dans l'établissement doivent être pris en compte si leur utilisation est motivée par un besoin en personnel «en règle générale» existant.

L'application de la Loi sur la protection contre les licenciements suppose également que la relation de travail de l'employé existe sans interruption depuis plus de six mois (délai d'affiliation préalable pour l'acquisition des droits) au sein d'une même entreprise ou d'un même établissement au moment du licenciement.

En présence d'un motif sérieux, un contrat de travail peut également faire l'objet d'une résiliation pour circonstances exceptionnelles (sans préavis).

Tout salarié souhaitant faire valoir qu'un licenciement est socialement injustifié ou invalide pour d'autres raisons doit saisir le tribunal du travail compétent dans les trois semaines qui suivent la notification par écrit du licenciement.

Les personnes gravement handicapées bénéficient d'une protection particulière en matière de licenciement. L'office de l'intégration doit par principe donner son accord à toute résiliation de la relation de travail par l'employeur, la résiliation étant invalide sans cet accord. Le licenciement d'une personne gravement handicapée prononcée par l'employeur sans participation de la représentation des personnes gravement handicapées est également nul.

Les conditions liées à la limitation de la durée des contrats de travail et les conséquences juridiques des limitations non valides sont régies par la Loi sur le temps partiel et les contrats à durée déterminée (Teilzeit- und Befristungsgesetz, TzBfG). Un contrat de travail à durée déterminée prend fin à l'expiration du délai convenu ou à la réalisation de l'objectif sans qu'une notification expresse du congé soit nécessaire. Une dénonciation dans les délais de préavis du contrat de travail à durée déterminée avant l'expiration de celui-ci est admissible si la possibilité de dénonciation a été convenue dans le contrat de travail ou dans la convention collective applicable. Tout salarié souhaitant faire valoir que la limitation de la durée d'un contrat de travail est invalide doit saisir le tribunal du travail dans les trois semaines qui suivent l'expiration de la durée convenue du contrat de travail à durée limitée.

La brochure gratuite
«Arbeitsrecht –
Informationen für
Arbeitnehmer und
Arbeitgeber» (Droit du
travail – informations
destinées aux
travailleurs et aux
employeurs)
(référence A 711) vous
informe de vos droits
et obligations.

Les préavis, les contrats de résiliation d'une relation de travail et la limitation de la durée des contrats de travail doivent être formulés par écrit pour être valides.

En quoi consiste le droit du travail collectif?

Le droit du travail applicable aux rapports collectifs présente deux niveaux:

- Le droit des conventions collectives, au niveau duquel ont lieu les rencontres entre les syndicats, les associations patronales et des employeurs individuels.
- Le droit de l'organisation des entreprises, sur la base duquel ont lieu les rencontres entre l'employeur et le personnel des entreprises individuelles.

Le droit des conventions collectives

L'autonomie contractuelle des parties aux conventions collectives fait partie du droit d'action des syndicats et des organisations patronales garanti par la constitution. Elle habilite les partenaires sociaux à conclure des conventions collectives sous leur propre responsabilité.

Les conditions de travail conventionnelles jouent un rôle déterminant pour la plupart des relations de travail. Ce simple fait illustre bien pourquoi l'autonomie contractuelle des partenaires sociaux est d'une telle importance en Allemagne.

Les conventions collectives sont conclues entre des syndicats et des associations patronales (on dit qu'il y a «coalition») ou entre des syndicats et un employeur particulier. C'est l'instrument le plus puissant dont disposent les partenaires sociaux pour faire valoir les intérêts de leurs adhérents respectifs et agir sur les conditions de travail et sur celles de l'économie. Les conventions collectives remplissent trois fonctions essentielles:

1) Une fonction de protection

La convention collective vous protège, en votre qualité de salarié, contre les risques de soumission à des conditions de travail qui seraient unilatéralement fixées par votre employeur. En effet, le contrat de travail ne doit pas comporter de conditions moins favorables que celles fixées dans la convention collective (conditions de travail minimales).

2) Une fonction d'organisation

Pour la durée de sa validité, la convention collective confère à toutes les relations de travail auxquelles elle s'applique un contenu déterminé.

3) Une fonction de maintien de la paix sociale

Tant qu'une convention collective est applicable, les salariés n'ont pas le droit de se mettre en grève dans le but d'imposer de nouvelles revendications pour des matières faisant l'objet de la convention collective.

Donnent notamment lieu à une réglementation sur la base d'une convention collective:

- le montant de la rémunération du travail;
- l'horaire de travail;
- la durée des congés payés;
- les délais de préavis.

Vous n'avez pas automatiquement droit au bénéfice des conditions de travail fixées par les conventions collectives, par exemple un salaire conventionnel. Aux termes de la Loi sur les conventions collectives, ce droit est acquis uniquement si:

- soit aussi bien l'employeur que le salarié sont syndiqués auprès des groupements (association patronale, syndicat) qui sont parties à la convention collective (si l'employeur n'est pas lui-même partie signataire d'un accord collectif d'entreprise);
- soit la convention collective a fait l'objet d'une extension la rendant d'application générale. Il va de soi que ceci est valable à la seule condition que la relation de travail concernée entre dans le champ d'application de la convention collective.

Abstraction faite des cas précités, employeurs et salariés peuvent convenir de l'application de dispositions conventionnelles dans le cadre d'un contrat individuel de travail. Il en va de même si l'application de dispositions conventionnelles est couramment pratiquée dans l'établissement.

Durées conventionnelles du temps de travail hebdomadaire

Durée de travail en heures	Travailleurs concernés (en %)						
	2008	2007	2005	1998	1995	1980	1975
35	19,7	20,1	20,5	19,8	18,8	-	-
36	2,7	2,7	2,8	2,3	0,9	-	-
36,5	0,5	0,4	0,4	0,6	0,3	-	-
37	6,0	6,8	6,8	6,8	9,0	-	-
37,5	13,0	12,3	12,5	12,7	12,6	-	-
38	10,9	10,6	11,0	10,0	6,9	-	-
38,5	21,9	22,4	22,7	21,1	20,6	-	-
39	14,3	13,2	13,4	17,0	18,3	-	-
39,5	0,2	0,2	0,7	0,2	0,2	-	-
40	8,6	8,9	9,0	9,2	12,3	94,0	90,6
41	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	1,4	1,6
41,5	-	-	-	-	-	-	0,7
42	-	-	-	-	-	3,5	1,5
42,5	-	-	-	-	-	0,4	0,4
43	-	-	-	-	-	0,7	1,6
44	-	-	-	-	-	2,7	
45	-	-	-	-	-	-	0,9
Durée moyenne de travail (en heures)	37,59	37,57	37,64	37,65	37,80	40,12	40,27

Le droit de l'organisation des entreprises

Le droit de l'organisation des entreprises régit les rapports existant entre le personnel et l'employeur au sein de l'entreprise. L'idée fondamentale en est que, avec le concours des syndicats et associations patronales représentés dans l'entreprise, employeur et conseil d'entreprise coopèrent dans une confiance mutuelle, pour le bien des travailleurs et de l'entreprise.

Le conseil d'entreprise est élu par les membres du personnel. En premier lieu, il assume toute une série de fonctions d'ordre général. Il veille notamment à ce que les règles applicables en faveur des salariés telles que lois, règlements, prescriptions en matière de prévention des accidents du travail, conventions collectives et accords d'entreprise soient effectivement respectées ou appliquées.

En outre, la participation du conseil d'entreprise est à prévoir pour les affaires d'ordre social, personnel et économique.

Ces droits à participation se subdivisent selon leur importance en:

- droits de cogestion;
- droits de coopération.

Le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales a mis en place un numéro d'appel (+49 30 221911004) pour l'information du public. Ce service opère du lundi au jeudi de 8 h à 20 h et répond à vos questions sur le droit du travail.

La cogestion est la plus puissante des formes de participation. Dans les cas où le conseil d'entreprise jouit d'un droit de cogestion, l'employeur ne peut prendre des décisions et agir que si le conseil d'entreprise donne son consentement. Mais que se passe-t-il quand le conseil d'entreprise refuse de donner son consentement? C'est alors à un organisme de conciliation de trancher. Ce dernier se compose d'un nombre égal d'assesseurs mandatés par l'employeur et le conseil d'entreprise ainsi que d'un président neutre sur le choix duquel les deux parties doivent s'accorder.

Quand le conseil d'entreprise dispose uniquement d'un droit de coopération, l'employeur est tenu soit d'informer le conseil d'entreprise, soit de le consulter, soit de délibérer avec lui sur les affaires concernées.

Pour plus de détails sur le droit de l'organisation des entreprises, reportez-vous au chapitre intitulé «Organisation des entreprises».

Législation

Le droit du travail résulte de toute une série de lois particulières. Sont par exemple concernés:

- le Code civil (Bürgerliches Gesetzbuch);
- la Loi sur la protection contre les licenciements (Kündigungsschutzgesetz);
- la Loi fédérale sur les congés payés (Bundesurlaubsgesetz);
- la Loi sur la protection de la maternité (Mutterschutzgesetz);
- la Loi sur le maintien de la rémunération en cas de maladie (Entgeltfortzahlungsgesetz);
- la Loi sur les documents attestant les relations de travail (Nachweisgesetz);
- la Loi sur le temps de travail (Arbeitszeitgesetz);
- la Loi relative au congé soins à des membres de la famille (Familienpflegezeitgesetz);
- la Loi sur la protection des jeunes travailleurs (Jugendarbeitsschutzgesetz);
- le règlement relatif à l'industrie, à l'artisanat et au commerce (Gewerbeordnung);
- la Loi sur les conventions collectives (Tarifvertragsgesetz);
- la Loi sur le temps partiel et les contrats à durée déterminée (Teilzeit- und Befristungsgesetz);
- la Loi sur l'organisation des entreprises (Betriebsverfassungsgesetz);
- la Loi sur les comités des cadres de direction (Sprecherausschußgesetz);
- la Loi sur la cogestion dans les entreprises minières et sidérurgiques (Montan-Mitbestimmungsgesetz);
- la Loi de représentation au tiers (Drittelbeteiligungsgesetz);
- la Loi sur la cogestion (Mitbestimmungsgesetz);
- la Loi relative au congé soins aux personnes dépendantes (Pflegezeitgesetz);
- la Loi sur le détachement transfrontalier de travailleurs (Arbeitnehmer-Entsendegesetz);
- la Loi portant sur des conditions minimum de travail (Mindestarbeitsbedingungengesetz);
- la Loi portant sur le salaire minimum (Mindestlohnsgesetz);
- la Loi générale sur l'égalité de traitement (Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz).

Important:

Pour la fonction publique, les lois sur la représentation du personnel de l'administration publique (Personalvertretungsgesetz) édictées par la Fédération et les Länder se substituent à la Loi sur l'organisation des entreprises.

Organisation des entreprises

Dans quelle mesure le salarié et l'instance qui le représente dans l'établissement ont-ils le moyen de coopérer et de cogérer pour ce qui est de la marche de l'entreprise? Quels sont les droits des syndicats dans le cadre de l'organisation de l'entreprise? La Loi sur l'organisation des entreprises apporte une réponse à ces questions. Elle a pour objet l'ordre auquel sont soumis les différents acteurs au sein de l'entreprise.

La Loi sur l'organisation des entreprises permet aux salariés de participer à certaines décisions prises au sein de l'entreprise. Les droits de participation du personnel couvrent en fait toute la marche de l'entreprise et portent sur les questions d'ordre social, économique ou sur celles relatives au personnel. La loi instaure donc des rapports démocratiques au sein des entreprises et élargit les possibilités offertes pour humaniser davantage la vie active.

Les droits

En tant que salarié, vous jouissez d'un grand nombre de droits bien définis. Vous avez notamment droit à être informé et consulté pour tout ce qui concerne directement votre propre poste de travail. C'est ainsi que vous pouvez :

- exiger d'être informé de l'incidence qu'ont de nouvelles techniques sur votre poste de travail;
- prendre connaissance de votre dossier personnel;
- vous faire expliquer la teneur du jugement porté sur votre prestation;
- vous faire expliquer comment est calculée la rémunération de votre travail.

Si vous vous estimez défavorisé ou injustement traité, vous avez la possibilité d'user de votre droit de recours et, si vous le désirez, de solliciter l'appui du conseil d'entreprise pour défendre vos intérêts auprès de votre employeur.

Le conseil d'entreprise et l'employeur sont invités à travailler dans un climat de confiance, pour le bien des travailleurs et de l'entreprise. Ils sont invités à le faire en coopérant avec les syndicats et les organisations patronales.

Composition du conseil d'entreprise

La taille du conseil d'entreprise est fonction du nombre d'employés de l'entreprise. Sont ainsi élus:

- 1 personne dans les entreprises comptant de 5 à 20 salariés titulaires du droit de vote;
- 3 membres dans les entreprises comptant de 21 à 50 salariés électeurs;
- 5 membres dans les entreprises comptant de 51 à 100 électeurs.

Le conseil d'entreprise des entreprises plus importantes compte un plus grand nombre de membres.

Les entreprises possédant plusieurs conseils d'entreprise doivent former un conseil d'entreprise central. Les groupes d'entreprises possédant plusieurs conseils d'entreprise centraux peuvent constituer un conseil d'entreprise de groupe. Il en va de même s'il existe plusieurs délégations des jeunes travailleurs et des apprentis.

Un comité économique est à former dans les entreprises de plus de 100 salariés ayant un conseil d'entreprise. Le comité économique a des droits étendus à l'information et à la délibération dans les questions économiques. Ses membres sont désignés par le conseil d'entreprise.

Le sexe en minorité au sein des effectifs doit être représenté au conseil d'entreprise au moins conformément à son importance numérique au sein de l'entreprise. Cette clause de représentation minimale s'applique à tous les conseils d'entreprise ayant au moins trois membres.

Si le conseil d'entreprise se compose de neuf membres et plus, il doit former en son sein un comité de gestion des affaires courantes.

Sous certaines conditions, des personnes mandatées par les syndicats représentés dans l'entreprise peuvent également participer aux séances du conseil d'entreprise.

Dans quelles entreprises un conseil d'entreprise peut-il être constitué?

Dès lors qu'une entreprise du secteur privé emploie au moins cinq salariés âgés de plus de dix-huit ans, ceux-ci peuvent élire un conseil d'entreprise. Toutefois, il faut que trois d'entre eux au moins fassent partie de l'entreprise depuis au moins six mois (condition d'éligibilité).

Les salariés âgés de moins de dix-huit ans ainsi que les personnes en cours de formation âgées de moins de vingt-cinq ans peuvent élire un représentant des jeunes travailleurs et des apprentis.

Un conseil d'entreprise central doit être constitué au niveau d'une entreprise comptant plusieurs établissements ayant un conseil d'entreprise; au niveau d'un groupe d'entreprises, un conseil d'entreprise de groupe doit être constitué.

Il n'y a pas de conseil d'entreprise dans les administrations et les entreprises de la Fédération, des Länder et des communes, pas plus que dans les autres institutions de droit public. Dans leur cas, se substitue à la Loi sur l'organisation des entreprises la Loi sur la représentation du personnel de l'administration fédérale et, dans le cas d'organismes relevant des Länder, les différentes lois sur la représentation du personnel de l'administration du Land.

Les cadres de direction tels que les fondés de pouvoir ou les cadres supérieurs occupant un échelon comparable dans la hiérarchie ne sont pas représentés par le conseil d'entreprise. Si l'établissement compte au moins dix cadres de direction, ceux-ci peuvent constituer un comité de représentants en vertu de la Loi sur les comités des cadres de direction. Ces comités des cadres de direction sont également possibles au niveau d'une entreprise comptant plusieurs établissements, sous forme de comité de représentants central ou de comité de représentants de l'ensemble de l'entreprise. Il peut également y avoir formation d'un comité de représentants de groupe au niveau d'un groupe.

Cas particulier:

Les cadres de direction ne peuvent former un comité de représentants qu'à la condition que la majorité se prononce en sa faveur lors du premier vote.

Représentation des personnes gravement handicapées

Les intérêts particuliers des personnes gravement handicapées dans les entreprises et les administrations sont défendus par la représentation des personnes gravement handicapées (personne de confiance des personnes gravement handicapées). Celle-ci est élue dans les établissements ou les bureaux employant au moins cinq personnes gravement handicapées de manière durable. Toutes les personnes gravement handicapées employées dans l'établissement ou dans le bureau en constituent l'électorat.

La représentation des personnes gravement handicapées encourage l'insertion des personnes gravement handicapées, représente leurs intérêts au sein de l'établissement ou du bureau et est aux côtés des personnes gravement handicapées pour les conseiller et les aider. Pour ces missions, la personne de confiance dispose par exemple de droits de consultation et de participation vis-à-vis de l'employeur et des autres organes de cogestion.

L'insertion des personnes gravement handicapées au sein de l'établissement ou du bureau bénéficie en outre de l'encouragement de tous, et aussi des autres organes de cogestion (conseil d'entreprise, conseil du personnel, conseil des magistrats par exemple).

Quel est l'électorat du conseil d'entreprise?

Tous les salariés âgés de dix-huit ans révolus ont le droit d'élire le conseil d'entreprise. Les intérimaires disposent également d'un droit de vote lors des élections au conseil d'entreprise de l'entreprise utilisatrice si leur mission dans cette dernière dure plus de trois mois. Sont toutefois éligibles au conseil d'entreprise seuls les salariés employés depuis au moins six mois dans l'entreprise. Pour le calcul de cette ancienneté, on tient compte des périodes de travail effectuées dans un autre établissement de la même entreprise ou du même groupe. En vertu de la réforme de l'art. 5 de la Loi sur l'organisation des entreprises entrée en vigueur en juillet 2009, les fonctionnaires, les employés du service public et les soldats sont globalement considérés comme salariés au sens de la Loi sur l'organisation des entreprises s'ils travaillent dans des établissements faisant partie d'entreprises de droit privé. Les dispositions réglant le classement comme cadres de l'art. 5 al. 3 de la Loi sur l'organisation des entreprises s'applique aussi, de la même manière, aux fonctionnaires et soldats travaillant dans des entreprises ayant une organisation de droit privé. Ainsi, une réglementation générale visant le droit de vote actif et passif au conseil d'entreprise, au conseil de surveillance et au comité des représentants a été introduite pour les fonctionnaires et employés du service public travaillant dans des entreprises de droit privé.

Attributions du conseil d'entreprise

Le conseil d'entreprise doit notamment veiller à ce que soient effectivement respectées les réglementations applicables en faveur des salariés telles que lois, règlements, prescriptions en matière de prévention des accidents ainsi que les conventions collectives et accords d'entreprises conclus.

Le conseil d'entreprise intervient dans le cadre de la cogestion pour toute une série d'affaires sociales:

- pour les questions relatives au règlement intérieur de l'entreprise et au comportement des salariés;
- lors du règlement des questions relatives aux horaires de travail de l'entreprise et lors de l'introduction d'un chômage partiel ou d'heures supplémentaires;
- lors de l'établissement des principes généraux régissant les congés payés et du calendrier des départs en congé ainsi que pour la fixation des dates de départ en congé d'un travailleur en particulier, dans la mesure où ce travailleur et l'employeur ne parviennent à aucun accord;
- pour les questions relatives à la forme, à l'aménagement et à la gestion des œuvres sociales dont le champ d'action se limite à l'établissement, à l'entreprise ou au groupe;
- pour les projets d'introduction et d'utilisation d'installations techniques destinées à surveiller le comportement et le rendement des salariés;
- dans le cadre des prescriptions légales, lors de la mise au point des dispositions destinées à prévenir les accidents de travail et les maladies professionnelles ou relatives aux questions de protection de la santé;
- pour l'attribution ou la résiliation des baux de logements d'entreprise;

- pour les questions relatives à la structure des salaires au sein de l'entreprise, à la détermination des principes de rémunération, à la fixation des taux de salaires aux pièces, de primes ainsi que de toutes formes comparables de rémunération au rendement;
- pour l'élaboration de principes relatifs à la mise en œuvre du travail de groupe.

En outre, le conseil d'entreprise intervient dans le cadre de la coopération et, dans une large mesure, dans celui de la cogestion:

- lors de l'aménagement des postes de travail, des différentes phases dans le déroulement du travail et de l'environnement de travail;
- pour la gestion des ressources humaines;
- en matière de formation professionnelle.

La sauvegarde de l'emploi et la qualification revêtent une grande importance à l'heure actuelle, et le conseil d'entreprise dispose de possibilités d'aménagement en la matière. Il peut, par exemple, soumettre à l'employeur des propositions en vue d'une flexibilisation du temps de travail, d'un travail à temps partiel et d'un travail dans le cadre de la préretraite progressive ainsi que d'une qualification des salariés au sein de l'entreprise. Il peut également émettre des propositions relatives à de nouvelles formes d'organisation du travail et à des modifications des méthodes et des processus de travail.

Lors de modifications affectant l'entreprise (par ex. ralentissement, cessation ou transfert de l'activité), le conseil d'entreprise peut, dans certaines conditions, imposer un plan social permettant de compenser ou d'atténuer les préjudices économiques subis par les salariés concernés.

Le chef d'entreprise doit informer le comité économique suffisamment tôt de toutes les affaires économiques importantes et le consulter à ce sujet. Compte aussi parmi ces affaires importantes un plan de reprise de l'entreprise si celui-ci est lié à une prise de contrôle. En l'absence de comité économique, la participation du conseil d'entreprise est requise en cas de reprise de l'entreprise.

Dans les entreprises comptant plus de vingt travailleurs titulaires du droit de vote, l'employeur est tenu de solliciter l'accord du conseil d'entreprise pour toutes les mesures concernant le personnel, à savoir:

- les embauchages;
- le classement des salariés dans la grille des salaires;
- les modifications du classement des salariés dans la grille des salaires;
- les mutations.

Le conseil d'entreprise peut refuser son accord sous réserve qu'un certain nombre de conditions prévues par la loi soient remplies. Dès lors que le conseil d'entreprise est contre une mesure que l'employeur entend malgré cela mettre en application, c'est au tribunal du travail de statuer.

Important:

L'employeur est également tenu de consulter le conseil d'entreprise avant toute mesure de licenciement sous peine de frapper ce licenciement de nullité.

En outre, le conseil d'entreprise a le droit de faire opposition à des licenciements réguliers. Cela signifie qu'à la demande d'un salarié auquel a été notifié un licenciement régulier, l'employeur est obligatoirement tenu de maintenir ce salarié dans son emploi, dès lors que le conseil d'entreprise s'oppose au licenciement pour l'un des motifs prévus par la loi et que le salarié a porté plainte au titre de la protection contre le licenciement. Seul le tribunal du travail peut dans ce cas relever l'employeur de son obligation à maintenir le salarié dans l'emploi.

De plus, une opposition motivée de la part du conseil d'entreprise conforte la position d'un salarié lorsqu'une procédure est menée au titre de la protection contre le licenciement.

Toutes les personnes employées dans l'entreprise doivent être traitées selon les principes de la légalité et de l'équité. L'employeur et le conseil d'entreprise sont tenus d'y veiller. Ils doivent surtout prendre garde à ce que personne dans l'entreprise ne subisse un traitement différent de celui de ses collègues en raison de sa race ou de son origine ethnique, de son ascendance ou origine, de sa nationalité, de sa religion ou de ses convictions, de son handicap, de son âge, de

son sexe, de son identité sexuelle ou à cause de ses activités ou opinions politiques ou syndicales. Dans ce contexte, le conseil d'entreprise et les délégués des jeunes travailleurs et des apprentis sont en droit de demander que soient prises des mesures visant à lutter contre les tendances xénophobes au sein de l'entreprise. De plus, aucun salarié ne doit être défavorisé pour avoir dépassé un certain âge. Enfin, l'employeur et le conseil d'entreprise sont tenus de protéger et d'encourager le libre épanouissement de la personnalité des travailleurs employés dans l'entreprise.

Le conseil d'entreprise doit convoquer une assemblée générale du personnel une fois par trimestre. Cette assemblée sert à instaurer le dialogue entre le conseil d'entreprise et les membres du personnel. Le conseil d'entreprise est tenu de rendre compte de ses activités au cours de chaque assemblée. Les salariés ont la possibilité d'exprimer leur opinion sur les résolutions prises par le conseil d'entreprise et de présenter leurs requêtes à l'occasion de cette assemblée.

Cogestion au sein de l'entreprise en Europe

La Loi sur des comités d'entreprise européens (Gesetz über Europäische Betriebsräte) de 1996 a transposé en droit allemand la directive «Comités d'entreprise européens» de l'Union européenne. Elle permet une information et une consultation transnationales des salariés des entreprises et groupes d'entreprises de dimension communautaire qui ont des activités dans deux États membres de l'Union européenne / de l'Espace économique européen ou plus. La Loi s'applique aux entreprises et groupes d'entreprises répondant aux critères ci-dessus et ayant leur siège en Allemagne, employant au moins 1.000 travailleurs dans l'ensemble des États membres et, dans au moins deux États membres différents, au moins 150 travailleurs dans chacun d'eux.

Le comité d'entreprise européen est un organe transnational de représentation des travailleurs destiné à informer et à consulter les travailleurs d'entreprises et de groupes d'entreprises ayant des activités dans plusieurs États membres. Il complète les représentations nationales des travailleurs (conseil d'entreprise, conseil d'entreprise central, conseil d'entreprise de groupe) sans réduire leurs compétences.

La constitution du comité d'entreprise européen et les modalités de l'information et de la consultation transnationales des travailleurs reviennent en priorité à la direction centrale et à un groupe spécial de négociation composé de représentants des travailleurs des États membres concernés, ceci par la conclusion d'accords volontaires. La directive laisse aux employeurs comme aux travailleurs la plus grande latitude qui soit pour aménager les questions de détail d'un comité d'entreprise européen d'une manière qui convienne aux caractéristiques de l'entreprise. La directive et la Loi donnent toutefois à titre d'orientation tout un catalogue de points faisant l'objet de réglementations. En vertu de celui-ci, les accords doivent surtout contenir des dispositions sur les compétences et les missions du comité d'entreprise européen, sur les modalités d'information et de consultation, sur le lieu, la fréquence et la durée des réunions ainsi que sur les moyens financiers et matériels à disposition.

Ce n'est que lorsque l'échec des négociations sur la constitution d'un comité d'entreprise européen a été constaté que la directive et la Loi prescrivent la constitution d'office d'un tel comité, et fixent le domaine de compétence ainsi que les modalités d'information et de consultation.

Les dispositions minimum s'appliquant à un comité d'entreprise européen mis en place en l'absence d'accord prescrivent une information et une consultation de ce comité une fois par an sur l'évolution de la situation économique et sur les perspectives de l'entreprise (du groupe d'entreprises). En font notamment partie la situation économique et financière, l'évolution probable des affaires, de la production et des ventes, la situation en matière d'emploi, les investissements, les relocalisations de production, les fusions, les compressions ou la fermeture d'entreprises, d'établissements ou de parties essentielles d'établissements ainsi que les licenciements collectifs. Ces dispositions correspondent pour l'essentiel aux affaires économiques en vertu de l'art. 106 al. 3 de la Loi sur l'organisation des entreprises.

En plus de cette réunion régulière, le comité d'entreprise européen doit toujours être informé de situations transnationales exceptionnelles et être consulté à ce sujet s'il l'exige, dans la mesure où ces situations ont des conséquences pour l'emploi et affectent les intérêts des travailleurs de façon importante (délocalisation d'un site, fermeture d'un établissement, licenciements collectifs). En présence de circonstances inhabituelles, cela signifie que la direction centrale est tenue d'informer immédiatement le comité d'entreprise européen en lui présentant les documents nécessaires et, à la demande de ce dernier, de le consulter dans des délais par principe suffisants pour que ses propositions ou ses réserves puissent être prises en compte avant qu'une décision ne soit prise dans l'entreprise.

La directive sur les comités d'entreprise européens a été refondue en 2009, un travail effectué avec la participation intensive des syndicats et des associations patronales. Sont entre autres nouvelles les définitions de l'information et de la consultation garantissant que, dans le cas d'une restructuration touchant plusieurs pays, la participation du comité d'entreprise européen soit acquise en temps utile avant la prise de décision dans l'entreprise. La compétence du comité d'entreprise européen pour les questions transnationales a été inscrite dans la partie principale de la directive. Ont également été ajoutées une clarification de la nécessité pour le comité d'entreprise européen de disposer des moyens nécessaires pour représenter de façon collective les effectifs dans le cadre de la directive, une obligation de renégociation de l'accord sur le comité d'entreprise européen en présence de restructurations importantes de l'entreprise ou du groupe d'entreprises ainsi que l'octroi des formations nécessaires pour les membres d'une comité d'entreprise européen. Ces nouvelles dispositions ont été transposées dans le droit national par des réformes adéquates de la Loi sur des comités d'entreprise européens et sont entrées en vigueur le 18 juin 2011.

Législation

Vous trouverez les bases juridiques correspondantes dans:

- la Loi sur l'organisation des entreprises (Betriebsverfassungsgesetz);
- la Loi sur la représentation du personnel de l'administration fédérale (Bundespersonalvertretungsgesetz), les différentes lois sur la représentation du personnel de l'administration du Land (Landespersonalvertretungsgesetz);
- la Loi sur les comités des cadres de direction (Sprecherausschußgesetz) ainsi que
- la Loi sur des comités d'entreprise européens (Europäische Betriebsräte-Gesetz).

Le concours apporté par les syndicats au conseil d'entreprise est rendu possible par toute une série de dispositions légales.

Cogestion

Qu'il s'agisse de marketing, de produits nouveaux, d'investissements ou de mesures de rationalisation, presque chaque décision concernant l'établissement ou l'entreprise a des conséquences pour les membres du personnel. Voilà pourquoi ceux-ci bénéficient de droits à la cogestion. Cela signifie qu'ils participent à la formation de la volonté au sein de l'établissement ou de l'entreprise par l'intermédiaire de leurs représentants.

La cogestion des salariés est un élément essentiel de notre ordre social. Elle se fonde sur la conviction que les principes démocratiques ne doivent pas se limiter à l'État, mais qu'il faut les implanter dans tous les domaines de notre société.

Cogestion signifie aussi que les salariés et les syndicats sont disposés à assumer leur part de responsabilité.

Voilà comment, depuis des décennies, ils contribuent à la formation et à la stabilisation de l'ordre social de la République fédérale d'Allemagne.

La Loi en faveur de la participation équilibrée des femmes et des hommes aux postes de direction au sein du secteur privé et du service public a des conséquences majeures sur la composition des conseils de surveillance et, par là, également sur la cogestion des salariés. Elle contribue à augmenter de manière sensible la part des femmes aux postes de direction et de susciter un changement des mentalités au sein des entreprises. La loi définit un quota de 30% pour les deux sexes pour les conseils de surveillance des entreprises cotées en bourse et soumises à la cogestion paritaire. Toutes les sociétés cotées en bourse ou opérant en cogestion sont obligées par cette loi de définir les objectifs visés pour la part des femmes au conseil de surveillance et au directoire de même que pour la part des femmes travaillant aux postes de direction situés aux deux échelons en dessous du directoire ainsi que les délais dans lesquels ces objectifs seront atteints.

Les droits

Vous êtes salarié dans une entreprise de taille moyenne ou une grande entreprise ayant le statut juridique d'une société anonyme, d'une société à responsabilité limitée, d'une société en commandite par actions, d'une société coopérative ou d'une société d'assurance mutuelle? Dans ce cas, vous pouvez exercer une influence sur la politique de l'entreprise par l'intermédiaire de vos représentants au conseil de surveillance. Cette cogestion ne se limite pas aux affaires sociales; elle englobe tous les domaines où s'exerce l'action de l'entreprise.

Le conseil de surveillance peut notamment:

- désigner les dirigeants de l'entreprise (directoire) et les révoquer (sauf dans le cas des sociétés en commandite par actions);
- exiger des informations détaillées sur toutes les affaires de l'entreprise;
- faire en sorte que des décisions importantes de l'entreprise telles qu'investissements d'un certain montant ou mesures de rationalisation soient subordonnées à son accord.

Cogestion dans les grandes entreprises en vertu de la Loi sur la cogestion

Les sociétés de capitaux (sauf industrie minière et sidérurgique) qui emploient plus de 2.000 salariés, seules ou en comptant leurs filiales, tombent sous le coup de la Loi de 1976 sur la cogestion. En vertu de cette loi, le conseil de surveillance comprend en nombres égaux des représentants des porteurs de parts et des représentants des salariés. Sur le banc des salariés, deux ou trois places sont réservées aux représentants des syndicats et une place au représentant des cadres de direction, en fonction de la taille du conseil de surveillance. Les porteurs de parts jouissent toutefois d'une légère prépondérance. En effet, si les décisions

soumises au vote du conseil de surveillance se traduisent à plusieurs reprises par un partage des voix, le président du conseil de surveillance, qui dans la pratique représente toujours les porteurs de parts, peut faire usage d'une deuxième voix et amener ainsi une décision majoritaire. Lors de la désignation du directeur de travail, les représentants des salariés ne disposent d'aucun droit de veto, à l'inverse de leurs homologues de l'industrie minière et sidérurgique.

Élection des représentants des salariés au conseil de surveillance

Tous les membres du conseil de surveillance qui représentent les salariés sont élus, en fonction du nombre de salariés, par suffrage direct ou par l'intermédiaire de délégués, qu'ils fassent partie de l'entreprise ou soient des représentants du syndicat extérieurs à l'entreprise.

Élection des représentants des porteurs de parts

Le mode de scrutin adopté pour l'élection des représentants des porteurs de parts (= représentants du capital) au conseil de surveillance dépend du statut juridique de l'entreprise. S'il s'agit d'une société anonyme, ils sont élus par les actionnaires dans le cadre d'une assemblée générale; s'il s'agit d'une société à responsabilité limitée (GmbH), par les associés dans le cadre d'une réunion des associés.

Élection du président

Lors de la première réunion du conseil de surveillance, les membres élisent le président et le vice-président. Pour être élu, un candidat doit réunir les deux tiers des suffrages sur sa personne.

Important:

Quand aucun candidat n'atteint la majorité des deux tiers requise, on procède à un deuxième tour de scrutin. Dès lors, les représentants des porteurs de parts élisent le président et les représentants des salariés, le vice-président, ceci à la majorité des suffrages exprimés.

Le directoire

Le conseil de surveillance désigne les membres du directoire. Il peut également les révoquer.

Le directoire comprend également un directeur de travail, qui jouit de l'égalité des droits par rapport aux autres membres de la direction de l'entreprise. Celui-ci reçoit des fonctions propres dont les attributions relèvent essentiellement du domaine des ressources humaines et du domaine social.

Cogestion dans les entreprises de taille moyenne en vertu de la Loi de représentation au tiers

Dans le cas des sociétés à capitaux comptant de 501 à 2.000 salariés, un tiers des sièges au conseil de surveillance doit être occupé par des représentants des salariés.

En revanche, les sociétés anonymes et les sociétés en commandite par actions fondées avant le 10 août 1994 et ne constituant pas des sociétés familiales ne sont soumises à aucun effectif minimum de salariés. Cela signifie que leur conseil de surveillance doit se composer, pour un tiers des sièges, de représentants du personnel, même si la société compte moins de 500 salariés. Certes, avec une représentation au tiers, les salariés ont à peine la possibilité de faire acte de codécision, mais ils bénéficient malgré tout d'importantes informations.

La publication gratuite «Mitbestimmung» (La cogestion) (référence A 741) du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales fournit des informations détaillées sur la cogestion et des lois qui la sous-tendent.

Cogestion dans l'industrie minière et sidérurgique

La cogestion dans l'industrie minière et sidérurgique n'est pas seulement la forme la plus ancienne de cogestion dans l'entreprise, c'est aussi celle qui va le plus loin. Elle s'applique aux sociétés à capitaux de l'industrie minière et sidérurgique qui comptent plus de 1.000 salariés. Ici, le conseil de surveillance se compose également d'un même nombre de représentants des porteurs de parts et des salariés. S'y ajoute toutefois une personne dite «neutre». En règle générale, les conseils de surveillance de l'industrie minière et sidérurgique se composent de 11 membres. Pour les entreprises d'une certaine importance, ce nombre peut être porté à 15 ou 21.

Les membres du directoire sont désignés par le conseil de surveillance et révoqués par lui. Un directeur de travail doit faire partie du directoire. Si la majorité des représentants des salariés au conseil de surveillance s'y oppose, le directeur de travail ne peut être ni désigné ni révoqué. Les directeurs de travail jouissent donc, dans tous les cas, de la confiance des représentants des salariés.

Cas particulier:

Quand une société de capitaux n'est pas en soi une entreprise du secteur de l'industrie minière et sidérurgique, mais se trouve à la tête de grandes entreprises qui relèvent de ce secteur et, par là, de la forme de cogestion applicable à celui-ci, c'est sous une forme atténuée que cette cogestion-là est appliquée à cette société dominante de groupe.

Législation

Vous trouverez les bases juridiques relatives à la cogestion dans l'industrie minière et sidérurgique dans la Loi de 1951 sur la cogestion dans les entreprises minières et sidérurgiques (Montan-Mitbestimmungsgesetz von 1951) ainsi que dans la Loi de 1956 complétant la loi de 1951 sur la cogestion dans les entreprises minières et sidérurgiques (Mitbestimmungsergänzungsgesetz von 1956).

Cogestion dans la société européenne (SE) en vertu de la Loi sur l'implication des travailleurs au sein d'une SE (SE-Beteiligungsgesetz, SEBG)

La Loi relative à l'introduction de la société européenne (Gesetz zur Einführung der Europäischen Gesellschaft, SEEG) a permis de transposer en droit allemand le règlement européen relatif au statut de la société européenne et la directive complétant le statut de la société européenne pour ce qui concerne l'implication des travailleurs. La société européenne (Societas Europaea, abrégée SE) en tant que forme juridique européenne vient rejoindre les formes juridiques nationales de la société anonyme (AG) et de la société à responsabilité limitée (GmbH). L'arrivée de la SE a pour but de faciliter les regroupements d'entreprises transfrontalières au sein de la Communauté européenne. La constitution d'une SE peut se faire selon quatre modes différents : par transformation, par fusion, par création d'une société holding ou par création d'une filiale commune.

Organes

La SE peut se constituer selon le système dualiste avec une assemblée générale des actionnaires, un organe de direction et un organe de surveillance ou selon le système moniste, comme dans de nombreux pays voisins. Contrairement au système dualiste où l'organe de surveillance veille sur le travail de l'organe de direction, le système moniste regroupe les fonctions de direction et de surveillance dans un organe d'administration. Pour le droit allemand des sociétés, le système moniste constitue une nouveauté.

Implication des salariés au sein de la SE

L'implication des salariés au sein de la SE est régie dans la Loi sur l'implication des travailleurs au sein d'une SE (SE-Beteiligungsgesetz, SEBG). Les modalités de l'implication des salariés sont convenues en premier lieu par voie de négociations libres entre la direction de l'entreprise et le groupe spécial de négociation représentant les travailleurs. En cas d'échec des négociations, ce sont les dispositions de référence introduites dans la loi qui s'appliquent et qui accordent aux salariés des droits d'information et de consultation de même que des droits de participation.

La participation des travailleurs au sein du conseil de surveillance ou du conseil d'administration de la SE est soumise aux dispositions ci-après:

Une analyse ex-ante/ex-post est effectuée afin de préserver largement l'acquis en matière de droits de cogestion garantis aux travailleurs dans les sociétés participant à la création d'une SE. En fonction de la part des travailleurs de la SE qui bénéficiaient jusque-là de droits de cogestion, ce sera la cogestion la plus étendue qui s'appliquera automatiquement, si certains seuils sont dépassés. Si ces seuils ne sont pas atteints, il faudra une décision prise à la majorité absolue par le groupe spécial de négociation pour que s'applique cette forme de cogestion étendue. Les représentants des travailleurs au sein du conseil de surveillance ou du conseil d'administration sont originaires des États-membres dans lesquels la SE emploie des salariés, les parts respectives étant définies en fonction de l'importance des effectifs à prendre en compte. Ainsi il est tenu compte du caractère international de la société.

L'information et la consultation transfrontalière sont assurées au moyen d'un organe de représentation spécifique des travailleurs, à savoir le conseil d'entreprise de la SE.

Cogestion dans la société coopérative européenne (SCE) en vertu de la Loi sur l'implication des travailleurs au sein d'une SCE (SCE-Beteiligungsgesetz, SCEBG)

La Loi d'application relative à la société coopérative européenne (SCE-Ausführungsgesetz) et la Loi sur l'implication des travailleurs au sein d'une SCE mettent en application en droit allemand les prescriptions communautaires relatives à la société coopérative européenne. La Loi sur l'implication des travailleurs au sein d'une SCE (SCE-Beteiligungsgesetz, SCEBG) règle l'implication des travailleurs.

La SE a servi de modèle à la SCE. La structure et les dispositions des deux textes juridiques sont en large mesure identiques. Les principes fondamentaux garantissant les droits d'implication des travailleurs («principe ex ante / ex post», négociations / dispositions de référence légales) s'appliquent aussi à la SCE. Les lois de transposition en droit allemand reprennent les mêmes dispositions dans un grand nombre de cas, et notamment pour le collège électoral, la composition du groupe spécial de négociation et la procédure de négociation; nous renvoyons ici aux dispositions idoines de la Loi sur l'implication des travailleurs au sein d'une SE.

La grande différence entre SE et SCE réside dans les possibilités de constitution. Contrairement au droit régissant les SE, une SCE peut aussi être constituée avec la participation de personnes physiques ou uniquement par des personnes physiques.

Cogestion en cas de fusion transfrontalière de sociétés de capitaux venant de différents Etats membres en vertu de la Loi sur l'implication des travailleurs en cas de fusion transfrontalière (MgVG, Gesetz über die Mitbestimmung der Arbeitnehmer bei einer grenzüberschreitenden Verschmelzung)

La Loi sur l'implication des travailleurs en cas de fusion transfrontalière transpose en droit national le volet droit du travail de la directive sur la fusion transfrontalière de sociétés de capitaux (dixième directive). Après la société européenne (SE) et la société coopérative européenne (SCE), c'est une autre étape importante vers la modernisation du droit européen en matière de cogestion qui a été franchie. La transposition du volet droit des sociétés a été assurée par une modification du droit relatif à la transformation.

Non seulement la Loi sur l'implication des travailleurs en cas de fusion transfrontalière est comparable de par sa structure à la Loi sur l'implication des travailleurs au sein d'une SE et à la Loi sur l'implication des travailleurs au sein d'une SCE, elle reprend également mot à mot ou du moins en substance de nombreuses dispositions issues de ces deux dernières. Malgré de nombreux points communs, il faut noter certaines différences par rapport aux dispositions régissant la SE et la SCE qui sont les suivantes:

Objet de la cogestion au sein des organes décisionnels de l'entreprise

La dixième directive et la Loi sur l'implication des travailleurs en cas de fusion transfrontalière régissent uniquement l'implication des travailleurs aux décisions de l'entreprise. L'information et la consultation transfrontalières des travailleurs, qui font l'objet de dispositions pour la SE et la SCE, n'y apparaissent pas.

Législation nationale du siège de l'entreprise ou solution négociée

Le résultat d'une fusion transfrontalière en vertu de la dixième directive n'étant pas une nouvelle forme juridique européenne mais une société nationale, la cogestion exercée par les travailleurs obéit au principe selon lequel c'est la législation nationale relative à la cogestion qui s'applique. Toutefois, une dérogation à ce principe est prévue si la fusion concerne une entreprise opérant en cogestion et occupant plus de 500 salariés ou que le droit national de l'État du futur siège prévoit un niveau de participation des travailleurs inférieur à celui existant dans les entreprises concernées par la fusion ou bien que ce droit-ci n'assure pas les mêmes droits d'implication aux travailleurs des autres États membres qu'à ceux de l'État du siège. Dans ces cas-là, courants en pratique, ce ne sera pas le droit de participation de l'État du siège qui s'appliquera, mais la participation des travailleurs sera organisée selon les règles du mécanisme connu de par la société européenne et la société coopérative européenne (solution négociée/dispositions de référence).

À l'inverse de la SE et de la SCE, les organes de direction des sociétés participant à une fusion transfrontalière peuvent cependant décider d'appliquer de plein droit et sans négociations préalables les dispositions relatives à la cogestion et ce immédiatement à partir de la date de l'inscription de la nouvelle société.

Législation

Vous trouverez les bases juridiques relatives à la cogestion dans les entreprises dans les lois suivantes:

- Loi de 1976 sur la cogestion des salariés (Mitbestimmungsgesetz 1976)
- Loi de représentation au tiers (Drittelbeteiligungsgesetz)
- Loi sur la cogestion dans les entreprises minières et sidérurgiques (Montan-Mitbestimmungsgesetz)
- Loi complétant la loi sur la cogestion dans les entreprises minières et sidérurgiques (Mitbestimmungsergänzungsgesetz)
- Loi sur l'implication des travailleurs au sein d'une SE (SEBG)
- Loi sur l'implication des travailleurs au sein d'une SCE (SCEBG)
- Loi sur l'implication des travailleurs en cas de fusion transfrontalière (MgVG).

Salaire minimum

Quand un travailleur peut-il faire valoir des droits à une rémunération minimum sur la base de dispositions légales? Comment faire valoir ces droits et comment sont-ils respectés? La Loi portant sur le salaire minimum (Mindestlohngesetz), la Loi sur le détachement transfrontalier de travailleurs (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) et la Loi relative à la mise à disposition de travailleurs intérimaires (Arbeitnehmerüberlassungsgesetz) y répondent.

Vos droits

En tant que travailleur, vous avez droit en Allemagne, depuis le 1er janvier 2015, à un salaire minimum légal qui a été augmenté au 1er janvier 2017 pour passer de 8,50 EUR bruts à 8,84 EUR bruts par heure de travail. Le salaire minimum légal général protège les travailleurs en Allemagne des salaires d'un niveau trop bas. En même temps, ce salaire minimum contribue à faire mieux fonctionner la concurrence et à la rendre équitable.

La brochure gratuite du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales (référence A 640) fournit des informations sur les conditions régissant le salaire minimum.

Qui bénéficie du salaire minimum général?

Ont droit au salaire minimum légal les travailleurs qui ont 18 ans révolus ou qui ont terminé une formation professionnelle.

Le salaire minimum n'est pas obligatoirement versé aux chômeurs de longue durée pendant les six premiers mois d'un emploi, une mesure visant à faciliter leur accès au monde du travail.

En tant que stagiaire, vous avez également droit au salaire minimum légal. Y font exception les stages obligatoires tels que ceux-ci prescrits dans le cadre d'études par exemple. Les stages facultatifs d'une durée allant jusqu'à trois mois qui servent d'orientation pour le choix d'un métier ou d'un cursus d'études ou sont effectués pendant les études ne sont pas non plus soumis au salaire minimum.

Le salaire minimum général n'est pas non plus d'application pour les apprentis en vertu de la Loi sur la formation professionnelle.

Comment faire valoir un salaire minimum en tant que travailleur?

C'est vis-à-vis de leur employeur que les travailleurs peuvent faire valoir leurs droits à un salaire minimum. En cas de litige, les travailleurs peuvent porter plainte pour paiement de salaire devant les tribunaux du travail.

Pendant combien de temps un travailleur peut-il faire valoir le salaire minimum?

Les droits au salaire minimum bénéficient d'une large protection. Le délai de prescription normal de trois ans s'applique aux droits. Ce délai ne peut être raccourci, les délais d'exclusion n'étant pas admissibles. Quant au droit à paiement du salaire minimum, il ne peut être forclus. Une renonciation n'est pas admissible et les accords limitant ou excluant le droit à faire valoir le salaire minimum sont invalides.

La brochure gratuite du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales (référence A 765) fournit des informations sur la situation en matière de stage pour les étudiants.

Le respect du salaire minimum est-il contrôlé?

Les services de l'administration des douanes sont habilités à contrôler si les employeurs respectent le salaire minimum. Les enfreintes à l'obligation de paiement du salaire minimum constituent une infraction à la réglementation et peuvent faire l'objet d'une amende allant jusqu'à 500.000 EUR.

Loi sur le détachement transfrontalier de travailleurs

La Loi sur le détachement transfrontalier de travailleurs (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) offre un cadre juridique rendant obligatoire un salaire minimum plus élevé secteur par secteur ayant priorité sur le salaire minimum légal général et s'appliquant à tous les travailleurs du secteur en question, peu importe que l'employeur ou l'entreprise de travail intérimaire ait son siège en Allemagne ou à l'étranger.

La possibilité de fixer un salaire minimum secteur par secteur sur la base de la Loi sur le détachement transfrontalier de travailleurs subsiste aux côtés du salaire minimum légal général. Elle existe tant pour les secteurs déjà explicitement visés par la Loi sur le détachement transfrontalier de travailleurs que, pour tous les autres secteurs.

Pour qu'un salaire minimum sectoriel puisse être fixé en vertu de la Loi sur le détachement transfrontalier de travailleurs, une convention collective en ce sens doit avoir été conclue et l'État a dû l'étendre aux secteurs correspondants, c'est-à-dire l'avoir rendue obligatoire pour tous les employeurs tombant sous le coup de la convention collective et ayant leur siège en Allemagne ou à l'étranger ainsi que pour tous les travailleurs. Cette extension est effectuée par un texte réglementaire du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales.

De plus, un salaire minimum peut être fixé dans le secteur des soins par texte réglementaire sur recommandation d'une commission composée de huit représentants du secteur.

Les dispositions en matière de salaire minimum en vertu de la Loi sur le détachement transfrontalier de travailleurs s'appliquent uniquement aux établissements et services indépendants d'établissement qui fournissent en majeure partie les services prestés par le secteur. Un établissement ou service indépendant d'établissement est réputé fournir en majeure partie des prestations données si la majeure partie du temps de travail total des salariés sur l'année civile a été consacrée à fournir ces prestations. D'autres limitations peuvent être prévues par la convention collective d'application.

Les salaires minimums sectoriels en vertu de la Loi sur le détachement transfrontalier de travailleurs ont priorité sur le salaire minimum légal général dans la mesure où leur montant n'est pas inférieur à celui du salaire minimum légal général. Cette priorité est totale.

La brochure gratuite du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales (référence A 763) fournit des informations sur le salaire minimum dans le secteur des soins.

Loi relative à la mise à disposition de travailleurs intérimaires

Sur proposition de parties prenantes aux conventions collectives du secteur du travail intérimaire, le Ministère du Travail et des Affaires sociales peut fixer par texte réglementaire un seuil inférieur des salaires à caractère obligatoire, peu importe que la partie mettant à disposition des travailleurs en tant qu'employeur ait son siège en Allemagne ou à l'étranger. Les travailleurs ont alors droit au versement de montants au moins égaux. Le seuil inférieur des salaires actuellement en vigueur est fonction du «Troisième règlement relatif à un seuil inférieur des salaires pour la mise à disposition de travailleurs intérimaires» qui est entré en vigueur le 1er juin 2017.

À quels secteurs d'activité s'appliquent des salaires minimums sectoriels?

Le montant d'un salaire minimum sectoriel ne découle pas des lois, mais des textes réglementaires basés sur ces lois. Le niveau du salaire minimum des différents secteurs peut être consulté sur le site du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales (www.bmas.de) ou sur celui de l'administration des douanes (www.zoll.de) où il est régulièrement actualisé.

Le respect du salaire minimum sectoriel est-il contrôlé?

Les services de l'administration des douanes contrôlent aussi si les employeurs respectent le salaire minimum en vigueur dans les différents secteurs en vertu de la Loi sur le détachement transfrontalier de travailleurs. Les enfreintes à l'obligation de paiement du salaire minimum en vigueur dans un secteur donné constituent une infraction à la réglementation et peuvent faire l'objet d'une amende allant jusqu'à 500.000 EUR.

Sécurité et santé au travail - Prévention des accidents

Les travailleurs ont besoin de sécurité. Leur vie et leur santé doivent être protégées des risques survenant par le fait ou à l'occasion du travail. Telle est la raison d'être des règles relatives à la sécurité et à la santé sur le lieu de travail.

C'est votre employeur qui est responsable de la sécurité et de la santé dans son entreprise. Il doit notamment procéder à un aménagement et un entretien des lieux de travail, équipements de travail, appareils, installations, etc. ainsi qu'à une organisation de son entreprise de manière telle que, en tant que salarié(e), vous n'exposiez ni votre vie ni votre santé à un risque quelconque. Il doit prendre des mesures aptes à prévenir les accidents en cours de travail et les risques pour la santé liés au travail ainsi qu'à autoriser une organisation du travail adaptée à l'homme. Il est tenu de le faire en vertu des dispositions relatives à la sécurité et à la santé des travailleurs au travail qui émanent de l'État, notamment de la Loi sur la sécurité et la santé au travail et des règlements fondés sur elle, ainsi qu'en vertu des prescriptions en matière de prévention des accidents du travail qui sont élaborées par les institutions de l'assurance accidents.

La sécurité et la santé sur les lieux de travail touche plusieurs secteurs liés les uns aux autres:

- lieux de travail, y compris hygiène du travail;
- équipements de travail, appareils et installations;
- substances dangereuses;
- réglementation du temps de travail;
- protection de certaines catégories de personnes;
- organisation de la sécurité et de la santé dans l'entreprise;
- prévention en matière de médecine du travail;
- manutention manuelle des charges;
- agents biologiques ;
- bruit et vibrations;
- rayonnements optiques artificiels;
- champs électromagnétiques.

Prestations/conditions

Les dispositions relatives à la sécurité et la santé au travail sont applicables à l'ensemble des salariés, y compris d'ailleurs à ceux qui travaillent dans l'agriculture ou dans la fonction publique.

Le travail des enfants et des adolescents fait l'objet de prescriptions de protection spéciales énoncées dans la Loi sur la protection des jeunes travailleurs. Par jeune autorisé à travailler, on entend une personne de plus de 15 ans et de moins de 18 ans.

Les salariés sont affiliés au régime légal d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (voir également au chapitre intitulé «Assurance accidents») auprès d'une institution de l'assurance accidents obligatoire. La plupart des travailleurs sont inscrits aux caisses mutuelles d'assurance accidents de l'industrie, de l'artisanat et du commerce. Les employeurs sont les membres de ces associations.

Les services techniques de contrôle institués par les caisses mutuelles d'assurance accidents et les autorités publiques des Länder chargées de la sécurité et de la santé sur les lieux de travail veillent ensemble à ce que toutes les dispositions en matière de sécurité et de santé au travail soient respectées dans leur intégralité et que tous les dispositifs de protection installés soient effectivement utilisés.

La brochure gratuite «Klare Sache» (Pour que les choses soient claires) (référence A 707) du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales présente les dispositions régissant la protection des jeunes travailleurs ainsi que le règlement sur le travail des enfants et des adolescents.

Bases juridiques

Vous trouverez des dispositions relatives à la sécurité et la santé sur le lieu de travail dans divers lois et règlements promulgués par l'État ainsi que dans les prescriptions en matière de prévention des accidents du travail établies par les caisses mutuelles d'assurance accidents.

Les prescriptions de protection peuvent se rapporter aussi bien à des branches d'activités et des professions particulières qu'à certaines installations de fabrication ou à l'aménagement des postes de travail, etc. En outre, il existe des prescriptions concernant notamment:

- l'emploi et la conception d'équipements de travail et appareils;
- l'emploi de certaines substances intervenant en production;
- certaines catégories de personnes, etc.

Que devez-vous faire?

Qu'elles soient d'ordre technique ou organisationnel, les mesures de protection ne permettent pas d'éliminer ou d'éviter complètement tout ce qui peut présenter ou engendrer un risque. En raison des risques résiduels, il est impératif que, en tant que salarié(e), vous vous comportiez en personne pleinement consciente de la sécurité à respecter et que vous assistiez votre employeur quand il met en place des mesures de protection. La loi sur la sécurité et la santé au travail vous y oblige.

Les prescriptions en matière de prévention des accidents comportent elles aussi des règles de conduite destinées à tous les travailleurs qui sont en contact avec des équipements de travail, des appareils et des installations techniques. De la même façon, en tant que salarié(e), vous devez respecter scrupuleusement les prescriptions de comportement établies par l'employeur et spécialement adaptées à l'entreprise. Au cas où des problèmes de santé apparaissent à votre poste de travail, vous pouvez réclamer le bénéfice de la prévention en matière de médecine du travail.

Exemples typiques de prescriptions concernant la sécurité et la santé au travail

Loi sur la sécurité et la santé au travail

La Loi sur la sécurité et la santé au travail (Arbeitsschutzgesetz) oblige votre employeur à évaluer les risques encourus pour la santé sur les lieux de travail et à prendre les mesures de protection qui s'imposent. L'employeur est tenu de vous en informer. Il est tenu de prendre des dispositions en ce qui concerne les zones et situations de travail particulièrement dangereuses et de faire en sorte que, le cas échéant, la prévention en matière de médecine du travail soit possible. En présence d'un danger grave et imminent, vous êtes autorisé à quitter votre poste de travail sans avoir à craindre de préjudices ultérieurs pour votre relation de travail. La loi vous donne le droit de faire des suggestions pour toutes les questions traitant de sécurité et de santé au sein de l'entreprise. Par ailleurs, vous pouvez vous plaindre auprès des services d'inspection et de contrôle, et ce sans encourir de préjudices, à propos des déficiences existant au sein de votre entreprise en ce qui concerne la sécurité et la santé sur les lieux de travail, dans la mesure où vous en avez avisé votre employeur au préalable et que celui-ci n'y a pas remédié.

Loi sur les médecins du travail, les ingénieurs de sécurité et les autres spécialistes de la sécurité du travail (loi sur la sécurité du travail)

La Loi sur la sécurité du travail (Arbeitssicherheitsgesetz) oblige l'employeur à désigner des spécialistes capables de l'assister dans tout ce qui touche la sécurité et la protection de la santé des travailleurs, y compris l'organisation du travail adaptée à l'homme. Les spécialistes de la sécurité au travail sont chargés de conseiller en détail l'employeur sur tous les aspects relatifs à la sécurité et à la santé et liés au travail. Leur travail commence par la planification d'installations et d'appareils, englobe l'achat d'équipements de travail ainsi que l'aménagement des lieux de travail et prévoit aussi des prestations de conseil à l'employeur pour l'évaluation des conditions de travail. Quant aux médecins du travail, ils sont entre autres chargés de conseiller sur les questions liées à l'insertion et à la réinsertion des personnes handicapées. La Loi sur la sécurité du travail est concrétisée par la prescription en matière de prévention des accidents du travail «Médecins du travail et spécialistes de la sécurité du travail» (prescription 2 DGUV).

Loi sur le temps de travail

La loi sur le temps de travail (Arbeitszeitgesetz) limite la durée maximale de la journée de travail et définit les temps de pause minimum pendant la journée de travail ainsi que les périodes minimales de repos requises après le travail. Elle garantit ainsi la protection de la santé des travailleurs. Les travailleurs de nuit bénéficient d'une protection spéciale, indépendamment de leur sexe. Le travail le dimanche et les jours fériés fait l'objet d'une interdiction de principe, des dérogations à cette règle étant toutefois admises dans certaines conditions particulières.

Vous pouvez demander la brochure gratuite «Das Arbeitszeitgesetz » (La Loi sur le temps de travail) (référence A 120) auprès du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales.

Loi sur la protection des jeunes travailleurs

La Loi sur la protection des jeunes travailleurs (Jugendarbeitsschutzgesetz) préserve enfants et adolescents d'une sollicitation excessive. Elle fixe notamment l'âge minimum d'admission au travail pour un jeune, la durée maximale de son travail et la durée annuelle de ses congés. Le règlement relatif aux travaux admis pour les enfants et à leur protection (Kinderarbeitsschutzverordnung) précise quels sont les travaux qui, dans le cas d'enfants âgés de plus de 13 ans et d'adolescents en scolarité obligatoire à temps plein, sont considérés comme aisés et adaptés à eux et sont admis à titre exceptionnel selon la loi susmentionnée.

Loi sur la protection de la maternité

La Loi sur la protection de la maternité (Mutterschutzgesetz) fixe de quelle manière une femme enceinte exerçant une activité salariée et l'enfant qu'elle porte doivent être protégés des dangers, du surmenage et d'une atteinte à leur santé encourus au poste de travail.

Loi sur la sécurité des produits

En Allemagne, seuls des produits ne présentant aucun risque en termes de sécurité peuvent être offerts et mis en vente. Cela s'applique tant aux produits de consommation qu'aux produits utilisés par les travailleurs dans le cadre de leur travail. En constituent la base cette loi ainsi que les règlements juridiques relatifs aux produits pris à cet effet. Ces textes sont aussi la transcription nationale des règlements européens, qui limitent la libre circulation des biens au sein de la communauté à des produits sûrs.

Aucun risque d'accident ni risque pour la santé ne doivent émaner de produits. Ces obligations incombent à tous ceux qui mettent sur le marché des produits, les fabricants, les importateurs et aussi les distributeurs. Tous doivent veiller à ce que les produits fabriqués et commercialisés par leurs soins ne mettent pas en péril la sécurité et la santé des utilisateurs.

Règlement relatif à la prévention dans le cadre de la médecine du travail (Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge)

La prévention dans le cadre de la médecine du travail est destinée à fournir aux travailleurs une information et un conseil individuels sur les effets de leur travail sur leur santé et vice-versa. Elle constitue ainsi un complément important aux mesures techniques et organisationnelles de sécurité et santé au travail. Elle a pour objectif de prévenir les maladies liées au travail et de veiller à ce que chacun puisse conserver sa capacité d'emploi. Le texte règle les obligations des employeurs et des médecins, il garantit les droits des salariés, assure une transparence sur les raisons pour lesquelles est conduite une prévention obligatoire et facultative et renforce le droit des travailleurs à la prévention souhaitée. Le règlement prescrit une séparation fondamentale entre la prévention dans le cadre de la médecine du travail et les examens médicaux destinés à établir la capacité à exercer un emploi donné, l'autorisation desquels s'orientent sur des critères de droit du travail et de droit en matière de protection des données à caractère personnel. Le règlement est concrétisé par des règles de médecine du travail. L'élaboration de règles reflétant l'état actuel de la médecine du travail et de recommandations en matière de médecine du travail est l'une des missions du Comité pour la médecine du travail.

Vous pouvez demander les brochures «Verordnung sur arbeitsmedizinischen Vorsorge» (Règlement relatif à la prévention dans le cadre de la médecine du travail) (référence A 453) et «Impfungen als Bestandteil arbeitsmedizinischer Vorsorge» » (La vaccination, partie intégrante de la prévention dans le cadre de la médecine du travail) (référence A 457) auprès du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales.

Règlement relatif à l'utilisation des équipements de protection individuelle

Les principales dispositions du règlement relatif à l'utilisation des équipements de protection individuelle (PSA-Benutzungsverordnung) concernent le choix, la mise à disposition et l'utilisation des équipements de protection individuelle (EPI) quel que soit le domaine d'activité. Il incombe à l'employeur de veiller à ce que soit enseignée aux travailleurs la manière d'utiliser les équipements de protection individuelle dans le respect des règles de sécurité.

Règlement relatif à la manutention manuelle des charges

Le règlement relatif à la manutention manuelle des charges (Lastenhandhabungsverordnung) contient des dispositions en matière de sécurité et de santé applicables à la manutention manuelle des charges, lorsque celle-ci comporte un risque pour les travailleurs, notamment pour leur colonne vertébrale dans la région lombaire. Les employeurs sont appelés à éviter par principe de telles manutentions. Si ce n'est pas possible, l'employeur doit agencer le travail de façon telle que ces manutentions soient opérées dans la plus grande sécurité possible et avec le moins de risques possible pour la santé des travailleurs. À cet effet, les conditions de travail sont évaluées afin d'en déduire les mesures appropriées qui sont à prendre en matière de sécurité et de santé au travail.

Règlement relatif aux chantiers

Les instruments du règlement relatif à la sécurité et à la protection de la santé sur les chantiers de construction (Baustellenverordnung) doivent contribuer de manière déterminante à réduire le risque d'accident et d'atteinte à la santé, qui est particulièrement élevé dans le bâtiment par rapport à d'autres secteurs économiques, et à améliorer la sécurité et la santé de la main-d'œuvre. Les éléments primordiaux du règlement sont la transmission de l'annonce préalable telle que requise par le règlement, le plan de sécurité et de protection de la santé et la désignation d'un coordinateur. Tous ces éléments permettent de mieux planifier et coordonner le déroulement d'un chantier, de manière à ce que les risques encourus par la main-d'œuvre soient reconnus et supprimés en temps utile.

Le règlement relatif à la sécurité et à la protection de la santé sur les chantiers de construction et ses explications font l'objet de la brochure gratuite «Sicherheit und Gesundheitsschutz auf Baustellen» (Sécurité et protection de la santé sur les chantiers de construction) (référence A 218).

Règlement relatif à la sécurité d'utilisation des équipements de travail

La sécurité et la santé des travailleurs ne doivent pas être mises en péril lors de l'utilisation d'équipements de travail. Le règlement relatif à la sécurité d'utilisation des équipements de travail (Betriebssicherheitsverordnung) comprend donc des objectifs de sécurité et des dispositions en ce sens. De surcroît, il offre des dispositions complètes sur les mesures de protection des travailleurs et des tiers lors de l'utilisation d'installations exigeant une surveillance. Par installations exigeant une surveillance, on entend notamment les chaudières à vapeur, les réservoirs à pression et les ascenseurs.

La brochure gratuite «Arbeitsstättenverordnung» (Règlement relatif aux lieux de travail) (référence A 225) présente ce règlement étatique et peut être demandée auprès du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales.

Ce règlement est concrétisé par le Comité pour la sécurité d'utilisation des équipements de travail (Ausschuss für Betriebssicherheit, ABS). Les Règles techniques pour la sécurité d'utilisation des équipements de travail (technische Regeln für Betriebssicherheit – TRBS) élaborées par ce comité et les connaissances acquises doivent être prises en compte par l'employeur lors de la fixation des mesures de protection. Le respect de ces règles et connaissances laisse supposer que les exigences posées par le règlement sont remplies (présomption de conformité). Il est toutefois possible de s'écarter de ces règles et connaissances si la sécurité et la santé peuvent être assurées au moins de manière comparable par d'autres mesures.

Règlement relatif aux lieux de travail

Le règlement relatif aux lieux de travail (Verordnung über Arbeitsstätten) définit la manière dont doivent être aménagés et exploités les lieux de travail, à savoir usines, ateliers, bureaux et locaux administratifs, entrepôts et magasins de vente. Les employeurs doivent veiller à ce que l'exploitation de ceux-ci ne constitue pas une mise en péril de la sécurité et de la santé des travailleurs. Ainsi, le règlement définit le travail sur écran de visualisation, les dimensions, la ventilation et l'éclairage du lieu de travail, ou encore la température ambiante, pour n'en citer que quelques exemples.

Règlement relatif aux substances dangereuses

Le «règlement relatif à la protection vis-à-vis des substances dangereuses» (Gefahrstoffverordnung) comprend des dispositions visant la protection des travailleurs lors d'activités impliquant des substances dangereuses, et notamment des produits chimiques dangereux.

La brochure gratuite «Gefahrstoffverordnung» (Règlement relatif à la protection vis-à-vis des substances dangereuses) (référence A 224) présente ce règlement étatique et peut être demandée auprès du Ministère fédéral du Travail et des Affaires

Le règlement fournit à l'employeur une grande latitude pour prendre des mesures de protection concrètes et adaptées à son établissement, lui seul connaissant en détail les conditions régnant au sein de celui-ci.

Au cas où une précision des consignes du règlement s'avérerait nécessaire, le Comité pour les substances dangereuses (Ausschuß für Gefahrstoffe, AGS), un organe de composition pluraliste, apporte celle-ci dans le cadre de «Règles techniques pour les substances dangereuses» (Technische Regeln für Gefahrstoffe, TRGS). De ces règles techniques découle alors une présomption de conformité. Cela signifie que quiconque les respectant peut se considérer comme agissant en conformité avec le règlement. L'employeur est toutefois libre de se prononcer en faveur de mesures autres que celles stipulées dans les règles techniques dans la mesure où ces mesures sont adéquates, opportunes et fondées. Viennent compléter ce règlement plusieurs appendices offrant des dispositions concrètes pour des domaines spéciaux requérant une attention particulière en termes de sécurité et santé au travail.

Règlement relatif aux agents biologiques

La nouvelle version du règlement relatif aux agents biologiques (Biostoffverordnung) élaborée en 2013 institue par des dispositions modernes un cadre juridique suprasectoriel pour la protection des travailleurs amenés à entrer en contact avec des agents biologiques, c'est-à-dire des micro-organismes, à travers leur activité professionnelle. La classification des agents biologiques en catégories de risque permet de fixer des mesures de protection à l'encontre des infections et des effets sensibilisateurs ou toxiques qui soient fonction du risque.

La brochure gratuite «Biostoffverordnung 2013» (Règlement relatif aux agents biologiques) (référence A 227) peut être demandée auprès du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales.

Ces dispositions concernent les quelque cinq millions de travailleurs qui, à travers l'activité professionnelle qu'ils exercent dans les secteurs de la recherche, de la production biotechnique, de l'agroalimentaire, de l'agriculture, du traitement des déchets et des eaux usées ainsi que dans le secteur médico-social, sont amenés à entrer en contact avec des agents biologiques. Pour pouvoir réglementer à lui seul ces divers domaines d'application, le règlement est basé sur l'idée selon laquelle des prescriptions de base cohérentes et claires permettent aux employeurs de faire en sorte que les mesures nécessaires pour la protection des travailleurs soient définies et aménagées en fonction de la situation concrète rencontrée dans l'entreprise et en fonction du risque encouru. Viennent concrétiser ce règlement les Règles techniques (TRBA) élaborées par le Comité pour les agents biologiques (Ausschuß für biologische Arbeitsstoffe, ABAS).

Face à la grippe aviaire ou à la nouvelle grippe H1N1 («grippe porcine»), la protection des travailleurs en contact avec ces agents pathogènes à travers leur activité professionnelle est également à l'ordre du jour. En ce qui concerne les risques provoqués par les virus hautement pathogènes, tel que le virus de la fièvre hémorragique Ebola redouté l'année passée dans le monde entier, le règlement relatif aux agents biologiques et ses règles techniques stipulent les mesures de protection nécessaires, notamment pour les personnels des services de santé.

Bruit et vibrations sur les lieux de travail

Le règlement relatif aux vibrations et au bruit sur les lieux de travail (Lärm-VibrationsArbSchV) transpose en droit national les directives de sécurité et de santé de l'UE en termes de bruit (directive 2003/10/CE) et de vibrations (directive 2002/44/CE) ainsi que la convention n° 148 de l'OIT sur le bruit. Il apporte aux travailleurs une sécurité et une protection sanitaire accrues au travail.

Ce règlement doit répondre d'une part à la déficience auditive due au bruit, une des maladies professionnelles les plus courantes, et d'autre part aux maladies squeletto-musculaires ainsi qu'aux troubles neurologiques émanant d'une exposition à des vibrations fortes et de longue durée.

Les brochures «Technische Regeln Lärm» (Règles techniques pour le bruit) (référence A 223), «Vibration» (Vibration) (référence A 221) et «Laserstrahlung» (Rayonnement laser) (référence A 229) peuvent être demandées par l'intermédiaire du site Internet du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales.

Règlement relatif aux rayonnements optiques artificiels

Le règlement relatif à la protection des travailleurs vis-à-vis des risques dus aux rayonnements optiques artificiels transpose en droit national la directive européenne de sécurité et de santé au travail 2006/25/CE. Ce règlement pose l'accent sur la protection des travailleurs vis-à-vis des risques dus aux rayonnements optiques artificiels et encourus à leur poste de travail.

Le CD (référence C 219) gratuit offre des informations sur différents règlements relatifs à la sécurité et la santé au travail.

La conformité aux valeurs limites d'exposition fixées devrait offrir une protection par rapport aux effets nocifs sur la santé, notamment sur les yeux et sur la peau, suite à l'exposition à des rayonnements optiques artificiels. Entrent par exemple dans la catégorie des effets nocifs dus à l'exposition à des rayons optiques artificiels, les brûlures thermiques de la peau, l'apparition

d'érythèmes sous l'effet des rayons UV, les réactions phototoxiques, les lésions de la cornée et de la conjonctive ainsi que les lésions thermiques de la rétine. L'exposition prolongée aux rayonnements ultraviolets ou aux rayonnements infrarouges entraîne un risque accru de cataractogénèse. L'exposition prolongée aux UV présente également un risque de lésions du génome. De ce fait, des conséquences tardives sous forme de cancer de la peau peuvent être provoquées dès une très faible exposition.

Les mesures préventives du règlement ont un double objectif, à savoir améliorer la sécurité et la protection de la santé des travailleurs tout en réduisant les coûts engendrés pour les systèmes de protection sociale.

Règlement relatif aux champs électromagnétiques

Le règlement sur la protection des travailleurs face aux dangers liés aux champs électromagnétiques (règlement relatif aux champs électromagnétiques, Arbeitsschutzverordnung zu elektromagnetischen Feldern – EMFV) entré en vigueur en 2016 transpose en droit national les prescriptions de sécurité et de santé au travail de la directive européenne 2013/35/UE.

Le règlement relatif aux champs électromagnétiques (CEM) s'attache à la sécurité et à la protection sanitaire des travailleurs face aux dangers causés par les champs électromagnétiques lors de leurs activités sur le lieu de travail.

Nombreux sont les secteurs d'activité où des champs électromagnétiques puissants sont générés dans des applications diverses, notamment dans les procédés industriels de galvanisation, d'électrolyse, de soudure, de scellement, de chauffage par induction et de trempe, dans les applications de radio, de téléphonie mobile et à radars, dans la production d'électricité et dans des procédés médicaux tels que la tomographie par résonance magnétique.

La brochure gratuite «EMF-Verordnung 2016» (Règlement CEM 2016) peut être demandée par l'intermédiaire du site Internet du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales.

A cet effet, le règlement relatif aux champs magnétiques fixe dans son annexe des valeurs limites d'exposition et des valeurs déclenchant l'action afin d'éviter les risques liés aux effets directs et indirects suite à l'exposition à des champs électromagnétiques. Les valeurs limites d'exposition et les seuils déclenchant l'action s'appliquent uniquement aux effets à court terme des champs électromagnétiques. L'employeur peut partir du principe selon lequel le respect des valeurs limites d'exposition et des seuils déclenchant l'action garantit la sécurité et la protection de la santé des travailleurs exposés à des champs électromagnétiques.

En l'absence de données scientifiquement établies sur les effets à long terme des champs électromagnétiques, ces derniers ne sont pas couverts par le champ d'application de la directive 2013/35/UE et du présent règlement.

Par effets directs des champs électromagnétiques statiques et à basse fréquence, on entend par exemple la stimulation des nerfs, des tissus musculaires et des organes sensoriels des travailleurs exposés concernés. Ces effets sont susceptibles d'être nocifs pour le fonctionnement du système nerveux central ou périphérique et d'occasionner des symptômes tels que vertiges, nausées, goût métallique dans la bouche et phosphènes (sensation de voir une lumière sur la rétine). Les effets directs des champs électromagnétiques à haute fréquence (applications radio, de téléphonie mobile et radars par exemple) entraînent un échauffement des tissus des travailleurs exposés. Une surexposition peut se solder par un endommagement des tissus allant jusqu'à des brûlures.

Sont par exemple considérés comme effets indirects des champs électromagnétiques les perturbations des implants médicaux (stimulateurs cardiaques par exemple) ainsi que le risque de projection d'objets ferromagnétiques dans des champs magnétiques statiques forts.

Livre VII du code social

Le Livre VII du Code social (Siebtes Buch Sozialgesetzbuch) oblige les caisses mutuelles d'assurance accidents à veiller par tous les moyens appropriés à ce que la prévention des

accidents du travail, des maladies professionnelles et des risques pour la santé liés au travail ainsi qu'une pratique efficace des premiers soins soient mises en œuvre dans les entreprises et les administrations. Sur la base de cette loi et suite à un examen obligatoire des besoins, les caisses mutuelles d'assurance accidents édictent des prescriptions en matière de prévention des accidents, lesquelles sont obligatoires de plein droit pour leurs membres (les entreprises) et pour les assurés. Les inspecteurs du service technique veillent à ce que les prescriptions en matière de prévention des accidents soient respectées et se chargent de conseiller les employeurs et les assurés.

Programme-modèle du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales destiné à la lutte contre les maladies liées au travail

Depuis 1993, le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales (BMAS) promeut de façon ciblée des projets-modèles dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail. Les résultats des projets-modèles aident employeurs et travailleurs à mettre en œuvre les règles de la sécurité et la santé au travail et à aménager les conditions de travail d'une manière concrète dans l'établissement. Par la publication et la diffusion des connaissances ainsi acquises, ces projets contribuent à assurer dans les entreprises implantées en Allemagne une prévention des risques pour la santé et des maladies liées au travail dans les domaines de la production, de l'artisanat et des services, et à améliorer la compétitivité des entreprises. Des modèles de solutions visant à maintenir et à promouvoir l'employabilité des travailleurs sont mis au point, essayés et mis en œuvre durablement comme modèles pratiques.

L'Initiative nouvelle qualité du travail

L'Initiative nouvelle qualité du travail (Initiative Neue Qualität der Arbeit) est une initiative commune émanant de représentants de la classe politique, du monde économique, des syndicats, du secteur scientifique et de la société. Ceux-ci s'attachent à élaborer des solutions pratiques visant à aménager les conditions de travail de manière à ce qu'elles soient attrayantes, motivantes et saines pour le personnel tout en étant rentables et source d'innovation pour les employeurs. Dans un domaine où les intérêts sont plutôt contradictoires, l'Initiative nouvelle qualité du travail, plateforme indépendante, politiquement impartiale et largement soutenue par les partenaires sociaux, ouvre la possibilité d'échanges constructifs et orientés sur la pratique de l'entreprise.

L'Initiative nouvelle qualité du travail met en réseau tous ceux qui souhaitent œuvrer à ce que sera l'emploi en Allemagne. Elle leur apporte un soutien par le biais de nombreuses possibilités d'échange, par des offres de conseil et d'information proches de la pratique et simples d'accès, par des outils pratiques, des programmes d'encouragement ainsi qu'une présence sur Internet englobant une base de données de bonnes pratiques à caractère exemplaire issues du quotidien du monde du travail. Une coopération étroite a lieu à cet effet entre le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales, les partenaires sociaux et les chambres de commerce et des métiers, l'Agence fédérale pour l'emploi, la conférence des Ministres du Travail et des Affaires sociales, l'Union fédérale des associations communales ainsi que des institutions d'assurance sociale et des fondations.

Le contexte des mutations démographiques et des transformations structurelles dans le monde du travail exige de plus en plus des entreprises et des administrations qu'elles se positionnent dans la course au personnel qualifié et qu'elles s'engagent dans des voies nouvelles pour le recrutement de main d'œuvre. Une importance particulière revient à l'approche consistant à investir plus dans la fidélisation du personnel et à établir au niveau de l'organisation une culture d'entreprise orientée vers les effectifs. L'aménagement de conditions de travail motivantes, saines et satisfaisantes pour le personnel en constitue un élément essentiel.

C'est ici qu'intervient l'Initiative nouvelle qualité du travail. Sa préoccupation centrale est d'attirer l'attention des entreprises et du secteur public sur ces questions de façon accrue et de leur proposer des approches de solutions à la fois pratiques et d'accès facile.

Face aux défis à venir pour les entreprises, les administrations et les travailleurs, l'Initiative nouvelle qualité du travail a identifié quatre champs d'action centraux en matière de politique

des ressources humaines, pour lesquels elle propose ou met au point des offres d'assistance et de conseil faciles d'accès.

- Direction du personnel: Les exigences en matière de direction et de gestion du personnel ont augmenté et rendent nécessaires une bonne culture de gestion ainsi qu'une stratégie et une planification des ressources humaines adaptées aux besoins de l'entreprise et aux facultés et talents de chaque employé.
- Egalité des chances et diversité: Une politique moderne en matière de ressources humaines mise sur la diversité. Les équipes regroupant par exemple des personnes de différentes catégories d'âge, des personnes de sexe, de milieu social et de milieu culturel différents avec des facultés, une expérience et un vécu différents peuvent se montrer plus innovantes et obtenir de meilleurs résultats.
- Santé: Une bonne santé et une vie équilibrée sont des facteurs importants pour la motivation, la capacité de travail et la capacité d'innovation. Une organisation tournée vers l'avenir mise sur une prévention continue des déséquilibres tout en encourageant des stratégies individuelles de résolution. Des effectifs en bonne santé physique et psychique ainsi qu'une organisation résiliente sont un facteur décisif de succès.
- Connaissances et compétences: Les connaissances sont la clé d'une réussite durable pour les entreprises et une condition préalable pour la capacité d'innover de l'économie allemande. Formation continue et apprentissage tout au long de la vie veillent à ce que le savoir-faire existant soit conservé et utilisé au mieux.

Ces champs d'action servent également de structure permettant de classer les contenus ainsi que les offres d'information et de conseil de l'Initiative nouvelle qualité du travail. Des conditions de travail équitables et sûres représentent la base de tous les champs d'action et avec eux des «entreprises de demain», tant pour les employeurs que pour les travailleurs.

Le programme de conseil «l'homme, valeur active de l'entreprise» encouragé par le FSE et l'audit «culture d'entreprise prête à affronter l'avenir» comptent parmi les offres centrales de l'Initiative nouvelle qualité du travail. Le programme «l'homme, valeur active de l'entreprise» aide les petites et moyennes entreprises, par un conseil professionnel, à identifier les problèmes de ressources humaines et à mettre au point des solutions sur mesure dans ce domaine. Les prestations de conseil sont fournies par des experts chevronnés et adaptées aux besoins de chaque entreprise. Le personnel doit obligatoirement être partie prenante dans les processus de transformation.

L'audit «culture d'entreprise prête à affronter l'avenir» de l'Initiative nouvelle qualité du travail permet aux responsables des entreprises et des administrations d'évaluer leur situation en termes de politique du personnel et de culture d'entreprise. Des améliorations potentielles sont identifiées et des mesures élaborées dans les quatre champs d'action, les thèmes allant de l'encouragement de la santé à la qualification et la formation continue du personnel en passant par les horaires de travail flexibles et la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, et étant traités en commun dès le début par les employeurs et les travailleurs. Ce processus étendu et à caractère participatif est sanctionné par un certificat une fois accompli.

L'Initiative a également pour autre grand objectif d'utiliser ses structures de réseau pour mettre sur pied un nombre accru d'activités régionales. Son objectif est de faire plus largement connaître du grand public tant l'importance des thèmes accompagnés par l'initiative que leurs objectifs ainsi que leurs contenus. Les responsables de l'Initiative sont en effet convaincus que les petites et moyennes entreprises agissent en premier lieu au travers de réseaux régionaux et que c'est donc «sur place» qu'il convient de s'adresser à elles.

L'encouragement de projets par le Ministère du Travail et des Affaires sociales, qui continue d'avoir lieu, va cibler de façon plus aigüe qu'au passé la mise au point d'approches et d'instruments proches de l'entreprise et visant le maintien de la capacité au travail ainsi que l'augmentation de l'employabilité, dans le cadre de projets de transfert et de projets modèles.

L'Institut fédéral de la sécurité et de la santé au travail (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) a mis en place un numéro d'appel (+49 231 9071 2071) pour l'information du public. Ce service opère du lundi au vendredi de 8 h à 16 h 30 et répond à vos questions sur la sécurité et la santé au travail.

Informations

Vous avez des questions concernant la sécurité et la santé sur les lieux de travail? Plusieurs services sont en mesure d'y répondre:

Les Länder sont dotés d'autorités chargées de la sécurité et de la santé au travail, à savoir les Services pour la sécurité et la santé sur les lieux de travail (Amt für Arbeitsschutz) ou les Services de l'inspection du travail et de la main-d'œuvre (Gewerbeaufsichtsamt).

Les institutions de l'assurance accidents disposent de leurs propres services techniques de contrôle.

L'Institut fédéral de la sécurité et de la santé au travail (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) se consacre à la recherche, au conseil et à la qualification dans le domaine de la sécurité et de la santé sur les lieux de travail.

Assurance accidents

L'assurance accidents légale existe depuis 1884. Elle est gérée par les caisses mutuelles d'assurance accidents de l'industrie, de l'artisanat et du commerce, par la caisse mutuelle d'assurance accidents de l'agriculture ainsi que par les institutions d'assurance accidents du secteur public (caisses d'assurance accidents, caisses d'assurance accidents des Länder, fédérations communales d'assurance accidents).

Quelles sont les personnes assurées?

Si vous êtes salarié ou si vous êtes en cours de formation professionnelle, vous êtes assuré à l'assurance accidents en vertu de la loi, et ce indépendamment du montant de votre salaire.

Sont également couverts par l'assurance accidents:

- les agriculteurs;
- les enfants dans des crèches ou chez des assistantes maternelles qualifiées;
- les écoliers;
- les personnes faisant des études;
- les personnes prêtant secours en cas d'accidents;
- les membres des services de protection civile ou de protection contre les catastrophes naturelles;
- les donneurs de sang ou d'organe;
- les tierces personnes prodiguant des soins à domicile;
- certaines catégories de bénévoles.

Les chefs d'entreprise, les travailleurs indépendants et les personnes exerçant une profession libérale peuvent souscrire à l'assurance accidents à titre volontaire, pour eux-mêmes et pour leurs conjoints collaborateurs, s'ils ne sont pas affiliés obligatoirement en vertu de la loi ou de dispositions statutaires. Des dispositions spéciales sont d'application pour la couverture des fonctionnaires en cas d'accident.

Prestations/conditions

L'assurance accidents légale veille à ce que vous et votre famille soyez protégés des conséquences de la réalisation du risque couvert susceptible de se produire dans l'exercice de votre activité professionnelle (accidents du travail et maladies professionnelles).

Elle veille également à la prévention des accidents du travail, des maladies professionnelles et des risques pour la santé liés au travail.

Elle offre les prestations suivantes suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle:

- un traitement curatif complet;
- des prestations au titre de la participation à la vie active (dont une reconversion s'il le faut), des prestations au titre de la participation à la vie de la société et des prestations complémentaires;
- des prestations financières aux assurés et au conjoint survivant.

Important:

Savoir à qui revient la faute d'un accident du travail est sans importance car l'assurance accidents verse ses prestations indépendamment de cela. Elle se subroge au chef d'entreprise et au personnel en ce qui concerne la responsabilité attachée à leurs rapports mutuels. On dit aussi que le chef d'entreprise est relevé de sa responsabilité.

L'assurance vous couvre tant que vous exercez l'activité assurée. Les trajets aller et retour sur le parcours qui vous mène au lieu de travail font également l'objet de l'assurance. Sont en outre systématiquement couverts par l'assurance les trajets aller et retour en covoiturage, même si des détours sont nécessaires à l'aller et au retour.

En tant qu'assuré, vous avez droit, entre autres, aux prestations suivantes:

Traitement curatif

L'assurance accidents prend en charge les frais résultant de la réalisation du risque couvert et concernant le traitement médical, les dépenses nécessaires en médicaments, pansements, traitements paramédicaux et appareils thérapeutiques ainsi que les séjours en hôpital ou en centre de réadaptation. La durée pendant laquelle vous avez besoin de ces prestations est sans importance.

Indemnités journalières d'accident

Les indemnités journalières d'accident dont vous bénéficiez pendant votre arrêt de travail s'élèvent à 80 % de votre rémunération brute manquante jusqu'à concurrence du montant de votre salaire net, pour autant et tant qu'aucune rémunération n'est versée au titre du maintien du salaire. Elles sont servies pour une durée maximale de 78 semaines.

Prestations au titre de la participation à la vie active

Si vous ne pouvez plus exercer votre activité comme avant à la suite d'un accident du travail ou à cause d'une maladie professionnelle, vous avez droit au bénéfice de prestations au titre de la participation à la vie active. Celles-ci consistent en premier lieu en des prestations visant le maintien dans l'ancien emploi ou l'obtention d'un nouvel emploi. Si ces prestations n'ont pas le résultat escompté, vous pouvez demander votre reconversion ou votre formation à un nouveau métier. Durant cette période de formation, vous avez droit à une allocation de transition. Si vous touchez simultanément un salaire, celui-ci doit être pris en compte pour le calcul.

Prestations visant la participation à la société et prestations complémentaires

Il s'agit de prestations telles que l'aide concernant les véhicules automobiles et l'aide en matière de logement, l'aide ménagère, l'encadrement psychosocial ainsi que le sport de réadaptation. Elles sont servies au même titre que les prestations du traitement curatif et les prestations visant la participation à la vie active, dans la mesure où elles sont rendues nécessaires par la nature et l'importance des séquelles de la blessure consolidée.

Rente d'assuré

Vous bénéficiez d'une rente d'assuré si, pour une durée d'au moins 26 semaines après survenance de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, votre capacité de gain est diminuée d'au moins 20% à la suite de la réalisation du risque. (Exception: la diminution de la capacité de gain doit être d'au moins 30% pour les exploitants agricoles, leur conjoint / partenaire et les membres de leur famille travaillant dans l'exploitation.) Le montant de la rente est fonction du degré de diminution de votre capacité de gain ainsi que du montant total de la rémunération que vous avez perçue durant les douze mois civils pleins qui ont précédé la réalisation du risque couvert.

Important:

Les rentes servies par l'assurance accidents sont revalorisées chaque année, au même titre que les pensions servies par l'assurance pension légale.

Allocation de soins

Si vous deviez vous trouver en situation de dépendance à la suite de la réalisation du risque assuré, vous bénéficiez de prestations de soins aux personnes dépendantes (le cas échéant, en établissement) ou d'une allocation de soins, en plus de la rente d'accident.

Allocation de décès

Pour le cas où la réalisation du risque se solde par un décès de l'assuré, les ayants droit survivants de l'assuré décédé perçoivent une allocation de décès. Cette allocation équivaut au septième de la valeur de référence applicable au moment du décès (la valeur de référence correspond à la rémunération moyenne prise en compte pour l'assurance pension légale).

Rente de conjoint survivant

Au cas où votre conjoint meurt à la suite de la réalisation du risque couvert, l'assurance accidents vous verse une rente de conjoint survivant jusqu'à un éventuel remariage. Le montant de cette rente est fonction de votre âge, de votre capacité de gain ou votre capacité professionnelle et du nombre de vos enfants. Ainsi, le montant annuel de votre rente de survivant est égal à 40 % du gain annuel perçu par votre conjoint décédé si vous entrez dans l'un des cas suivants :

- vous avez 45 ans ou plus et le décès est survenu avant le 1er janvier 2012;
- vous souffrez d'une diminution de votre capacité de gain, vous êtes en situation d'incapacité de gain ou d'incapacité d'exercer votre profession;
- vous assurez l'éducation d'au moins un enfant titulaire d'une rente d'orphelin.

Pour les décès survenus après le 31 décembre 2011, la limite d'âge va être graduellement relevée pour passer de 45 à 47 ans; ce relèvement s'oriente sur le relèvement des limites d'âge pour les rentes de conjoint survivant prévues par le régime légal de l'assurance pension.

Si vous avez moins de 45 (ou 47) ans et que vous êtes sans enfant à la date du décès, vous bénéficiez pendant deux ans d'une rente annuelle égale à 30 % du gain annuel de votre conjoint décédé. Cette restriction à deux ans ne s'applique pas aux couples mariés avant le 1er janvier 2002 où l'un des conjoints avait au moins 40 ans au moment du mariage. Dans ce cas, la rente est versée jusqu'à un éventuel remariage.

Important:

Si, en tant qu'ayant droit survivant, vous disposez de ressources propres (par ex. parce que vous travaillez ou que vous avez d'autres rentes ou pensions), celles-ci sont prises en compte à raison de 40 % pour le calcul de la rente de survivant, déduction faite d'un montant «progressif» (qui augmente pour chaque enfant titulaire de la rente d'orphelin) exempt de prise en compte.

Rente d'orphelin

En cas de décès d'un assuré suite à la réalisation du risque couvert, ses enfants âgés de moins de dix-huit ans bénéficient d'une rente d'orphelin. S'il s'agit d'orphelins de père ou de mère, l'assurance accidents verse 20 % du gain annuel préalablement perçu par l'assuré, et 30 % s'il s'agit d'orphelins de père et de mère. Le versement de la rente d'orphelin est prorogé au-delà des 18 ans de l'enfant et jusqu'à l'âge de 27 ans si l'enfant entre dans l'un des cas suivants :

- il poursuit encore sa formation scolaire ou professionnelle;
- il effectue à titre volontaire une année de service «social» ou «écologique» au titre de la Loi sur le service volontaire de la jeunesse, ou encore un service en vertu de la Loi sur le service volontaire allemand;
- il ne peut subvenir lui-même à ses besoins en raison d'un handicap physique, mental ou psychique.

Il n'y a pas prise en compte des revenus pour les rentes d'orphelin.

Important:

Le total des rentes de veuve et d'orphelin ne doit pas excéder 80 % du gain annuel préalablement perçu par l'assuré. Le montant des rentes est diminué en conséquence en cas de dépassement.

Indemnité forfaitaire se substituant à une rente

Pour le cas où une baisse notable de la diminution de votre capacité de gain ne peut se produire, vous pouvez faire une demande d'indemnité forfaitaire se substituant à votre rente d'accident. Pour le calcul de l'indemnité, une distinction sera faite entre la substitution à une «petite» rente, correspondant à une diminution de la capacité de gain allant jusqu'à 40 %, et celle à une «grande» rente, correspondant à une diminution de la capacité de gain de 40 % et plus. Par principe, la substitution à une «petite» rente vaut pour la vie entière, ce qui signifie que la rente est complètement acquittée par l'indemnité versée en une seule fois. Il ne vous sera plus rien versé au titre de cette rente par la suite, à moins que votre état de santé se dégrade en raison des suites de l'accident à un point tel qu'il en naît un droit à une rente plus élevée que celle correspondant à l'indemnité forfaitaire versée. Le capital de l'indemnité sera alors calculé à l'aide d'un règlement sur le montant du capital promulgué par le gouvernement fédéral, votre âge et le temps passé depuis l'accident étant pris en compte.

Si vous êtes victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, âgé de 18 ans révolus et que votre capacité de gain est diminuée de 40 % et plus, vous pouvez faire une demande pour recevoir la moitié de la rente à titre d'indemnité forfaitaire pour une période de dix ans. Vous n'êtes pas tenu de justifier de l'emploi de l'indemnité. Celle-ci ne peut excéder neuf fois le montant de la moitié de la rente annuelle. En cas d'octroi d'une telle indemnité forfaitaire, vous continuerez à bénéficier de la moitié de votre rente pendant dix ans. À compter de la onzième année, l'assurance accidents reprendra le versement du montant intégral de la rente.

Organisation financière

En leur qualité d'institutions de l'assurance accidents légale dans les domaines de l'industrie, du commerce et des services ainsi que dans celui de l'agriculture, les caisses mutuelles d'assurance accidents sont financées à partir des cotisations des chefs d'entreprise. La caisse mutuelle agricole d'assurance accidents bénéficie d'une subvention fédérale. Le montant de ces cotisations est fonction des rémunérations du travail versées dans l'année ainsi que de l'évaluation des risques encourus dans l'entreprise concernée.

Vous-même, en tant que salarié, élève, personne faisant des études, etc. n'avez aucune cotisation à payer.

Bases

Les bases de l'assurance accidents légale sont inscrites dans le Livre VII du Code social (SGB VII). D'autres lois et règlements trouvent également application, dont notamment:

- le livre IX du Code social (SGB IX) ou
- le règlement relatif aux maladies professionnelles (Berufskrankheiten-Verordnung).

Que devez-vous faire?

Informez aussitôt votre employeur si vous êtes victime d'un accident de travail ou d'un accident de trajet.

Les accidents survenant aux enfants, aux écoliers ou aux étudiants devraient être signalés aussitôt à l'institution correspondante, à savoir l'établissement préscolaire, l'école, l'université, etc. Les chefs d'entreprise sont tenus de déclarer l'accident à l'institution d'assurance accidents compétente si des assurés décèdent ou s'ils sont en incapacité de travail pendant plus de trois jours suite à leurs lésions.

Informations

Pour de plus amples informations, veuillez vous adresser aux caisses mutuelles d'assurance accidents (Berufsgenossenschaft) ainsi qu'aux institutions d'assurance accidents du secteur public, les dites caisses d'assurance accidents (Unfallkassen). Les institutions de l'assurance accidents légale ont mis en place un service téléphonique vous offrant des informations d'ordre général et accessible sur l'ensemble du territoire fédéral à partir d'un numéro unique gratuit, le +49 800 6050404. Du lundi au vendredi de 8 à 18 h, vous y obtiendrez des réponses à vos questions sur les accidents du travail, les accidents de trajet et les maladies professionnelles.

Le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales a également mis en place un numéro d'appel (+49 30 221 911 002) pour l'information du public. Ce service opère du lundi au jeudi de 8 h à 20 h et répond à vos questions sur l'assurance accidents.

Les sites Internet suivants, notamment, contiennent également des informations:

- www.dguv.de et www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Gesetzliche-Unfallversicherung/inhalt.html

Vous informez également sur l'assurance accidents les brochures gratuites suivantes publiées par le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales:

- «Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert im freiwilligen Engagement» (Pour votre sécurité – l'assurance accidents et l'engagement bénévole), référence A 329;
- «Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen» (Pour votre sécurité – l'assurance accidents et les soins prodigués à domicile par des tierces personnes à des membres de la famille), référence A 401;
- «Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert in der Schule» (Pour votre sécurité – l'assurance accidents à l'école), référence A 402.

Réadaptation et participation des personnes handicapées

Par réadaptation, on entend la mise en œuvre de mesures qui servent à aider les personnes ayant des possibilités d'activité limitées en raison de leur état de santé à surmonter ces limites. L'objectif en est la pleine participation, c'est-à-dire l'aménagement actif et autonome de la vie sociale et de la vie professionnelle de toutes ces personnes .

C'est aussi le point de vue de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées qui a un caractère obligatoire en Allemagne depuis le 26 mars 2009. L'objectif de cette Convention est d'encourager, de protéger et de garantir la pleine jouissance, sans discrimination, de tous les droits de l'homme et libertés fondamentales par toutes les personnes handicapées ainsi que d'encourager le respect de la dignité qui en découle. Par personnes handicapées, on entend les personnes souffrant de troubles physiques, moraux, psychiques ou sensoriels de longue durée qui peuvent les empêcher de participer pleinement, efficacement et avec les mêmes droits à la vie de la communauté. La protection contre la discrimination et le principe directeur de l'inclusion constituent les principes centraux de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Cela signifie que les personnes handicapées et leurs préoccupations sont incluses dès le début avec pour objectif une participation à droits égaux à tous les domaines – vie politique, sociétale, économique, sociale et culturelle. La Convention ne crée pas de droits spéciaux, elle concrétise et spécifie les droits de l'homme universels en se mettant dans la perspective des personnes handicapées. Tout s'articule autour du droit à un traitement égal, à une participation et à une autodétermination. Ce droit est transposé de manière concrète à différents aspects de la vie dans différents articles de la Convention.

C'est sur cette base que les prestations de réadaptation et de participation sont offertes à toutes les personnes qui sont handicapées ou menacées de le devenir et qui donc ont besoin d'aides particulières. La nécessité de prestations de participation peut découler de différentes situations. Cette aide peut s'avérer nécessaire suite à une blessure de guerre ou après un accident de la circulation ou du travail. De même, les personnes dont la vie professionnelle a été bouleversée par une maladie ou des phénomènes d'usure corporelle ont éventuellement besoin de prestations, sans compter, bien évidemment, les personnes handicapées depuis leur naissance.

Le Livre IX du Code social allemand (SGB IX) – Participation et réadaptation des personnes handicapées – regroupe dans sa première partie plusieurs catégories de prestations sociales par des dispositions uniformes sur les prestations et les procédures. Ainsi, le Livre IX chapeaute plusieurs domaines de la même manière que le faisaient auparavant les dispositions des Livres I, IV et X du Code social. Les textes ne sont plus seulement centrés sur l'assistance et la prise en charge des personnes handicapées et des personnes risquant de le devenir, ils mettent également l'accent sur leur participation autonome à la vie sociale et sur l'élimination des obstacles à l'égalité des chances.

Les dispositions du Livre IX ont été élaborées pour atteindre cet objectif rapidement, de façon efficace, économique et durable par le biais de prestations médicales, professionnelles et sociales ainsi que de prestations permettant l'accès à l'éducation et à la formation. Conformément à cet objectif, les prestations ont été regroupées sous le terme de «Prestations visant la participation». Elles permettent aux personnes souffrant d'un handicap ou menacées par un handicap de garder, dans la mesure du possible, leur autonomie de vie.

En ratifiant la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, la République fédérale d'Allemagne s'est engagée à transposer dans son droit national les clauses de ladite Convention.

C'est dans ce contexte qu'a été adoptée, en 2016, la Loi fédérale visant à promouvoir la participation et l'autonomie des personnes handicapées (Bundesteilhabegesetz, BTHG). Elle est entrée en vigueur au 1er janvier 2017. L'objectif de cette loi est d'améliorer la situation des personnes handicapées dans le sens d'une participation et d'une autodétermination accrues et de développer encore l'aide à l'insertion en vue d'un faire un droit de participation moderne. Fait également l'objet de cette loi la réforme de l'aide à l'insertion qui n'entrera toutefois pas en vigueur avant le 1er janvier 2020.

Prestations/conditions

Les personnes souffrant d'un handicap ou menacées par un handicap ont bien entendu droit aux mêmes prestations sociales et aux mêmes aides de l'État que les autres citoyens. Elles ont en plus droit à des prestations visant la participation qui peuvent s'avérer nécessaires pour:

- écarter, éliminer ou diminuer le handicap, ou
- prévenir une aggravation du handicap ou en atténuer les effets, quelle que soit l'origine du handicap.

Ces prestations visant la participation doivent servir à vous garantir une place adéquate dans la collectivité. En termes de vie professionnelle également, cette place doit correspondre à vos goûts et vos aptitudes.

Vous pouvez demander la brochure «Gemeinsame Erklärung zur Psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt» (Déclaration commune sur la santé mentale dans le monde du travail) auprès du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales. Elle porte la référence A 449.

Prestations visant la participation

Vous pouvez bénéficier des aides suivantes:

Prestations de réadaptation médicale

Les prestations fournies au titre de la réadaptation médicale comprennent notamment:

- les soins médicaux et dentaires;
- la détection précoce et l'encouragement précoce pour les enfants;
- les médicaments et pansements;
- les traitements paramédicaux, y compris physiothérapie, orthophonie et ergothérapie physiques;
- les appareils, y compris les mesures nécessaires de modification, réparation et remplacement ainsi que la formation à l'utilisation de ces appareils;
- la réadaptation à l'effort et la thérapie occupationnelle.

Les prestations de réadaptation médicale sont assurées par des services et des établissements de réadaptation avec ou sans hébergement et incluent au besoin les frais afférents à l'hébergement et à la nourriture.

Prestations visant la participation à la vie active

Les prestations visant la participation à la vie active comprennent notamment:

- des aides pour maintenir un emploi ou pour y accéder, y compris les prestations visant à faciliter le placement, les mesures de formation et les aides à la mobilité;
- la préparation à l'exercice de la profession, y compris une formation de base rendue nécessaire par le handicap (pour les aveugles par exemple);
- l'évaluation des compétences, la formation initiale et la formation continue nécessaires sur le plan professionnel, y compris l'acquisition du niveau scolaire autorisant à participer aux mesures de formation professionnelle continue;

- diverses aides au titre de la promotion de la participation à la vie active permettant aux personnes handicapées d'avoir une occupation appropriée et adaptée ou une activité indépendante et de la maintenir.

Lors du choix des prestations visant la participation à la vie active, il est tenu compte des aptitudes et des goûts ainsi que de l'activité antérieurement exercée par la personne handicapée, mais aussi de la situation sur le marché de l'emploi et de l'évolution de celle-ci. Font partie des prestations visant une participation à la vie active la prise en charge des frais d'hébergement et de nourriture, sous réserve que la personne handicapée soit obligée de loger hors de son propre foyer ou du foyer de ses parents pour pouvoir participer à la mesure la concernant. Ceci peut être le cas quand la nature et la gravité du handicap ou encore l'assurance du succès des prestations visant la participation l'exigent.

La brochure gratuite «Schritt für Schritt zurück in den Job» (Retour graduel au travail) (référence A 748) informe les travailleurs sur la gestion de l'intégration au sein de l'entreprise.

Prestations visant la participation à l'éducation et à la formation

Il s'agit ici de prestations de soutien qui sont nécessaires pour que les personnes handicapées puissent profiter des offres d'éducation à droits égaux. Ce sont:

- des aides pour l'éducation scolaire, notamment dans le cadre de la scolarité obligatoire;
- des aides pour la formation professionnelle dans l'enseignement secondaire;
- des aides pour l'enseignement supérieur;
- des aides pour la formation continue dans l'enseignement secondaire et supérieur.

Prestations visant la participation à la société

En font notamment partie:

- des prestations pour le logement;
- des prestations d'assistance visant une gestion autonome du quotidien y compris participation à la vie au sein de la collectivité et à la vie culturelle;
- des mesures de pédagogie thérapeutique pour les enfants handicapés en âge préscolaire;
- des prestations visant à promouvoir la communication avec l'entourage;
- des prestations visant la mobilité.

Prestations visant à garantir la subsistance et autres prestations complémentaires

Pendant la durée des prestations de réadaptation médicale, vous bénéficiez en règle générale d'indemnités journalières de maladie, d'indemnités journalières de maladie versées au titre de l'indemnisation sociale, d'indemnités d'accident ou bien d'une allocation de transition afin de pouvoir subvenir à vos besoins, le type de prestation étant fonction de l'institution compétente dans votre cas. Les indemnités journalières de maladie s'élèvent à 70% de la rémunération et du revenu du travail servant de base au calcul de la cotisation. Elles ne doivent pas dépasser 90% de la rémunération nette. Dans l'assurance pension légale, une allocation de transition correspondant à 75 ou 68 % de la dernière rémunération nette, en fonction de la situation familiale, est versée à la place des indemnités de maladie.

Durant la période de réinsertion progressive, les personnes exerçant un emploi perçoivent des indemnités journalières de maladie ou une allocation de transition. L'incapacité de travail subsiste durant cette période de retour progressif au travail.

Dans le cas de prestations visant la participation à la vie active, vous bénéficiez en règle générale d'une allocation de transition. Si l'institution compétente est l'Agence fédérale pour l'emploi, celle-ci servira l'allocation de transition si la personne concernée justifie de certaines durées d'affiliation à l'assurance chômage. Par ailleurs, sous certaines conditions, l'Agence fédérale pour l'emploi accorde une allocation de formation dans le cadre de la formation professionnelle initiale des jeunes gens et jeunes adultes handicapés si une allocation de transition ne peut être servie. Les personnes handicapées en capacité de gain et ayant besoin d'une aide bénéficient de prestations visant à garantir la subsistance conformément aux dispositions du Livre II du Code social.

Prévention

Depuis 2004, les employeurs sont tenus de proposer une gestion de l'insertion au sein de l'entreprise (Betriebliches Eingliederungsmanagement, BEM) aux employés en longue maladie. Cette procédure a pour objectif de rétablir la capacité d'emploi des employés malades, de l'assurer de façon durable et d'éviter la perte de l'emploi.

Budget personnel

Pour que les personnes handicapées et les personnes dépendantes soient en mesure de mener une vie aussi indépendante et autonome que possible, il leur est possible de percevoir, sur demande et à la place des prestations en nature isolées, des prestations en espèces régulières ou uniques ou des bons avec lesquels elles pourront organiser et payer elles-mêmes des prestations de services nécessaires. Le budget personnel peut également être servi sous forme de budget interinstitutionnel regroupant l'ensemble des prestations entrant en ligne de compte. Après une phase d'essai pendant laquelle les institutions compétentes pouvaient décider des budgets personnels dans le cadre de leur pouvoir discrétionnaire, ce budget personnel fait maintenant l'objet d'un droit depuis le 1er janvier 2008.

La brochure «Das trägerübergreifende Persönliche Budget» (Le budget personnel interinstitutionnel) (référence A 722) présente ce budget dans une langue de tous les jours et en langage simple. Le DVD (référence D 722) présente aussi ce budget dans un petit film en langage des signes).

Établissements

Centres de formation professionnelle

Les centres de formation professionnelle sont en règle générale des organismes inter-entreprises et suprarégionaux qui offrent aux jeunes gens handicapés des mesures de préparation à l'exercice de la profession et de formation professionnelle. Les jeunes gens ayant besoin d'une aide particulière bénéficient dans ces centres, pour leur évolution personnelle et professionnelle, du soutien de personnel spécialisé ou de services d'accompagnement (il s'agit par exemple des services de soins médicaux et psychologiques ou des services pédagogiques).

Centres de promotion professionnelle

Les centres de promotion professionnelle sont des organismes inter-entreprises et suprarégionaux dans lesquels des adultes handicapés ne pouvant plus exercer le métier qu'ils ont appris ou l'activité qu'ils exerçaient auparavant reçoivent des cours de reconversion et de perfectionnement professionnels. En tant que prestataires de services sociaux, ils enseignent et renforcent des compétences professionnelles et personnelles avec du personnel spécialisé et des services d'accompagnement (services de soins médicaux et psychologiques par exemple).

Centres d'entraînement professionnel

Les centres d'entraînement professionnel sont des établissements spéciaux destinés à la participation à la vie active des personnes souffrant d'un handicap psychique. L'objectif poursuivi est d'offrir à ces personnes une perspective professionnelle réaliste, d'opérer leur réinsertion sur le marché général de l'emploi ou de

Le CD gratuit (référence C 720) offre des informations sur le handicap.

parvenir à une stabilisation de leur état en vue d'une reconversion/formation professionnelle ou d'un retour à la vie active. Les centres d'entraînement professionnel disposent de places d'entraînement où les conditions et les impératifs correspondent à ceux des entreprises.

Centres de réadaptation médico-professionnelle

Les centres de réadaptation médico-professionnelle se sont engagés à fournir des prestations très complètes visant une réadaptation médicale, scolaire, professionnelle et psychosociale dans une procédure combinant étroitement toutes les étapes. L'objectif en est l'insertion à l'école, pendant la formation, dans la vie professionnelle, dans la famille et dans la société de personnes souffrant en raison d'une maladie de limitations de leurs performances, de difficultés d'apprentissage ainsi que de troubles comportementaux.

Ateliers pour personnes handicapées

Dans ces ateliers, les personnes handicapées qui, en raison de la nature ou de la gravité de leur handicap, ne peuvent pas ou pas encore se (re)placer sur le marché général de l'emploi, reçoivent une formation professionnelle appropriée et y obtiennent une occupation adéquate. Les ateliers leur permettent de développer, d'augmenter ou de recouvrer leur capacité productive et d'en obtenir une rémunération.

Autres prestataires

La Loi fédérale visant à promouvoir la participation et l'autonomie des personnes handicapées (Bundesteilhabegesetz) a permis de compléter les offres d'emploi des ateliers pour personnes handicapées reconnus en autorisant d'autres prestataires et en introduisant le «budget emploi facilitant l'accès au marché général du travail».

Ces autres prestataires peuvent être des organismes qui répondent aux critères techniques que doivent remplir les ateliers pour personnes handicapées. Ils offrent une formation professionnelle et un emploi tels que ceux d'un atelier pour personnes handicapées. Les personnes handicapées qui y sont employées disposent des mêmes droits que dans un atelier pour personnes handicapées.

Budget emploi facilitant l'accès au marché général du travail

Le budget emploi facilitant l'accès au marché général du travail ouvre aux personnes handicapées qui auraient sinon droit à un emploi dans un atelier pour personnes handicapées une perspective d'emploi sur le marché général du travail. Les employeurs qui offrent à une personne handicapée un emploi soumis à cotisations sociales bénéficient d'une subvention salariale d'un montant allant jusqu'à 75% du salaire régulièrement versé à titre de compensation durable pour la moindre productivité de l'employé(e) handicapé(e). Les prestations d'assistance requises sont également financées.

Réglementation spéciale pour les personnes gravement handicapées

Vous bénéficiez d'une protection spéciale de votre emploi si un degré de sévérité du handicap d'au moins 50 a été constaté pour vous, en règle générale par l'office de l'indemnisation sociale.

La protection spéciale concerne avant tout le licenciement par l'employeur. En effet, l'office de l'intégration doit donner son accord préalable à un licenciement avant que celui-ci soit communiqué par l'employeur et soit valide. Tout licenciement prononcé par l'employeur avant l'accord de l'office de l'intégration est invalide. Est également nul tout licenciement d'une personne gravement handicapée prononcé par l'employeur sans participation de la représentation des personnes gravement handicapées.

Par ailleurs, en tant que personne gravement handicapée, vous avez droit à des congés payés supplémentaires (5 jours ouvrables en règle générale si vous avez travaillé toute l'année chez votre employeur en qualité de personne gravement handicapée).

Important:

Les personnes handicapées occupées dans un atelier pour personnes handicapées sont couvertes au titre des assurances maladie, accidents, dépendance et pension légale.

Tous les employeurs du secteur public ou privé ayant plus de 20 emplois sont tenus d'attribuer 5% de ces emplois à des personnes gravement handicapées. Les employeurs du secteur public de l'État fédéral ont parfois un taux d'attribution d'emplois à des personnes gravement handicapées de 6%. Les postes occupés par des apprentis ne sont pas pris en compte pour le calcul de ces postes à pourvoir obligatoirement par des personnes gravement handicapées. Un apprenti ayant un statut de personne gravement handicapée compte pour deux emplois obligatoires. De surcroît, l'agence pour l'emploi peut prévoir au total 3 emplois obligatoires pour une personne gravement handicapée si l'insertion professionnelle de celle-ci est particulièrement difficile.

Tout poste à pourvoir obligatoirement non occupé par une personne gravement handicapée est grevé d'une taxe de compensation dont le montant est échelonné comme suit:

- 125 EUR par mois pour un taux de réalisation de 3% à moins de 5%,
- 220 EUR par mois pour un taux de réalisation de 2% à moins de 3%,
- 320 EUR par mois pour un taux de réalisation de moins de 2%.

Dans les entreprises et les administrations occupant au moins 5 personnes gravement handicapées à des emplois non temporaires, un représentant des personnes gravement handicapées (homme ou femme de confiance des personnes gravement handicapées) doit être élu. Le représentant des personnes gravement handicapées a pour mission d'encourager l'insertion des personnes gravement handicapées dans l'entreprise ou le service d'apporter un soutien aux personnes gravement handicapées sous forme de conseil et d'aide et de défendre leurs intérêts dans l'entreprise ou dans le service.

Afin que les personnes gravement handicapées bénéficient à demeure d'une place convenable dans la vie active, des aides spéciales venant compléter les prestations visant la participation à la vie active peuvent s'avérer nécessaires dans tel ou tel cas. Il existe à cette fin des prestations spéciales en espèces versées par l'Agence fédérale pour l'emploi et les offices de l'intégration. La transformation d'une machine pour aménager le poste de travail en fonction des besoins d'une personne handicapée et pour assurer durablement les mêmes droits de participation sur le lieu de travail est un exemple de mesure mettant en œuvre une telle prestation. Par ailleurs, en tant que personne gravement handicapée, vous pouvez avoir recours à des «compensations de handicap» visant à compenser des désavantages ou des surcoûts liés au handicap, généralement accordées sous réserve que d'autres conditions de santé soient remplies. Font notamment partie des compensations de handicap susvisées:

- des allègements fiscaux, (par exemple l'abattement pour personnes handicapées);
- la gratuité des transports publics;
- une minoration de la taxe sur les véhicules automobiles;
- des facilités de stationnement;
- une réduction de la redevance radiophonique.

Carte de personne gravement handicapée

Si vous êtes atteint d'un handicap grave, vous pouvez obtenir une carte de personne gravement handicapée en en faisant la demande auprès de l'office de l'indemnisation sociale. Cette carte vous permet d'une part de justifier de votre handicap grave, d'autre part de bénéficier des compensations de handicap.

Si vous faites la demande de cette carte, l'office de l'indemnisation étudiera aussi votre cas pour savoir si vous avez droit à des compensations de handicap particulières en tant que personne gravement handicapée. Dans l'affirmative, une mention correspondante sera apposée à votre carte. Ainsi, la mention «G» caractérise une «diminution importante de la mobilité dans

la circulation routière». Si vous êtes titulaire d'une carte portant cette mention, vous avez le droit d'utiliser gratuitement les services de transports publics locaux ou vous pouvez bénéficier d'une minoration de la taxe sur les véhicules automobiles.

Gratuité des transports publics locaux

Si votre mobilité dans la circulation routière est diminuée de façon importante par votre handicap, si vous êtes incapable d'agir seul ou si vous êtes sourd, vous bénéficiez de la gratuité des transports publics locaux. Il vous suffit de présenter au chauffeur la carte portant la mention correspondante. Les moyens de transport concernés sont en règle générale le tramway, les autobus, le métro et aussi les chemins de fer (en 2e classe).

Pour bénéficier de cette gratuité, il faut que votre carte soit accompagnée d'un timbre-quittance. Le timbre est disponible auprès des offices de l'indemnisation sociale; il coûte 80 EUR pour un an ou 40 EUR pour six mois. Les aveugles et les personnes incapables d'agir seules ainsi que certaines catégories de personnes à faible revenu peuvent recevoir le timbre gratuitement sur demande pour la durée d'un an. Cette exonération est aussi accordée à certaines catégories de victimes de guerre. Si la personne dont la mobilité est diminuée peut justifier d'un droit à un accompagnement (mention «B» dans la carte de personne gravement handicapée), la personne l'accompagnant bénéficie de la gratuité du trajet. Cette dernière disposition s'applique aussi aux trains de grandes lignes.

Assimilation des personnes handicapées aux personnes gravement handicapées

Important:

Vous avez un degré de sévérité du handicap inférieur à 50, mais supérieur ou égal à 30? Alors, vous pouvez être assimilé à une personne gravement handicapée, dans certaines conditions. La décision relève de la compétence de l'agence pour l'emploi. Cette assimilation n'est possible qu'à condition que vous ne puissiez pas obtenir d'emploi ou conserver l'emploi occupé jusqu'à présent sans elle. Si vous êtes assimilé à une personne gravement handicapée, vous pouvez recourir aux mêmes aides qu'elle pour ce qui est de l'intégration dans la vie active. Les congés payés supplémentaires et la gratuité des transports publics sont toutefois exclus.

Quels services compétents pour quelle aide?

Au sein du système de prestations sociales existent différentes institutions de réadaptation qui assurent des tâches de réadaptation et de participation spécifiques et qui créent les conditions nécessaires à l'accomplissement de ces tâches avec des connaissances techniques particulières, des prestations et des établissements spécialisés ou encore avec une structure administrative créée à cette fin.

Afin que toutes les citoyennes et tous les citoyens puissent accéder facilement aux prestations dans ce système de prestations sociales à plusieurs branches, la «procédure de programmation des actions visant la participation» met en place le principe d'un octroi de prestations comme si existait un «guichet unique» (cf. section «procédure de programmation des actions visant la participation»). Peu importe ici que la demande de prestations ait été adressée à la «bonne» institution ou non. Chaque institution de réadaptation est tenue d'accepter la demande de prestations de participation (demande exempte de formalité), de la traiter et de tenir compte elle-même des compétences d'autres institutions à ce sujet. Les citoyennes et les citoyens n'ont donc plus à rechercher eux-mêmes quelle institution est compétente.

Les brochures gratuites «Ratgeber für Menschen mit Behinderung» (Guide pour les personnes souffrant d'un handicap) (référence A 712),

«Ratgeber für Menschen mit Behinderung in Leichter Sprache» (Guide pour les personnes souffrant d'un handicap en langage simple) (référence A 749)

et «Rat-Geber für Menschen mit Behinderung in Europa in Leichter Sprache» (Guide pour les personnes souffrant d'un handicap en Europe en langage simple) (référence A 812) peuvent être demandés auprès du Ministère du Travail et des Affaires sociales.

La coopération entre les institutions de réadaptation dans le cadre de la procédure de programmation des actions visant la participation prévoit la répartition suivante des tâches:

- L'assurance maladie fournit à ses assurés des prestations de réadaptation médicale dont les institutions responsables sont:
 - les caisses locales d'assurance maladie;
 - les caisses d'assurance maladie d'entreprise;
 - les caisses mutuelles de l'artisanat;
 - les caisses de substitution;
 - l'assurance pension légale allemande - institution d'assurance des travailleurs de l'industrie minière, des chemins de fer et des marins (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See);;
 - la caisse d'assurance maladie des agriculteurs.
- L'assurance pension légale se charge de fournir à ses assurés les prestations de réadaptation médicale et de participation à la vie active, dont les institutions responsables sont:
 - la «Deutsche Rentenversicherung Bund» (assurance pension légale allemande Fédération);
 - les institutions régionales de l'assurance pension légale allemande;
 - la «Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See» (assurance pension légale allemande - institution d'assurance des travailleurs de l'industrie minière, des chemins de fer et des marins).
- L'assurance accidents prend en charge, pour les cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, les prestations de réadaptation médicale, de participation à la vie active et de participation à la société. Les institutions responsables en sont:
 - les caisses mutuelles d'assurance accidents de l'industrie, du commerce et des services;
 - la caisse mutuelle agricole d'assurance accidents;
 - les institutions d'assurance accidents du secteur public (caisses d'assurance accidents, fédérations communales d'assurance accidents).
- Les institutions de l'indemnisation sociale en cas de préjudices causés à la santé s'occupent de fournir aux victimes de guerre, du service militaire, etc. ainsi qu'aux victimes d'actes de violence des prestations de réadaptation médicale, de participation à la vie active, de participation à l'éducation et à la formation et de participation à la société. Il s'agit des institutions suivantes:
 - les bureaux locaux de l'indemnisation sociale,
 - les bureaux locaux compétents chargés de l'aide aux victimes de guerre ou ses bureaux régionaux,
 - le «Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr» (Office fédéral de la gestion du personnel de la Bundeswehr).

Les offices de l'intégration apportent une aide supplémentaire aux personnes gravement handicapées et assimilées à celles-ci qui éprouvent des difficultés en matière d'emploi. Ils peuvent notamment accorder des prestations en espèces aux employeurs afin de promouvoir l'emploi des personnes gravement handicapées.

L'Agence fédérale pour l'emploi, assistée des directions régionales et des agences pour l'emploi, se charge des prestations visant la participation à la vie active dès lors qu'aucune autre institution n'est compétente. L'Agence fédérale pour l'emploi fait également office d'institution de réadaptation pour les prestations de participation à la vie active pour les ayants-droits handicapés en capacité de gain au sens du Livre II du Code social (SGB II) dès lors qu'aucune autre institution de réadaptation n'est compétente.

L'aide sociale et l'aide à la jeunesse interviennent pour toutes les prestations nécessaires visant la participation, mais uniquement quand aucune des autres institutions n'est compétente. Les interlocuteurs sont alors essentiellement les bureaux de l'aide sociale et les bureaux de l'aide à la jeunesse des villes et des communes.

Procédure de programmation des actions visant la participation

Pour les non-initiés, il est souvent difficile de savoir quelle institution est compétente en quelle matière. Pour que les personnes handicapées n'en subissent aucun préjudice, toutes les institutions de réadaptation sont tenues de coopérer étroitement entre elles.

De surcroît, la procédure de recours à des prestations de participation dans le cas où des prestations de différents groupes de prestations ou de plusieurs institutions de réadaptation sont nécessaires a été nettement améliorée au 1er janvier 2018. La nouvelle procédure de programmation des actions visant la participation prévoit dans ces cas-là qu'une seule demande de réadaptation est suffisante pour lancer une procédure complète d'examen et de décision, même si les différentes institutions gardent leurs compétences. A cet effet, les dispositions relatives à la compétence et à la coopération interinstitutionnelle sont définies par la loi pour toutes les institutions de réadaptation. Pour le cas où plusieurs institutions de réadaptation seraient impliquées ou que différentes prestations seraient demandées, une procédure commune de constatation des besoins est à l'avenir obligatoire pour toutes les institutions de réadaptation. Avec l'accord des ayants droit ou sur leur demande, des conférences relatives à la programmation des actions visant la participation, au cours desquelles le besoin en assistance individuel des demandeurs fera l'objet de délibérations, se tiendront en plus à l'avenir. La participation des personnes handicapées à la procédure est ainsi renforcée lorsque plusieurs types de prestations ou plusieurs compétences entrent en ligne de compte.

Commission de médiation en vertu de la Loi sur l'égalité des personnes handicapées (Behindertengleichstellungsgesetz, BGG)

Depuis le début du mois de décembre 2016, les personnes handicapées peuvent s'adresser à la commission de médiation indépendante créée en vertu de l'art. 16 de la Loi sur l'égalité des personnes handicapées lorsqu'elles estiment que leurs droits en vertu de cette loi ont été bafoués. Cette commission permet un règlement extrajudiciaire rapide du litige pour les personnes handicapées. Elle est instituée auprès de la Déléguée du Gouvernement fédéral pour les préoccupations des personnes handicapées.

L'offre de médiation est gratuite. Les frais de déplacement nécessaires peuvent être remboursés au demandeur.

Les détails de la procédure sont fixés dans le Règlement portant sur la commission de médiation en vertu de l'article 16 de la Loi sur l'égalité des personnes handicapées et sur sa procédure (Verordnung über die Schlichtungsstelle nach § 16 des BGG und ihr Verfahren, BeGleiSV). Ce règlement est entré en vigueur le 3 décembre 2016.

Les associations qui sont reconnues par la Loi sur l'égalité des personnes handicapées peuvent aussi avoir recours à cette offre. La procédure de médiation est également la condition pour procéder plus tard à une action collective devant une juridiction.

Offices de l'indemnisation sociale et offices de l'intégration

Les tâches prévues au Livre IX du Code social sont accomplies, notamment, par les offices de l'indemnisation sociale au sein des autorités administratives régionales ou des communes (selon l'organisation prévue par le droit des Länder), par, les agences pour l'emploi et les offices de l'intégration. Ces offices constatent le handicap, le degré de sévérité du handicap et relèvent d'autres caractéristiques de santé exigées pour pouvoir bénéficier des compensations de handicap. Par ailleurs, ces offices délivrent les cartes de personne gravement handicapée.

L'Agence fédérale pour l'emploi encourage l'embauche de personnes gravement handicapées et surveille l'obligation d'emploi. Enfin, les offices de l'intégration s'occupent de la protection contre le licenciement ainsi que de l'accompagnement des personnes handicapées dans la vie active et prélèvent la taxe de compensation.

Législation

Vous trouverez les principales bases juridiques dans:

- le Code social (Sozialgesetzbuch);
- la Loi fédérale sur l'assistance aux victimes de guerre (Bundesversorgungsgesetz).

Informations

Points de contact

Depuis le 1er janvier 2018, toutes les institutions de réadaptation doivent désigner des points de contact qui mettront notamment à la disposition des demandeurs, des employeurs et aussi d'autres institutions de réadaptation des informations sans entraves sur le recours à des prestations visant la participation ainsi que sur la possibilité d'obtenir des prestations sous forme de budget personnel. Les points de contact étant tenus de se mettre en réseau entre eux en s'affranchissant des limites de leurs compétences, peu importe à l'avenir que l'on s'adresse à la «bonne» institution ou non.

Offre complémentaire de conseil indépendant en matière de participation (Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, EUTB)

La Loi fédérale visant à promouvoir la participation et l'autonomie des personnes handicapées (Bundesteilhabegesetz, BTHG) poursuit de façon rigoureuse l'objectif d'une meilleure coordination et coopération entre les institutions de réadaptation. La procédure de programmation des actions visant la participation, qui est interinstitutionnelle et participative, ainsi que l'introduction d'une offre de conseil en matière de participation qui soit complémentaire et indépendante des débiteurs de prestations et des prestataires, notamment, devront offrir un conseil et une assistance nettement meilleurs à l'avenir. Ces offres à bas seuil d'accès seront à la disposition des personnes handicapées ou menacées par un handicap et des membres de leur famille sur tout le territoire.

Le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales a adopté le 30 mai 2017 une directive encourageant la mise en œuvre de l'offre complémentaire de conseil indépendant en matière de participation sur la base de laquelle des centaines d'offres de conseil bénéficient d'un encouragement depuis le 1er janvier 2018. Le service d'expertise en conseil en matière de participation a commencé à opérer le 1er décembre 2017 et la plateforme d'information www.teilhabeberatung.de est à la disposition de toutes les personnes intéressées depuis le 2 janvier 2018. Le service d'expertise a notamment pour mission de déterminer le besoin en formation pour les centres de conseil, de mettre au point des formations initiales et continues pour les conseillères et les conseillers ainsi que des normes de qualité et de mettre en place une gestion du feedback.

Font par principe l'objet d'un encouragement les offres de conseil régionales non liées à des institutions débitrices de prestations et à des prestataires qui complèteront les offres de conseil existantes. La méthode de conseil du «peer counseling» qui habilite les personnes en quête de conseil à assumer plus de confiance en soi et de responsabilité est un critère particulier d'encouragement et offrira à l'avenir un conseil et une assistance nettement meilleurs aux personnes handicapées. L'offre complémentaire de conseil indépendant en matière de participation doit notamment fournir à la personne en quête de conseil l'orientation nécessaire pour trouver des possibilités de participation préalablement à la demande de prestations concrètes. L'encouragement d'un montant annuel de 58 millions d'euros est financé par des fonds fédéraux et est limité au 31 décembre 2022 dans un premier temps.

Important:

Chaque institution de réadaptation est tenue d'accepter toute demande de réadaptation et de participation (demande exempte de formalité), même si elle ne relève pas de ses compétences, et de la transmettre à l'institution compétente. L'institution de réadaptation à laquelle la demande est transmise doit en règle générale décider de façon définitive de l'issue à donner à la demande. Une nouvelle transmission de la demande ne peut être envisagée que dans des cas exceptionnels, et uniquement s'il est assuré qu'une autre institution de réadaptation accepte de statuer sur ladite demande.

Assurance maladie

Le régime légal d'assurance maladie assure votre couverture et celle de votre famille en cas de maladie. Il prend en charge les soins médicaux nécessaires. Toutefois, il ne couvre pas les prestations auxquelles vous avez recours suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Dans ces deux cas, la couverture est assurée par l'assurance accidents légale.

Jusqu'à la fin 1995, la caisse d'assurance maladie à laquelle vous étiez affilié dépendait de votre profession ou de votre entreprise. Depuis le 1er janvier 1996, que vous soyez assuré auprès d'une caisse locale, d'entreprise, corporative ou d'une caisse libre agréée, vous pouvez choisir librement à quelle caisse d'assurance maladie vous désirez vous affilier, les caisses d'entreprise ou corporatives n'entrant toutefois en ligne de compte que si elles ont accepté d'assurer des personnes étrangères à l'entreprise par décision statutaire. La caisse d'assurance des travailleurs de l'industrie minière (Assurance pension allemande - Agence des travailleurs de la mine, des chemins de fer et des marins) peut aussi être choisie depuis le 1er avril 2007. La caisse agricole d'assurance est soumise à des conditions.

Quelles prestations offre le régime légal de l'assurance maladie?

En tant qu'assuré, vous avez surtout droit aux prestations suivantes:

- mesures de prévention et de dépistage précoce de certaines maladies pour les enfants et les jeunes depuis la naissance jusqu'à l'âge de 18 ans révolus;
- bilans de santé tous les deux ans pour les adultes à partir de 35 ans révolus ainsi qu'examen réguliers de dépistage précoce de certaines maladies cancéreuses pour les adultes;
- médecine dentaire préventive pour les enfants et les jeunes, notamment mesures de prévention des maladies dentaires dans le cadre des mesures de prophylaxie dentaire de groupe et individuelles;
- vaccinations déterminées par la commission fédérale regroupant médecins et caisses d'assurance maladie sur la base des recommandations de la commission permanente sur la vaccination de l'Institut Robert Koch;
- soins orthodontiques pour les assurés, en règle générale jusqu'à l'âge de 18 ans;
- soins médicaux et dentaires. Vous avez le libre choix entre les médecins et dentistes conventionnés, les centres de soins conventionnés, les médecins et dentistes accrédités, les centres accrédités, les cliniques dentaires des caisses d'assurance maladie et les centres appartenant aux caisses d'assurance maladie;
- médicaments, pansements et traitements paramédicaux ainsi qu'appareils tels que prothèses auditives et fauteuils roulants;
- élaboration et remise d'un plan de posologie uniforme au niveau fédéral et sur support papier ainsi que son actualisation par un médecin conventionné si vous prenez simultanément au moins trois médicaments prescrits par ordonnance sur une période d'au moins 28 jours;
- prothèses ou couronnes dentaires nécessaires du point de vue médical;
- soins en établissement hospitalier;
- gestion de la sortie d'établissement hospitalier: les établissements hospitaliers peuvent prescrire à leurs patients, à leur sortie et pour une période allant jusqu'à sept jours, soins infirmiers à domicile, traitements paramédicaux, appareils et thérapie aux frais de l'assurance maladie légale; une éventuelle incapacité de travail peut aussi être constatée pour cette période. Une prescription de médicaments par le médecin de l'hôpital est maintenant aussi possible;
- prise en charge, totale ou partielle, des coûts des mesures de prévention et de réadaptation nécessaires;

- indemnités journalières de maladie: en règle générale, l'employeur maintient le versement de votre salaire ou de votre traitement durant six semaines en cas d'incapacité de travail. Ensuite, votre caisse d'assurance maladie vous verse 70% de votre rémunération brute régulière considérée dans la limite du plafond d'assujettissement, ce montant ne pouvant toutefois dépasser 90% de votre dernière rémunération nette. Le versement d'indemnités journalières en cas de maladie est limité à une durée maximale de 78 semaines sur une période de 3 ans. Si vous êtes agriculteur, vous bénéficiez d'une aide à l'exploitation au lieu des indemnités journalières;
indemnités journalières pour un maximum de 10 jours par an pour chacun de vos enfants assurés et âgés de moins de 12 ans s'il nécessite des soins de votre part, ceci sur présentation d'un certificat médical et à condition, également, qu'aucune autre personne vivant dans le ménage ne puisse le surveiller, le garder ou le soigner. Si vous êtes assuré et parent seul, vous avez droit à un maximum de 20 jours. Si plusieurs enfants sont assurés, le droit aux indemnités journalières pour les soigner est limité à un total de 25 jours ouvrables par année civile et à 50 jours ouvrables dans le cas de parents seuls. Pour les enfants handicapés tombant malades et ayant besoin d'une aide, ce droit va au-delà du douzième anniversaire. S'y ajoute un droit à des indemnités journalières pour une durée illimitée lorsque l'enfant souffre d'une maladie incurable et n'a plus qu'une espérance de vie de quelques semaines ou de quelques mois;
- aide familiale si un séjour en hôpital, des prestations de réadaptation ambulatoires ou des soins infirmiers à domicile vous empêchent de continuer à tenir votre ménage, à condition qu'un enfant vive dans votre ménage et qu'il ait moins de 12 ans lorsque vous commencez à bénéficier de cette assistance ou qu'il soit handicapé et ait besoin d'aide. Les caisses d'assurance maladie doivent aussi prévoir régulièrement des décrets pour les cas où des assurés ne seraient pas en mesure de continuer à tenir leur ménage pour cause de maladie;
- aide familiale pour une période allant jusqu'à quatre semaines si une maladie grave ou une aggravation aiguë d'une maladie, notamment après un séjour en hôpital, après une opération ambulatoire ou après un traitement ambulatoire en hôpital, vous empêchent de continuer à tenir votre ménage. Si un enfant vit dans votre ménage et qu'il a moins de 12 ans lorsque vous commencez à bénéficier de cette assistance ou qu'il est handicapé et a besoin d'aide, la durée maximale du droit est prolongée à 26 semaines;
- soins infirmiers à domicile s'ils permettent d'éviter ou d'écourter un séjour en hôpital ou encore d'assurer ainsi le traitement médical;
- soins à domicile ou aide familiale pour les femmes dans la mesure où une grossesse ou un accouchement les rend nécessaires;
- sociothérapie pour les assurés incapables de recourir aux actes médicaux ou prescrits par le médecin en raison d'une grave affection psychique;
- allocation de maternité et prestations en nature au titre de la maternité en cas de grossesse et d'accouchement. En tant qu'affiliée au régime légal d'assurance maladie, vous bénéficiez des indemnités journalières de l'allocation de maternité qui vous sont versées conformément à la réglementation durant les six semaines du congé prénatal et les huit semaines du congé postnatal (congé de maternité obligatoire) et pour le jour de l'accouchement. En cas de naissance prématurée ou de naissances multiples durant les douze premières semaines à compter de l'accouchement et pour le jour de l'accouchement. Le montant de la prestation est fonction de la rémunération moyenne perçue durant les trois derniers mois ou les treize dernières semaines qui ont précédé le début du congé prénatal. La caisse d'assurance maladie vous verse au maximum 13 EUR par jour civil.
Pendant la période légale du congé de maternité, votre employeur assure un complément dont le montant équivaut à la différence entre l'allocation de maternité et votre rémunération nette moyenne. En raison de modifications apportées à la Loi relative aux contrats d'assurance (Versicherungsvertragsgesetz), les femmes qui ont souscrit une assurance privée pour indemnités journalières de maladie ont droit au versement de l'indemnité journalière de maladie convenue pendant les congés de maternité. Les femmes

Le régime légal de l'assurance maladie est la plus ancienne branche de l'assurance sociale. Ses bases sont jetées dans différentes lois, dont le Livre V du Code social (SGB V) ou encore dans la Deuxième loi relative à l'assurance maladie des agriculteurs (Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte).

enceintes et accouchées peuvent alors décider sans se soucier des questions financières si et dans quelle mesure elles souhaitent exercer une activité professionnelle pendant cette période.

Quelles sont les personnes assurées?

En tant que salarié, vous êtes obligatoirement affilié à l'assurance maladie dans la mesure où votre revenu brut régulier est supérieur à 450 EUR par mois et n'excède pas un certain plafond annuel, appelé plafond de rémunération annuelle. Depuis le 1er janvier 2003, ce plafond de rémunération annuelle jusqu'auquel l'affiliation est obligatoire pour les salariés est dûment détaché du plafond d'assujettissement retenu pour le calcul de la cotisation à l'assurance pension légale et a été remplacé par un plafond général de rémunération annuelle et un plafond particulier de rémunération annuelle. Pour l'année civile 2018, le plafond général de rémunération annuelle est de 59.400 EUR. Pour les salariés qui n'étaient pas assujettis à l'assurance maladie légale au 31 décembre 2002 en raison d'un dépassement du plafond de rémunération annuelle et avaient contracté auprès d'une compagnie d'assurance maladie privée une assurance maladie couvrant l'intégralité des frais, le nouveau droit prévoit un plafond de rémunération annuelle moins élevé de 53.100 EUR en 2018 pour des raisons de protection de la confiance en la législation antérieure. Ce plafond est identique au plafond d'assujettissement au régime légal de l'assurance maladie.

Outre les salariés et les personnes touchant une rémunération au titre de leur formation professionnelle, sont notamment aussi affiliés obligatoirement à l'assurance maladie en vertu de dispositions législatives précisées:

- les étudiants inscrits dans des établissements d'enseignement supérieur d'État ou reconnus par l'État;
- les stagiaires et les personnes en cours de formation dans l'enseignement dit «de la deuxième chance»;
- les bénéficiaires d'une pension ou d'une rente s'ils ont été, pendant la deuxième partie de leur vie active, affiliés de façon prépondérante au régime légal de l'assurance maladie ou ont bénéficié de l'assurance familiale dans le cadre de celui-ci;
- les personnes handicapées exerçant une activité dans un atelier agréé ou participant à des mesures de participation à la vie active;
- les chômeurs percevant l'allocation de chômage ou, dans certaines conditions, l'allocation de chômage II;
- les exploitants agricoles;
- les membres de la famille de l'exploitant agricole pour lesquels le travail à la ferme constitue l'activité professionnelle principale, s'ils sont âgés d'au moins quinze ans ou sont en formation dans l'exploitation;
- les ascendants de l'exploitant agricole bénéficiant d'une rente viagère accordée par leurs enfants;
- les artistes ainsi que les journalistes et rédacteurs conformément à la Loi sur l'assurance sociale des artistes.

Une affiliation au régime légal de l'assurance maladie à titre volontaire est par principe possible lors de la première prise d'un emploi en Allemagne et à l'issue d'une affiliation à titre obligatoire ou en qualité d'ayant droit familial, ainsi que dans certaines conditions pour les personnes gravement handicapées.

Les personnes affiliées au régime légal de l'assurance maladie à titre volontaire, par exemple les travailleurs ayant une rémunération supérieure au plafond de rémunération annuelle, les fonctionnaires ou les travailleurs indépendants, peuvent aussi conclure une assurance maladie auprès d'une compagnie d'assurance maladie privée. Elles devraient toutefois prendre en compte tous les arguments en faveur du régime légal et de l'assurance maladie privée et ne pas perdre de vue le fait qu'un retour ultérieur au régime légal de l'assurance maladie n'est possible que dans des conditions précises et très strictes.

En vertu du droit allemand de l'assurance maladie, tous les habitants ne pouvant se prévaloir d'aucun autre droit à assurance en cas de maladie bénéficient d'une assurance dans le cadre du régime légal d'assurance maladie ou d'une caisse privée d'assurance maladie.

Depuis le 1er avril 2007, les personnes ne pouvant se prévaloir d'aucun autre droit à assurance en cas de maladie et qui étaient juste avant cela affiliées au régime légal d'assurance maladie, sont assurées obligatoirement à titre subsidiaire à ce régime légal (art. 5 al. 1 n° 13 du Livre V du Code social). Elles deviennent affiliées obligatoires de leur ancienne caisse légale d'assurance maladie ou de son successeur juridique avec effet au premier jour sans autre assurance en cas de maladie en Allemagne, au plus tôt à compter du 1er avril 2007. Cette règle s'applique également aux personnes n'ayant auparavant été affiliées ni au régime légal d'assurance maladie ni à une caisse privée d'assurance maladie et qui relèvent du régime légal d'assurance maladie. Veuillez consulter une caisse légale d'assurance maladie pour en savoir plus sur cette disposition légale.

En vertu de l'art. 193 al. 3 de la Loi relative aux contrats d'assurance (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) et depuis le 1er janvier 2009, toute personne ayant son domicile en Allemagne est obligée par principe de conclure une assurance maladie privée si elle n'est pas affiliée au régime légal d'assurance maladie, soumise à l'obligation d'assurance au régime légal d'assurance maladie ou si elle ne peut se prévaloir d'un autre droit à assurance. La couverture doit s'étendre au moins au traitement curatif ambulatoire et en établissement; la participation aux frais par année civile est limitée à 5.000 EUR maximum.

Les personnes exerçant une activité principale indépendante, en particulier, ne sont pas assujetties obligatoirement au régime légal d'assurance maladie et relèvent de ce fait de l'assurance maladie privée, à moins qu'elles n'aient auparavant été affiliées au régime légal d'assurance maladie.

Depuis le 1er janvier 2009, les personnes exemptées de l'affiliation au régime légal d'assurance maladie, notamment les fonctionnaires, les retraités ayant une pension ainsi que les autres personnes ayant droit à une aide financière aux frais médicaux accordée aux fonctionnaires et qui n'ont pas conclu d'assurance couvrant l'intégralité des frais non couverts par l'aide aux frais médicaux, sont soumises à l'obligation d'assurance à titre subsidiaire (art. 5 al. 1 n° 13 du Livre V du Code social) au régime légal d'assurance maladie même si elles l'avaient été avant l'exemption. Cette catégorie de personnes doit donc conclure une assurance maladie privée pour la part des frais non pris en charge par l'aide financière aux frais médicaux accordée aux fonctionnaires. Cette obligation d'assurance auprès d'une caisse d'assurance maladie privée s'étend aussi aux personnes exemptées de l'obligation d'assurance, à savoir les travailleurs et les employés dont le revenu annuel régulier dépasse le plafond d'assujettissement à l'assurance et qui ne sont pas assurés à titre volontaire au régime légal de l'assurance maladie.

Les personnes concernées satisfont à cette obligation d'assurance dès lors qu'elles ont conclu une assurance même à un tarif de base. Depuis le 1er janvier 2009, celui-ci doit être proposé par toutes les caisses d'assurance maladie privée au même titre que les autres tarifs.

Les dispositions suivantes sont d'application pour l'assurance en cas de maladie des bénéficiaires de l'aide sociale:

Les personnes qui percevaient des prestations courantes en vertu des chapitres trois, quatre, six ou sept du Livre XII du Code social (SGB XII) au 1er avril 2007 et en perçoivent encore bénéficient, lorsqu'elles sont malades, d'une aide en cas de maladie servie par l'institution débitrice de l'aide sociale. En règle générale, le traitement est pris en charge par les caisses légales d'assurance maladie en vertu de l'art. 264 du Livre V du Code social (SGB V); l'institution débitrice de l'aide sociale rembourse ensuite les frais encourus aux caisses légales d'assurance maladie. En vertu de la disposition légale expresse de l'art. 5 al. 8a du Livre V du Code social (SGB V), la prise en charge des bénéficiaires de l'aide sociale en cas de maladie reste du ressort de l'institution débitrice de l'aide sociale, même après le 1er avril 2007. Elle l'est également lorsque le droit aux prestations sociales courantes est interrompu pour moins d'un mois. Qu'une institution débitrice de l'aide sociale radie des personnes de la procédure en

vertu de l'art. 264 du Livre V du Code social ou non est sans importance. La seule chose qui importe est que la personne concernée ait été bénéficiaire de prestations courantes en vertu des chapitres trois, quatre, six ou sept du Livre XII du Code nonobstant des interruptions de moins d'un mois.

Les personnes devenues bénéficiaires de prestations courantes en vertu des chapitres trois, quatre, six ou sept du Livre XII du Code social (SGB XII) depuis le 1er avril 2007 et qui sont à ce moment-là assurées à titre subsidiaire au régime légal d'assurance maladie (art. 5 al. 1 n° 13 du Livre V du Code social), restent affiliées au régime légal de l'assurance maladie. Lors d'un passage de l'allocation de chômage II à des prestations courantes de l'aide sociale en vertu des chapitres trois ou quatre du Livre XII du Code social (SGB XII) au cours d'un même mois, le droit à l'aide en cas de maladie fondé par l'octroi de prestations d'aide sociale exclut tant l'assurance à titre subsidiaire au régime légal d'assurance maladie en vertu de l'art. 5 al. 1 n° 13 du Livre V du Code social que l'assurance obligatoire en vertu de l'art. 188 al. 4 du Livre V du Code social (SGB V). Si les périodes d'affiliation antérieure nécessaires sont remplies, l'affiliation peut toutefois continuer par le biais d'une assurance volontaire au régime légal à condition que les personnes concernées s'affilient à leur caisse d'assurance maladie dans les trois mois suivant la fin de l'affiliation (art. 9 du Livre V du Code social (SGB V)).

Les personnes bénéficiant uniquement de l'aide en cas de maladie en vertu du chapitre cinq du Livre XII du Code social (SGB XII) deviennent obligatoirement assujetties au régime légal d'assurance maladie si elles relèvent de celui-ci et si elles remplissent les conditions de l'obligation d'assurance à titre subsidiaire en raison de l'absence d'un autre droit à assurance en cas de maladie (art. 5 al. 1 n° 13 du Livre V du Code social) au 1er avril 2007 ou plus tard. En raison de cette obligation d'assurance à titre subsidiaire, ces personnes restent affiliées au régime légal de l'assurance maladie même si elles perçoivent des prestations d'aides à la subsistance (prestations en vertu du chapitre trois, quatre, six ou sept du Livre XII du Code social) à une date ultérieure.

Les personnes bénéficiant de prestations courantes en vertu des chapitres trois, quatre, six et sept du Livre XII du Code social et relevant du système privé d'assurance maladie indépendamment de ces prestations sont obligatoirement assujetties à l'assurance maladie privée si elles sont devenues bénéficiaires de ces prestations depuis le 1er janvier 2009 et si elles ne sont pas assurées au régime légal d'assurance maladie ou soumises à l'obligation d'assurance à ce régime (art. 193 al. 3 phrase 2 n° 4 de la Loi relative aux contrats d'assurance (Versicherungsvertragsgesetz, VVG)). Dans ce cas, ce sont les institutions débitrices de l'aide sociale qui prennent en charge la cotisation à cette assurance dans la mesure où elle est raisonnable (art. 32 al. 5 du Livre XII du Code social). Celle-ci est réputée raisonnable jusqu'au plafond, dans le tarif de base, du montant diminué de moitié pour les bénéficiaires de l'aide sociale. Des montants plus élevés peuvent aussi être pris en charge pendant trois mois maximum et pendant six mois maximum dans des cas exceptionnels fondés.

Assurance familiale

L'assurance maladie légale comprend également une assurance familiale sans cotisation. Le conjoint ou le partenaire enregistré ainsi que les enfants des affiliés (jusqu'à un certain âge) sont ainsi co-assurés, à condition, entre autres, que le revenu mensuel régulier du conjoint et des enfants ne dépasse pas 435 EUR en 2018 et qu'ils ne soient pas eux-mêmes affiliés à une assurance maladie comme membres. Pour les personnes exerçant une activité minime, le plafond de revenu total est de 450 EUR.

Toutes les personnes obligatoirement affiliées doivent immédiatement signaler tout changement de leur situation économique, financière et familiale à la caisse d'assurance maladie et, pour les bénéficiaires de l'allocation de chômage et de l'allocation de chômage II, également à l'agence pour l'emploi locale ou au «Jobcenter».

Participation des assurés aux frais

L'assurance maladie doit rester finançable. C'est la raison pour laquelle les assurés sont soumis, en règle générale à partir de 18 ans révolus, à une participation financière prévue par la loi à différentes prestations du régime légal d'assurance maladie.

Vue d'ensemble de la participation aux frais pour le régime légal de l'assurance maladie:

Prestations	Participation aux frais depuis le 1er janvier 2004
Médicaments	10% du prix de vente par la pharmacie 5 EUR minimum et 10 EUR maximum*
Pansements	Même chose*
Transports	10% des frais de transport 5 EUR minimum et 10 EUR maximum par trajet*
Traitements paramédicaux	10% du prix plus 10 EUR par ordonnance*
Appareils	10% des coûts de l'appareillage 5 EUR minimum et 10 EUR maximum*
Appareils destinés à la consommation	10% des coûts et 10 EUR par mois maximum
Traitement en hôpital	10 EUR par jour civil pour 28 jours maximum au cours d'une année civile
Mesures de réadaptation ambulatoires	10 EUR par jour civil
Mesures de prévention et de réadaptation en établissement	10 EUR par jour civil
Réadaptation faisant suite aux soins hospitaliers	10 EUR par jour civil pour 28 jours maximum au cours d'une année civile, les participations aux frais versées au titre du traitement en hôpital seront prises en compte
Mesures de prévention et de réadaptation pour mères et pères	10 EUR par jour civil

* tout en étant inférieur au prix lui-même

Les assurés sont en partie responsables de leur santé. Moyennant la participation financière prescrite par la législation relative à l'assurance maladie, le législateur veut faire en sorte que les assurés aient recours aux prestations de l'assurance maladie de façon parcimonieuse et responsable.

Si la participation des assurés est une chose nécessaire, elle ne doit pas aboutir à une sollicitation pécuniaire excessive de ceux-ci. Le législateur y a veillé en prévoyant des cas où, sous certaines conditions, vous bénéficiez d'une dispense partielle ou totale de participation aux frais.

Sont exemptés de participation

Les enfants et les adolescents âgés de moins de dix-huit ans, sauf pour les prothèses dentaires et les frais de transport.

Exemption de participation / plafond de sollicitation pécuniaire:

Le plafond de sollicitation pécuniaire s'élève à 2% (1% pour les malades chroniques) des ressources brutes destinées à la subsistance qui sont prises en compte. Dans ce contexte, le législateur prend pour base un revenu familial brut. Il importe donc aussi de savoir combien de personnes composent ce ménage commun et doivent vivre de ce revenu, puisqu'une franchise intervient pour chaque membre de la famille, une franchise plus élevée s'appliquant aux enfants. Ces franchises sont déduites du revenu brut de la famille. La participation que vous

pouvez assumer varie donc en fonction de la taille de la famille. La franchise pour le premier membre de la famille vivant dans le ménage commun s'élève à 15% de la grandeur de référence annuelle, qui est de 5.481 EUR pour 2018. Quant à la franchise s'appliquant aux enfants, elle est de 7.428 EUR.

Sont considérées comme revenu familial les ressources brutes destinées à la subsistance, c'est-à-dire toutes les ressources financières de l'assuré et des membres de sa famille vivant dans le ménage commun qui peuvent être utilisées pour assurer la subsistance. Entrent par exemple dans cette catégorie les revenus locatifs ou les revenus de capitaux mobiliers, soit des ressources pour lesquelles les personnes assurées obligatoirement ne paient pas de cotisations au régime légal de l'assurance maladie.

Le droit de l'assurance maladie applique le «principe du brut». Le revenu brut est donc régulièrement pris comme référence pour la capacité économique. Pour le calcul des cotisations des assurés, ce sont les ressources brutes qui servent de base pour déterminer le montant de ladite cotisation. Il n'est donc pas fait appel à une autre grandeur de référence (revenus nets par exemple) pour déterminer si le plafond de sollicitation pécuniaire est atteint ou pas.

L'assuré ainsi que son conjoint/partenaire et ses enfants entrant en ligne de compte doivent consigner les participations aux frais versées pendant l'année civile en cours. Les caisses d'assurance maladie sont tenues de délivrer sur demande un avis de dispense pour le reste de l'année civile aux personnes ayant atteint le plafond de sollicitation pécuniaire pour ladite année.

Le plafond de sollicitation pécuniaire s'applique à tous les types de participation aux frais, et donc aussi, par exemple, à la participation aux traitements hospitaliers ou aux mesures de prévention et de réadaptation en établissement.

Dispositions particulières pour les malades chroniques

Conscient de la situation particulière dans laquelle se trouvent les malades chroniques, le législateur a adopté des dispositions particulières pour cette catégorie de personnes.

Aux assurés suivant un traitement à long terme pour la même maladie s'applique un plafond de sollicitation pécuniaire moins élevé, de seulement 1% des revenus bruts annuels destinés à la subsistance. La loi prévoit que la Commission fédérale donne une définition plus précise des maladies gravement chroniques par le biais de directives. En vertu de la directive de la Commission fédérale visant à mettre en œuvre les règlements de l'article 62 du Livre V du Code social pour les malades gravement chroniques, une maladie est considérée comme gravement chronique si elle a fait l'objet d'un traitement médical au moins une fois par trimestre pendant au moins un an et si l'un des critères suivants est rempli:

- dépendance des degrés 3, 4 ou 5 en vertu du 2ème chapitre du Livre XI du Code social (SGB XI);
- degré de handicap en vertu du droit sur les personnes gravement handicapées / du droit de l'indemnisation sociale d'au moins 60% ou diminution de la capacité de gain en vertu du droit sur l'assurance accidents d'au moins 60%;
- nécessité d'un traitement médical continu (traitement par un médecin ou un psychothérapeute, thérapie médicamenteuse, soins nécessités par un traitement médical, besoins en traitements paramédicaux et appareils), sans lequel, de l'avis du médecin, il faut s'attendre à une aggravation de la maladie pouvant avoir des conséquences fatales, à une diminution de l'espérance de vie ou à une atteinte durable à la qualité de vie en raison du trouble causé par la maladie.

C'est à la caisse d'assurance maladie qu'il appartient de déterminer si un assuré souffre d'une maladie chronique grave au sens des directives. La dispense vaut pour toute la famille vivant dans le ménage commun.

Dispositions particulières pour les bénéficiaires de l'aide sociale et autres catégories de personnes

Une réglementation plus avantageuse que celle s'appliquant aux autres assurés est en place pour les ayants droit de prestations en vertu du Livre II ou du Livre XII du Code social (minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi et aide sociale) ou de l'assistance publique aux victimes de guerre. Pour cette catégorie de personnes, c'est uniquement le taux normal de niveau 1 du chef de famille en vertu de l'annexe à l'article 28 du Livre XII du Code social qui est pris en compte comme ressources brutes à la subsistance de l'unité de besoin pour la détermination du plafond de sollicitation pécuniaire (art. 62 al. 2 du Livre V du Code social).

Les ayants droit de prestations doivent payer la participation aux frais avec leur taux normal. Un taux normal plus élevé n'est pas reconnu ici. Le taux normal de niveau 1 est de 4.992 EUR sur l'ensemble de l'année civile 2017. Sur cette base, les bénéficiaires de l'aide sociale ou de l'allocation de chômage II ont à leur charge les montants suivants pour la participation aux frais encourus par leur unité de besoin pour l'année civile:

Participation aux frais de 1%: (malades chroniques)	env. 49,92 EUR
Participation aux frais de 2%: («cas normal»)	env. 99,84 EUR

Ces dispositions particulières s'appliquent également aux personnes pour lesquelles les frais d'hébergement en établissement ou dans une institution semblable sont pris en charge par une institution débitrice de l'aide sociale ou de l'aide aux victimes de guerre ainsi qu'à la catégorie de personnes citée à l'article 264 du Livre V du Code social (bénéficiaires de l'aide sociale pour lesquels les frais de santé sont pris en charge par le régime légal de l'assurance maladie et bénéficiaires de prestations courantes en vertu de l'art. 2 de la Loi portant sur les prestations aux demandeurs d'asile (Asylbewerberleistungsgesetz)). Cela signifie que c'est uniquement le taux normal du chef de famille en vertu du règlement sur le taux normal qui est pris en compte comme ressources brutes à la subsistance de l'unité de besoin.

Pour les assurés percevant des prestations visant à assurer la subsistance au titre du Livre II du Code social (SGB II), seule la prestation normale en vertu de l'art. 20 al. 2 du Livre II du Code social (SGB II) est prise en compte comme ressources brutes à la subsistance de l'unité de besoin.

Pour tous les autres assurés, la protection contre une sollicitation pécuniaire excessive est assurée par le biais du plafond de sollicitation pécuniaire de 1% ou 2% des ressources annuelles brutes à la subsistance.

Quant aux bénéficiaires de l'aide sociale vivant dans des institutions, la Loi portant modification de la loi intégrant dans le Code social les dispositions régissant l'aide sociale (Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch) a institué une procédure légale uniforme pour l'ensemble du pays afin d'éviter toute sollicitation pécuniaire excessive, même provisoire, étant donné qu'ils ne disposent que d'un montant en liquide d'un niveau raisonnable. Cette réglementation prévoit que l'institution débitrice de l'aide sociale accorde aux personnes concernées un prêt à concurrence du plafond de sollicitation pécuniaire correspondant et le verse directement à la caisse d'assurance-maladie compétente. En contrepartie, la caisse d'assurance-maladie délivre aux bénéficiaires du montant en liquide concernés, au 1er janvier, une dispense de participation aux frais.

Le bénéficiaire du montant en liquide rembourse alors le prêt accordé à l'institution débitrice de l'aide sociale à raison de montants uniformes répartis sur toute l'année civile.

Dispositions particulières relatives à la sollicitation pécuniaire excessive en cas de prothèse dentaire

Les prothèses dentaires sont l'objet de dispositions particulières pour les cas d'exemption, qui sont fonction du montant concret des ressources mensuelles brutes. Renseignez-vous auprès de votre caisse d'assurance maladie pour savoir si vous avez droit à une exemption totale ou partielle de votre participation aux prothèses dentaires.

Informations

Pour de plus amples informations, adressez-vous aux caisses d'assurance maladie. Ce sont elles, également, qui vous délivreront un carnet où porter l'acquit des participations payées.

Organisation financière

Depuis janvier 2009, un taux de cotisation uniforme, général et réduit, s'applique au régime légal de l'assurance maladie pour tout le territoire fédéral.

Le taux général de cotisation qui s'applique notamment aux cotisations liées aux rémunérations et aux pensions, s'élève depuis le 1er janvier 2015 à 14,6% et est pris en charge par moitié par l'employeur et le salarié ou, dans le cas d'une pension, par l'institution débitrice et par le retraité. Le taux réduit de cotisation, qui s'applique par principe aux affiliés sans droit aux indemnités journalières, est de 14%.

En plus, les caisses d'assurance maladie peuvent prélever à leurs assurés une cotisation supplémentaire. Ces cotisations supplémentaires peuvent varier d'une caisse d'assurance à l'autre. Pour les employés, la cotisation supplémentaire est acquittée directement par l'employeur à la caisse d'assurance maladie. Pour les bénéficiaires de l'aide sociale d'un minimum de base individuel, les services compétents prennent en charge la cotisation supplémentaire.

Les cotisations sont calculées à partir des revenus soumis à cotisation et sont versées au fonds de financement pour la santé avec des fonds issus des impôts. Les caisses d'assurance maladie reçoivent du fonds de financement pour la santé des montants forfaitisés pour chacun de leurs assurés plus des majorations prenant en compte l'âge, le risque et le sexe de ceux-ci et destinées à couvrir les dépenses liées aux prestations. Cette formule permet de prendre en compte les différences de structure au niveau des assurés et des maladies.

Les caisses d'assurance maladie ne parvenant pas à opérer avec les montants alloués par le fonds devront rendre plus efficaces les services offerts à leurs assurés. Si cela ne suffit pas, elles prélèveront à leurs assurés une cotisation supplémentaire ou augmenteront celle-ci. Dès que leur situation financière le permet, les caisses d'assurance maladie peuvent offrir des prestations supplémentaires ou baisser la cotisation supplémentaire.

Taux moyen de cotisation supplémentaire

Le taux moyen de cotisation supplémentaire s'applique à certains groupes de personnes, par exemple aux apprentis (avec une rémunération maximale de 325 euros) ainsi qu'aux bénéficiaires de l'allocation de chômage II.

Les pronostics prévoient pour l'année 2018 un taux moyen de cotisation supplémentaire de 1 %.

Les affiliés au régime légal d'assurance maladie ont aussi la possibilité de changer de caisse d'assurance maladie en respectant les délais de préavis légaux pour la résiliation. Il est très facile pour les assurés de faire usage de ces dispositions particulières de résiliation. Les caisses d'assurance maladie sont tenues d'informer par courrier, au plus tard à la fin du mois précédant l'introduction ou l'augmentation de la cotisation supplémentaire, chaque affilié de ces dispositions particulières de résiliation, du montant du taux moyen de cotisation supplémentaire

et de lui fournir l'aperçu des cotisations supplémentaires de toutes les caisses d'assurance maladie établi par la Fédération centrale des caisses d'assurance maladie. Les caisses d'assurance maladie dont le taux de cotisation supplémentaire dépasse le taux de cotisation supplémentaire moyen (1 % en 2018) sont tenues d'informer expressément leurs affiliés qu'ils ont le droit de changer de caisse d'assurance maladie pour en prendre une moins chère.

Les travailleurs affiliés au régime légal d'assurance maladie à titre volontaire paient seuls leurs cotisations à l'assurance maladie. Dans certaines conditions, leur employeur peut toutefois y participer. C'est ainsi que les personnes assurées volontaires qui sont exemptées de l'obligation d'affiliation uniquement parce qu'elles dépassent le plafond d'assujettissement perçoivent à titre d'indemnité pour leur cotisation la somme que l'employeur aurait à verser pour un salarié obligatoirement affilié.

Les personnes touchant une pension et assurées volontaires au régime légal d'assurance maladie perçoivent également de leur institution d'assurance pension légale une indemnité pour les dépenses liées à l'assurance maladie.

Le calcul des cotisations est soumis à un plafond dit de cotisation (2018: 4.425 EUR par mois). Cela signifie que l'assiette de votre cotisation au régime légal de l'assurance maladie s'élève au maximum à ce montant, même si vous gagnez plus.

Des dispositions particulières en termes d'assurance sociale s'appliquent aux emplois correspondants dans la «fourchette» (rémunérations comprises entre 450,01 EUR et 850 EUR). Ces dispositions législatives prévoient un allègement des cotisations sociales des salariés en proportion de leur salaire. L'employeur, quant à lui, verse le montant «normal» des cotisations à l'assurance sociale, c'est-à-dire celui qu'il verse pour tous les autres emplois soumis à l'obligation d'assurance.

Carte de santé électronique

Depuis le 1er janvier 2015, ce n'est plus que la carte de santé électronique qui vaut comme preuve pour pouvoir accéder aux prestations du régime légal d'assurance maladie. La carte de santé électronique contient une photo d'identité. Les exceptions n'existent que pour les jeunes jusqu'à l'âge de 15 ans et pour les assurés qui ne sont pas en mesure de participer à la prise de photo. Le verso de la carte de santé électronique peut être utilisé pour la «Carte Européenne d'Assurance Maladie» et permet un traitement non bureaucratique au sein de l'Europe. Actuellement, les données obligatoirement enregistrées sur la carte sont les données administratives des assurés, comme par exemple le nom et le numéro d'assurance maladie. Dans une prochaine étape, les données administratives doivent être vérifiées et mises à jour en ligne.

À l'avenir, la carte pourra être complétée par l'enregistrement de données médicales telles que des données d'urgence et un plan de posologie qui est surtout important pour les personnes plus âgées et les personnes qui souffrent de maladies chroniques et auquel ont droit tous les patients ayant recours à au moins trois médicaments. Le lancement du dossier médical informatisé déjà décidé et le droit des patients à ce que leurs données enregistrées sur la carte de santé électronique soient aussi enregistrées dans un espace patient renforcent l'autonomisation. Car c'est dans cet espace patient que les patients pourront également saisir leurs données eux-mêmes et les consulter en dehors du cabinet médical. La protection et la sécurité des données ont la priorité absolue et seront assurées par des mesures légales et techniques. Chaque assuré décide lui-même si et dans quelle mesure il souhaite profiter des nouvelles possibilités de la carte de santé électronique.

Assurance dépendance

Apporter une aide là où elle est nécessaire

Nous ne sommes pas maîtres de notre avenir. Nombre de choses surviennent sans que nous puissions en influencer le cours. Tout allait souvent pour le mieux pour beaucoup de personnes dépendant aujourd'hui des soins – jusqu'au jour où elles devinrent dépendantes.

Beaucoup de personnes dépendantes et leurs familles ont dû supporter du jour au lendemain les fortes contraintes liées à la dépendance, avec tout ce que cela entraîne. Soigner quelqu'un exige bien souvent que l'on consacre toute son énergie à cette tâche, parfois même jusqu'au surmenage. Avant l'introduction de l'assurance dépendance en 1995, peu de personnes étaient assurées contre ce risque majeur.

L'ampleur du problème soulevé par la dépendance apparaît nettement à la lumière de quelques chiffres. Ainsi, de nos jours, on dénombre environ 3 millions de personnes dépendant constamment des soins en République fédérale d'Allemagne, un chiffre qui est supérieur à la population de la ville de Hambourg. Environ 0,8 millions de personnes dépendantes résident en établissements. Les autres, soit environ 2,5 millions de personnes, reçoivent des soins à domicile. Des membres de la famille, des voisins, des aides bénévoles et des professionnels du soin s'occupent d'elles. Ces centaines de milliers d'hommes et de femmes rendent jour après jour un service qui mérite une reconnaissance et qui est fréquemment à la limite du sacrifice en faveur de ceux qui ne sont pas en mesure de se débrouiller seuls.

Que devez-vous faire?

Pour l'obligation d'assurance s'applique le principe selon lequel «l'assurance dépendance fait suite à l'assurance maladie». Il importe peu que vous soyez affilié au régime légal de l'assurance maladie en tant qu'assuré obligatoire, ayant droit familial, bénéficiaire d'une pension ou d'une rente ou assuré volontaire. Vous êtes automatiquement affilié à la catégorie dépendance des assurances sociales.

Les affiliés volontaires au régime légal de l'assurance maladie peuvent demander à être libérés de l'obligation d'assurance à l'assurance dépendance sociale. Ils doivent joindre à leur demande une attestation prouvant qu'ils ont souscrit un contrat d'assurance dépendance équivalent auprès d'une compagnie privée d'assurance dépendance. La demande est à déposer auprès de la caisse d'assurance dépendance dans les trois mois qui suivent le début de l'affiliation volontaire.

Toutes les personnes affiliées à une assurance maladie privée sont tenues de souscrire une assurance dépendance privée obligatoire depuis le 1er janvier 1995. Si, par la suite, elles sont amenées à adhérer obligatoirement à l'assurance dépendance sociale, elles pourront résilier leur contrat d'assurance privée, la résiliation prenant effet à compter du moment où survient l'obligation de s'affilier à l'assurance sociale.

L'assurance dépendance privée obligatoire doit garantir des prestations équivalentes à celles de l'assurance dépendance sociale obligatoire. Pour les familles et les assurés d'un certain âge aussi, l'assurance dépendance privée obligatoire doit offrir des conditions et des primes raisonnables.

Les fonctionnaires sont eux aussi tenus de souscrire une assurance dépendance privée obligatoire, à moins qu'ils soient affiliés à l'assurance maladie légale. L'assurance dépendance privée obligatoire des fonctionnaires est une assurance pour frais résiduels destinée à compléter l'aide aux frais médicaux à laquelle ils ont droit.

Cette obligation d'affiliation à l'assurance dépendance sociale ou privée obligatoire, selon le système qui est le plus proche de leur système d'assurance maladie, s'applique aussi aux différents groupes de personnes qui bénéficient d'une protection maladie en vertu de lois particulières réglant les prestations ou de systèmes particuliers.

Les enfants à charge, le conjoint ou le partenaire sont co-assurés sans cotisation à l'assurance dépendance sociale dans le cadre de l'assurance familiale, à condition que leur revenu mensuel régulier total ne dépasse pas 435 EUR. Pour le cas où ces personnes exercent une activité minimale, ce plafond de revenu mensuel est de 450 EUR.

Prestations/conditions

Les cotisations que vous versez en tant qu'assuré vous ouvrent un droit au bénéfice d'une aide si vous deviez devenir dépendant. Votre situation financière n'y joue aucun rôle.

Quand y a-t-il dépendance?

Par principe, la dépendance au sens de la loi peut se produire à tout moment de la vie. La définition de la Loi sur l'assurance dépendance (Pflegeversicherungsgesetz) regroupe toutes les personnes victimes d'atteintes à leur autonomie ou à leurs facultés pour des raisons de santé et qui ont pour cette raison besoin de l'aide des autres. Il s'agit de personnes qui ne peuvent pas compenser ni surmonter d'elles-mêmes des handicaps physiques, psychiques ou moraux ou encore des sollicitations ou impératifs dus à la maladie. La dépendance doit subsister durablement – pour une période présumée d'au moins six mois – et avec au moins la gravité prévue dans l'art. 15 du Livre XI du Code social.

Notion de dépendance, instrument d'évaluation et degrés de dépendance

La dépendance peut présenter des aspects très variés. La notion de dépendance répond à cette constatation.

Un instrument d'évaluation est utilisé afin de déterminer la dépendance et de la classer en terme de degré de dépendance. Cet instrument part de la situation individuelle et s'oriente sur des questions telles que: Qu'est-ce que la personne nécessitant des soins peut-elle encore faire tout seule au quotidien? Quelles facultés sont encore existantes? Quel degré d'autonomie possède la personne malade? Pour quelles tâches a-t-elle besoin d'aide?

Ce qui compte maintenant, ce sont la personne en elle-même et la mesure dans laquelle elle peut assurer son quotidien seule. L'évaluation entraîne une classification plus individuelle car elle tient compte, par cinq degrés de dépendance, des troubles et des facultés des personnes d'une manière plus précise et plus globale qu'auparavant. En bénéficient notamment les personnes souffrant de démence qui ont un besoin en soins et en assistance particulier.

Comment les degrés de dépendance sont-ils déterminés?

Les degrés de dépendance sont fonction de l'importance des atteintes au niveau de l'autonomie ou des facultés de la personne exigeant des soins. Le degré de dépendance est déterminé à l'aide d'un instrument d'évaluation basé sur les considérations de spécialistes des soins.

Les cinq degrés de dépendance sont graduels, de faibles atteintes à l'autonomie ou aux facultés (degré 1) à des atteintes à l'autonomie ou aux facultés extrêmement fortes qui entraînent des exigences particulières en terme de soins (degré 5). Les personnes dépendantes ayant des constellations de besoins particulières qui ont un besoin en aide inhabituellement élevé avec des exigences particulières en terme de soins peuvent être classées dans la catégorie 5 pour des raisons de dispense des soins même si la somme totale des points requis n'est pas atteinte. L'Association nationale des caisses d'assurance dépendance concrétise les conditions basées sur la pratique des soins pour de telles constellations de besoins particulières dans les directives d'évaluation.

Où demander des prestations d'assurance dépendance?

Pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance dépendance, une demande doit être déposée auprès de la caisse d'assurance dépendance, qui est auprès de la caisse d'assurance maladie. La demande peut aussi être effectuée par un membre de la famille, un voisin ou une bonne connaissance si celui-ci ou celle-ci est mandaté(e) à cet effet. Elle peut aussi être faite par téléphone. Dès la réception de la demande, la caisse d'assurance dépendance demande au service médical de l'assurance maladie ou à d'autres experts indépendants de procéder à une expertise afin de déterminer la dépendance.

Les personnes ayant une assurance privée déposent la demande auprès de leur compagnie privée d'assurance. L'expertise est alors assurée par des experts du service médical MEDICPROOF.

Comment la dépendance est-elle constatée?

La caisse d'assurance dépendance demande au service médical de l'assurance maladie, aux experts indépendants ou au service médico-social pour les personnes assurées maladie auprès d'une caisse d'assurance de l'industrie minière d'établir une expertise pour déterminer l'état et l'importance de la dépendance dans ses détails. Pour les personnes assurées à titre privé, l'expertise est assurée par des experts du service médical MEDICPROOF. L'expert (professionnel des soins ou médecin) chargé de l'expertise se rend au domicile de la personne ou dans l'établissement de soins où elle réside, après prise de rendez-vous obligatoire – il n'y a pas de visites non annoncées.

À la date convenue, il serait idéal que les parents ou les personnes s'occupant de la personne malade soient présents. Le dialogue avec ces personnes permet d'aider l'expert à mieux voir de quelle autonomie le demandeur dispose encore ou de quels troubles il souffre.

Depuis 2013, les directives de la Fédération des caisses d'assurance maladie servent à l'orientation service des procédures d'expertise. Elles sont obligatoires pour tous les services médicaux et assurent une plus grande transparence et une plus grande orientation service dans la pratique des expertises. Elles règlent notamment les principes généraux de comportement pour les experts lors de l'expertise, l'information individuelle et complète des assurés sur la procédure d'expertise (aussi dans les langues suivantes: anglais, croate, français, grec, italien, polonais, russe, turc), l'interrogation des assurés ainsi que la gestion des plaintes.

Quelles questions sont posées lors de l'expertise?

Afin de constater le degré d'autonomie d'une personne dépendante, l'expert se penche sur les six domaines suivants:

- 1. Mobilité:** L'expert regarde la mobilité corporelle: La personne concernée est-elle par exemple en mesure de se lever seule et d'aller du lit à la salle de bain? Est-elle capable de se déplacer seule dans son propre logement, de monter des escaliers?
- 2. Facultés mentales et de communication:** Cet domaine englobe la compréhension et la parole: La personne concernée est-elle capable de s'orienter dans l'espace et dans le temps? Comprend-elle les sujets, reconnaît-elle les risques et est-elle en mesure de dialoguer avec d'autres gens?
- 3. Comportements et problèmes psychiques:** Entrent par exemple dans cette catégorie l'agitation la nuit ou les peurs et les agressions qui constituent une affliction pour la personne en souffrant, mais aussi pour les membres de sa famille. Les réactions de refus face à des mesures de soins sont aussi prises en compte ici.
- 4. Entretien:** La personne faisant la demande est-elle en mesure de se laver, de s'habiller, d'aller aux toilettes, de manger et de boire de façon autonome?

- 5. Attitude autonome face à des impératifs et au stress dus à une maladie et une thérapie et maîtrise de ces situations:** L'expert regarde si la personne concernée est par exemple capable de prendre elle-même des médicaments, de mesurer elle-même son diabète, de se servir d'appareils tels que prothèses ou déambulateurs et de consulter un médecin.
- 6. Organisation de la vie quotidienne et des contacts sociaux:** La personne est-elle par exemple en mesure d'organiser sa journée elle-même? Est-elle capable d'être en contact direct avec des gens ou de se rendre à son groupe de scrabble sans aide?

Pour chaque critère des domaines du quotidien cités, les experts déterminent le degré d'indépendance de la personne nécessitant des soins, en général à l'aide d'un barème de points entre 0 (la personne peut effectuer l'activité sans que quelqu'un l'aide, éventuellement à l'aide d'appareils qu'elle utilise seule) et – en règle générale – 3 (la personne ne peut pas effectuer l'activité, même pas en partie). Le degré d'atteinte des facultés est ainsi visible pour tous les domaines. A la fin, les points sont regroupés avec différents coefficients pour donner une valeur d'ensemble correspondant à l'un des cinq degrés de dépendance.

Les experts évaluent également les **activités en dehors du logement et la tenue du ménage**. Les réponses dans ces domaines ne sont pas prises en compte pour la détermination de la dépendance car les atteintes correspondantes entrent déjà en ligne de compte dans les questions liées aux six domaines évoqués ci-avant. Ces informations aident toutefois les conseillers dépendance de la caisse d'assurance dépendance une fois que la dépendance a été constatée. Ils peuvent ainsi conseiller les personnes dépendantes dans l'optique d'autres offres et prestations sociales et élaborer un plan d'intervention sur mesure. Ces informations sont également très utiles à titre complémentaire pour la planification des soins par les personnes les dispensant.

Comment la dépendance des enfants est-elle constatée?

La dépendance des enfants doit en règle générale être déterminée par des experts du service médical formés à cet effet ou par d'autres experts indépendants ayant une qualification de personnel infirmier ou de pédiatres. Pour les enfants dépendants, le degré de dépendance est déterminé par une comparaison des troubles de leur indépendance et de leurs facultés par rapport à des enfants du même âge et en bonne santé.

L'expertise est soumise à des particularités pour les enfants de moins de 18 mois. Les enfants de cette catégorie d'âge sont par nature non autonomes pour tous les domaines de la vie quotidienne. Afin que ces enfants puissent aussi obtenir un degré de dépendance adapté, il est fait appel, lors de l'expertise, aux domaines non liés à l'âge tels que «comportements et problèmes psychiques» et «attitude autonome face à des impératifs et au stress dus à une maladie et une thérapie». Il est de surcroît constaté si l'enfant présente de graves problèmes d'absorption de nourriture se soldant par un besoin en aide inhabituellement intense.

En combien de temps la demande est-elle traitée?

La loi prévoit que les demandes de prestations d'assurance dépendance soient traitées dans un délai de 25 jours ouvrables. En cas de séjour en hôpital, dans un établissement de réadaptation, en hospice ou pendant des soins ambulatoires palliatifs, l'expertise du service médical de l'assurance maladie ou d'autres experts indépendants doit être effectuée en l'espace d'une semaine si cela est nécessaire pour assurer la suite des soins ou si une tierce personne a annoncé à son employeur vouloir faire valoir un congé en vertu de la Loi relative au congé soins aux personnes dépendantes ou de la Loi relative au congé de soutien familial. Si la personne demandant des prestations est chez elle sans avoir de soins palliatifs et si une tierce personne a annoncé à son employeur vouloir faire valoir un congé en vertu de la Loi relative au congé soins aux personnes dépendantes ou de la Loi relative au congé de soutien familial, le délai de traitement de la demande est de deux semaines.

Si la caisse d'assurance dépendance ne donne pas sa réponse écrite à la demande dans les 25 jours ouvrables suivant la réception de celle-ci, ou si les délais d'expertise plus courts ne sont pas respectés, la caisse d'assurance dépendance doit immédiatement verser au demandeur 70 EUR par semaine pour toute semaine en cours après échéance du délai. Cette disposition ne s'applique pas si la caisse d'assurance dépendance n'est pas responsable du délai ou si le demandeur reçoit des soins en établissement et est déjà reconnu comme ayant au moins des atteintes importantes à son autonomie ou à ses facultés (degré de dépendance 2 au minimum).

Quelles informations regroupe la décision en matière de prestations ?

La décision de la caisse d'assurance dépendance sur la constatation de la dépendance doit être transparente et compréhensible pour l'assuré. La caisse d'assurance dépendance envoie au demandeur l'expertise dans la mesure où le demandeur ne s'exprime pas contre cet envoi. Il est également possible de demander l'envoi ultérieur de l'expertise.

L'assuré reçoit également la recommandation de prévention et de réadaptation séparée qui a été donnée dans le cadre de l'expertise. Cette recommandation informe également du fait que son suivi à l'institution de réadaptation compétente met en route une procédure de demande de prestations de réadaptation médicale dans la mesure où le demandeur est d'accord.

Soins à domicile ou en établissement

Les prestations de l'assurance dépendance sont fonction du degré de dépendance et de la nécessité de dispenser les soins à domicile ou en établissement. On tient compte des deux principes suivants: «La prévention et la réadaptation (toutes les mesures contribuant à surmonter ou atténuer la dépendance ou à en empêcher l'aggravation) ont priorité sur les soins» et «Les soins à domicile ont priorité sur les soins en établissement».

Les soins à domicile

La famille est et restera le «premier service de soins de la nation». La plupart des personnes dépendantes vivant chez elles sont soignées par des membres de leur famille. Les personnes dépendantes préfèrent en règle générale continuer de vivre aussi longtemps que possible avec leurs proches dans un milieu qui leur est familier. C'est la raison pour laquelle la loi accorde la prépondérance aux prestations visant à améliorer les conditions autorisant les soins à domicile et apportant un soulagement aux tierces personnes.

Le montant des prestations de soins à domicile est fonction du degré de dépendance. La personne dépendante de soins a le droit de choisir entre la prestation de soins en nature à domicile (soins dispensés par des services de soins à domicile agréés ou un professionnel des soins) et l'allocation dépendance (pour lesquelles l'assuré s'assure lui-même de recevoir les soins nécessaires sous une forme appropriée, par des membres de la famille par exemple). Prestations en nature et prestations en espèces peuvent être combinées. Les aides peuvent ainsi être configurées en adéquation avec les besoins personnels de la personne dépendante.

Depuis le 1er janvier 2017, les personnes dépendantes de tous les degrés de dépendance (1 à 5) bénéficiant de soins à domicile perçoivent une allocation de soutien uniforme d'un montant mensuel maximum de 125 EUR. Cette allocation de soutien n'est pas une prestation financière forfaitaire, elle sert des objectifs précis. Elle peut servir au remboursement de frais encourus par la personne dépendante en liaison avec l'appel à des prestations de soins de jour ou de nuit avec séjour partiel en établissement, de soins de courte durée en établissement ou de prestations fournies à domicile par des services de soins (toutefois pas des prestations dans le domaine de l'entretien pour les degrés de dépendance 2 à 5). Elle peut également être utilisée pour des prestations au titre d'offres d'assistance pour le quotidien reconnues par le droit des Länder. Celles-ci contribuent à soulager les tierces personnes et à aider les personnes dépendantes à rester le plus longtemps possible dans le

milieu qui leur est familier, à maintenir leurs contacts sociaux et à assurer leur quotidien de manière aussi autonome que possible.

L'allocation de soutien est accordée pour les soins à domicile en plus des autres prestations de l'assurance dépendance et ne diminue donc pas les droits aux autres prestations. Si cette allocation n'est pas (totalement) épuisée pour un mois donné, le montant restant peut être utilisé pour les mois suivants de l'année civile. Si elle n'est pas épuisée au cours d'une année civile, le solde peut être utilisé pendant le premier semestre de l'année civile suivante.

Pour les personnes dépendantes ayant au moins un degré de dépendance de 2, l'assurance dépendance prend en charge, au titre des prestations de soins en nature à domicile les coûts d'un appel à un service de soins ou à un professionnel des soins pour les mesures de soins corporels, les mesures d'assistance aux soins ainsi que des aides pour la tenue du ménage (aide aux soins à domicile). Le droit à l'aide aux soins à domicile comprend par mois civil, pour une personne ayant un degré de dépendance de 2, des prestations à concurrence d'un montant total de 689 EUR. Ce montant va jusqu'à 1.298 EUR pour les personnes ayant un degré de dépendance de 3, jusqu'à 1.612 EUR pour les personnes ayant un degré de dépendance de 4 et jusqu'à 1.995 EUR pour celles ayant un degré de dépendance de 5.

Si le montant des prestations de soins en nature à domicile n'est pas utilisé ou n'est pas totalement épuisé pour la perception de prestations en nature à domicile, la somme non utilisée peut aussi être consacrée à une demande supplémentaire de remboursement de prestations des offres d'assistance au quotidien reconnues par le droit des Länder. De cette façon, il est possible de convertir 40% maximum de la somme consacrée aux prestations de soins en nature à domicile (droit à conversion).

Plusieurs personnes dépendantes peuvent aussi regrouper leurs droits à prestations en nature (constitution de «pools»), notamment si elles vivent dans de nouvelles formes de logement. Les gains de temps et les économies ainsi réalisés doivent être utilisés uniquement dans l'intérêt des personnes exigeant les soins.

Si les soins à domicile ne sont pas assurés par des professionnels et le sont par exemple par des membres de la famille ou autres tierces personnes bénévoles, l'assurance dépendance verse une allocation dépendance aux personnes dépendantes ayant au moins un degré de dépendance de 2. Cette allocation dépendance est de 316 EUR par mois civil pour les personnes ayant un degré de dépendance de 2, de 545 EUR pour les personnes ayant un degré de dépendance de 3, de 728 EUR pour les personnes ayant un degré de dépendance de 4 et de 901 EUR pour celles ayant un degré de dépendance de 5.

Autres prestations de l'assurance dépendance:

- prise en charge des frais liés à la consommation d'équipements de soins donnés à concurrence de 40 EUR par mois;
- équipements techniques (par ex. lit adapté) si besoin est, en priorité sous forme de prêt par la caisse d'assurance dépendance;
- indemnités pour travaux de transformation du logement exigés par les soins, concurrence de 4.000 EUR par mesure de transformation (mesures d'amélioration du cadre de vie. Cette indemnité peut aller jusqu'à quatre fois 4.000 EUR, soit 16.000 EUR au maximum, si plusieurs personnes dépendantes vivent ensemble;
- conseil individuel et complet en matière de soins;
- cours gratuits de soins à l'intention des proches et des tierces personnes bénévoles ;
- conseil en matière de soins pour les assurés et les proches.

Les personnes ayant un degré de dépendance de 1 peuvent également bénéficier de ces prestations:

Supplément pour les membres de communautés recevant des soins ambulatoires

Les personnes dépendantes qui perçoivent l'allocation dépendance, des prestations de soins en nature à domicile et/ou l'allocation de soutien peuvent bénéficier sur demande, en plus des autres prestations, d'un forfait de 214 EUR par mois appelé supplément pour soins communs si elles partagent avec d'autres personnes dépendantes un logement dans lequel elles bénéficient de soins ambulatoires. Peuvent également bénéficier de ce supplément les personnes ayant un degré de dépendance de 1. Celles-ci n'ont pas besoin de percevoir l'allocation dépendance, des prestations de soins en nature à domicile ou l'allocation de soutien pour avoir droit au supplément pour membres de communautés.

Conditions d'octroi de ce supplément:

- Les personnes souhaitant en bénéficier doivent cohabiter avec au moins deux et au plus onze autres personnes, cette communauté ayant pour objectif d'organiser des soins communs pour le groupe, au moins deux autres personnes du groupe devant être dépendantes
- Une personne (personnel de présence) doit avoir été chargée par les membres de la communauté, indépendamment des soins exigés par chacun d'eux, d'assurer des tâches d'organisation, de gestion, de soins ou des activités promouvant la vie communautaire, ou encore d'aider pour la tenue du ménage.
- On ne doit pas être en présence d'une forme de soins, y compris soins partiels en établissement, dans laquelle le prestataire ou une tierce personne offre à la communauté ou aux personnes dépendantes des prestations correspondant dans une large mesure à l'étendue de celles prévues par les soins en établissement.

Les personnes dépendantes participant à la création d'une communauté recevant des soins ambulatoires peuvent également demander à leur caisse d'assurance dépendance un financement de départ unique en plus des indemnités pour l'amélioration du cadre de vie. Il s'agit ici d'un encouragement plafonné à 2.500 EUR par personne. Y a droit toute personne ayant aussi droit à la perception du supplément pour les membres de communautés recevant des soins ambulatoires mentionné ci-avant et participant à la création commune. Le montant maximal est limité à 10.000 EUR par communauté. En présence de plus de quatre membres fondateurs, le montant total est réparti en parts égales. Le financement de départ doit être dédié à l'aménagement du nouveau logement pour qu'il soit adapté à l'âge et sans barrières à l'accessibilité.

Suppléance pour soins

Pour les personnes ayant un degré de dépendance de 2 à 5, la caisse d'assurance dépendance prend en charge une suppléance pour soins nécessaire si la tierce personne qui assure les soins d'un proche ne peut les assurer parce qu'elle est en vacances ou est malade. Cette prise en charge ne peut toutefois avoir lieu que si la tierce personne assurant les soins le fait depuis au moins six mois. Si la suppléance est assurée par une personne prodiguant des soins à titre professionnel ou par un service de soins à domicile, la prestation pour suppléance octroyée a un montant maximum de 1.612 EUR par année civile. Si cette suppléance est assurée par des membres de la famille plus lointains qui ne sont pas apparentés avec la personne dépendante, directement ou par alliance, jusqu'au deuxième degré, ou par des voisins, une prestation pour suppléance à concurrence de 1.612 EUR peut également être demandée. En cas de suppléance assurée par des parents proches (jusqu'au deuxième degré) ou par des personnes vivant dans le même ménage que la personne nécessitant les soins, la prestation s'oriente sur le montant de l'allocation dépendance. Les coûts pour la caisse d'assurance dépendance ne doivent pas dépasser, 1,5 fois le montant de l'allocation dépendance pour le degré de dépendance constaté. Si, dans un tel cas, la tierce personne peut présenter des justificatifs de frais nécessaires encourus (frais de transport ou manque à gagner par exemple), la prestation peut être augmentée jusqu'à 1.612 EUR au total. Le plafond de 1.612 EUR ne doit cependant pas être dépassé.

Pendant les soins de suppléance, le moitié de l'allocation de dépendance servie jusqu'alors continuera d'être versée jusqu'à six semaines par année civile.

Les cotisations à l'assurance pension et à l'assurance chômage de la tierce personne continuent d'être payées par la caisse d'assurance dépendance. Ainsi, le droit à pension perdure sans diminution pendant la période de vacances et la protection au titre de l'assurance chômage est maintenue.

Jusqu'à 50% du montant des soins de courte durée (donc à concurrence de 806 EUR par année civile) peuvent être utilisés pour les soins de suppléance à titre de complément à ceux-ci. Le montant supplémentaire mis à disposition pour les soins de suppléance sera déduit du montant consacré aux soins de courte durée. Ainsi, jusqu'à 2.418 EUR par année civile peuvent maintenant être consacrés aux soins de suppléance.

Soins de jour et de nuit avec séjour partiel en établissement

Par soins de jour et de nuit (soins avec accueil partiel en établissement, on entend les soins prodigués pour une période donnée dans un établissement, que ce soit de jour ou de nuit. Pour les personnes ayant un degré de dépendance de 2 à 5, la caisse d'assurance dépendance prend en charge les coûts liés aux soins, y compris les coûts liés à l'assistance et les coûts pour les prestations de traitement médical nécessaires dans l'établissement. Sont également compris les coûts pour le transport aller-retour assuré par l'établissement, le matin et le soir, entre le domicile et l'établissement. Les autres frais (pour la nourriture ou pour des investissements par exemple) sont par contre à la charge de la personne dépendante.

Les soins avec accueil partiel en établissement sont accordés lorsque les soins à domicile ne peuvent être prodigués de manière suffisante ou lorsqu'ils sont nécessaires à titre de complément et de renfort des soins à domicile. Les soins de jour en établissement sont en général demandés par des personnes dépendantes dont les membres de la famille travaillent pendant la journée. De plus, ils représentent souvent aussi un important soulagement pour les membres de la famille prodiguant des soins à des personnes atteintes de démence. Les personnes dépendantes sont en général prises à leur domicile le matin et ramenées à celui-ci dans l'après-midi.

Le montant de la prestation dépend du degré de dépendance. Il est plafonné à 689 EUR pour un degré de dépendance de 2, à 1.298 EUR pour un degré de dépendance de 3, à 1.612 EUR pour un degré de dépendance de 4 et à 1.995 EUR pour un degré de dépendance de 5. Les personnes ayant un degré de dépendance de 1 peuvent faire appel à leur allocation de soutien.

En plus de ces prestations, les personnes dépendantes recevant des soins avec séjour partiel en établissement ont droit à une assistance et une activation.

Les soins de jour ou de nuit avec accueil partiel en établissement n'ont aucune influence sur les droits aux prestations en nature servies à domicile et/ou à l'allocation dépendance qui peuvent être combinées sans imputation

Les personnes ayant un degré de dépendance de 1 peuvent utiliser l'allocation de soutien de 125 EUR par mois pour des prestations au titre des soins de jour et de nuit avec séjour partiel en établissement.

Soins de courte durée

Certaines personnes dépendantes ont besoin de soins en établissement uniquement pour une courte durée, notamment en réponse à des situations de crise au niveau des soins à domicile ou suite à un séjour en hôpital. C'est à elles que s'adressent les soins de courte durée avec séjour dans des établissements prévus à cet effet. La prestation à ce titre peut aller jusqu'à 1.612 EUR pour huit semaines maximum par année civile, pour les personnes ayant un degré de dépendance de 2 à 5.

Jusqu'à 1.612 EUR au titre de la suppléance pour soins peuvent s'ajouter à cette prestation, qui passe ainsi à un maximum de 3.224 EUR par année civile, s'il n'a pas encore été fait appel à ces fonds dédiés à la suppléance pour soins. Le montant supplémentaire mis à disposition pour les soins de courte durée sera déduit du montant des prestations de suppléance pour soins.

Les personnes ayant un degré de dépendance de 1 peuvent faire appel à l'allocation de soutien d'un montant mensuel de 125 EUR pour les prestations de soins de courte durée.

Pendant les soins de courte durée, la moitié de l'allocation dépendance perçue jusque là continue d'être versée jusqu'à une durée de huit semaines par année civile.

Les soins de courte durée peuvent aussi être dispensés dans des établissements de prévention ou de réadaptation avec séjour qui ne sont pas homologués pour les soins au titre de la dépendance au sens du Livre XI du Code social si la personne prodiguant les soins a recours à une mesure de prévention ou de réadaptation dans cet établissement ou dans ses environs. La personne prodiguant les soins peut ainsi participer plus facilement à des mesures de prévention et de réadaptation.

Depuis le 1er janvier 2016, le régime légal de l'assurance maladie prévoit des soins de courte durée comme prestation. Si l'assistance à domicile sous forme de soins à domicile et/ou d'aide ménagère ne suffit pas, les assurés peuvent avoir recours à des soins de courte durée dans un établissement adéquat comme nouvelle prestation du régime légal de l'assurance maladie. L'étendue des prestations est identique à l'assurance dépendance et l'assurance maladie ne prend donc en charge que des frais à concurrence du plafond actuel de 1.612 EUR.

Assistance et activation supplémentaires dans les établissements de soins:

Depuis le 1er janvier 2017, toutes les personnes dépendantes ont droit, dans les établissements de soins avec séjour permanent ou partiel, à une assistance et à une activation supplémentaires allant au-delà du traitement nécessaire selon le type de dépendance et la gravité de celle-ci. Cette assistance et cette activation supplémentaires permettent aux personnes percevant des soins en établissement avec séjour permanent de bénéficier de plus d'aide, de plus d'échange avec d'autres gens ainsi que de plus de participation à la vie de la communauté.

La protection sociale des tierces personnes

Toute personne soignant quelqu'un à domicile assume une lourde tâche. Les tierces personnes – en majorité des femmes – doivent fréquemment renoncer partiellement ou entièrement à exercer une activité professionnelle. C'est la raison pour laquelle la loi accorde des prestations de protection sociale aux tierces personnes.

Toute personne qui apporte à son domicile des soins à une ou plusieurs personnes ayant un degré de dépendance entre 2 et 5 au moins 10 heures par semaine, réparties régulièrement sur au moins deux jours, et à titre non professionnel est une tierce personne au sens de l'assurance dépendance. Si cette tierce personne n'exerce pas d'activité professionnelle plus de 30 heures par semaine, l'assurance dépendance verse des cotisations à l'assurance pension. Le montant de ces cotisations est fonction du degré de dépendance ainsi que du type des prestations perçues (allocation dépendance uniquement, prestations de soins en nature à domicile seulement ou perception des deux prestations combinées).

Vous trouverez de plus amples informations sur l'assurance accidents des tierces personnes dispensant des soins à domicile dans la brochure «Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen» (Pour votre sécurité – l'assurance accidents et les soins prodigués à domicile par des tierces personnes à des membres de la famille) (référence A 4019) publiée par le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales.

Les personnes qui apportent des soins à domicile à une personne proche dépendante vivant chez elle sont assurées à l'assurance accidents légale sans avoir à verser de cotisations. Cette assurance les assure pour les activités qui sont aussi prises en compte comme mesures de soins même par l'assurance dépendance, ainsi que pour les aides à la tenue du ménage. Elles sont assurées contre les suites d'accidents pour tous les trajets aller-retour directs entre leur domicile et le lieu où elles prodiguent les soins si la personne dépendante ne vit pas à leur domicile.

Depuis le 1er janvier 2017, l'assurance dépendance prend en charge les cotisations à l'assurance chômage des personnes qui quittent leur travail pour s'occuper de membres de la famille ayant besoin de soins, ceci pendant toute la durée des soins. Ainsi, ces tierces personnes ont droit à une allocation de chômage et à des prestations au titre de la promotion active de l'emploi pour le cas où elles ne retrouveraient pas un emploi dès que la période de soins cesse. Il en va de même des personnes qui interrompent le bénéfice de prestations au titre de l'assurance chômage pour prodiguer des soins.

Les cotisations sont prises en charge par l'assurance dépendance. Pour les tierces personnes qui étaient assurées à titre volontaire à l'assurance chômage en vertu du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 du fait qu'elles dispensaient des soins, l'assurance volontaire est prolongée comme assurance obligatoire (les cotisations étant donc versées uniquement par l'assurance dépendance) depuis le 1er janvier 2017, ceci tant que des soins sont prodigués.

Pendant les vacances de la tierce personne, ses cotisations à l'assurance pension légale et à l'assurance chômage continuent d'être versées par la caisse d'assurance dépendance.

Conciliation de la vie professionnelle et des soins – mesures de soutien

Congé soins aux personnes dépendantes et congé de soutien familial

Les soins à domicile sont également renforcés par la Loi relative au congé soins aux personnes dépendantes (Pflegezeitgesetz) et la Loi relative au congé de soutien familial (Familienpflegezeitgesetz), qui ont été amendées dans l'intérêt des parents proches dépendant de soins et prend en compte les différentes situations encourues et les différents besoins. Les membres de la famille salariés de personnes dépendant de soins peuvent interrompre leur travail des manières suivantes en cas de besoin :

- En présence d'une situation particulière inattendue où un membre de la famille dépend de soins, les salariés ont le droit de manquer dix jours de travail maximum (empêchement de courte durée) pour qu'ils puissent organiser ou assurer les soins adaptés aux besoins d'un parent proche. Ils ont ainsi la possibilité, suite à une situation d'urgence, de s'informer sur les différentes offres de prestations de soins et de prendre les mesures nécessaires en matière d'organisation. Ce droit à manquer le travail pour une courte période doit également servir à ce que les personnes dépendant de soins qui n'ont pas pu être hébergées dans un établissement de soins adapté suite à un séjour en hôpital puissent être soignées à domicile par un proche parent jusqu'à ce qu'une solution soit trouvée. Ce droit est accordé aux salariés indépendamment de la taille de l'entreprise. L'employeur n'est obligé de continuer à verser le salaire que dans la mesure où cette obligation est prévue par d'autres prescriptions légales ou par un accord. Les salariés n'ayant pas droit au maintien de leur salaire peuvent demander une allocation d'assistance pour soins pendant au maximum dix jours. Ce droit s'applique aux soins de personnes ayant n'importe quel degré de dépendance. Il s'agit d'une prestation de remplacement de la rémunération. Sont ainsi versés comme allocation d'assistance aux soins brute 90% du salaire net qui a disparu (100% en cas de perception d'un montant unique soumis à cotisation au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt du travail).

- De surcroît, les salariés qui soignent à domicile un membre de leur famille dépendant de soins ont droit à être déchargés de leurs obligations professionnelles pendant six mois maximum (congé soins aux personnes dépendantes). Les demandeurs ont le choix entre un congé à temps plein ou une réduction de leur temps de travail. A droit au congé soins aux personnes dépendantes toute personne dont l'employeur emploie en règle générale plus de quinze personnes.
- Les salariés ayant besoin d'une réduction de leur temps de travail sur une plus longue période afin d'assurer les soins à domicile d'un parent proche ont la possibilité de prendre un congé de soutien familial d'une durée allant jusqu'à 24 mois. Pour ce congé de soutien familial, le temps de travail hebdomadaire doit être de 15 heures minimum. En cas de temps de travail variant d'une semaine à l'autre ou de répartition irrégulière du temps de travail sur la semaine, une durée minimum de travail hebdomadaire de 15 heures doit être atteinte en moyenne sur une période allant jusqu'à un an. A droit au congé de soutien familial toute personne dont l'employeur emploie plus de 25 personnes.
- De nombreux enfants et jeunes dépendant de soins ne reçoivent pas seulement ceux-ci à la maison, mais aussi en dehors du domicile pour de longues périodes, dans un hôpital pour enfants par exemple. Même s'il ne s'agit pas d'une situation de soins à domicile, les mineurs ont besoin de l'assistance de leurs parents proches. Ceux-ci ont le droit d'être déchargés de leurs obligations professionnelles entièrement ou en partie, conformément aux dispositions de la Loi relative au congé soins aux personnes dépendantes (Pflegezeitgesetz) et de la Loi relative au congé de soutien familial (Familienpflegezeitgesetz), pour pouvoir s'occuper à la maison ou dans un établissement d'enfants ou de jeunes dépendant de soins. L'arrêt total de l'activité professionnelle peut aller jusqu'à 6 mois, comme pour le congé soins aux personnes dépendantes. L'arrêt partiel sous forme de réduction du temps de travail hebdomadaire, qui doit être de 15 heures minimum, peut aller jusqu'à 24 mois. La durée totale de tous les arrêts, également en combinaison avec le congé pour soins aux personnes dépendantes ou le congé de soutien familial, ne doit pas dépasser 24 mois. A droit à un arrêt jusqu'à 6 mois toute personne dont l'employeur emploie plus de 15 personnes. Ont droit à un arrêt plus long par réduction du temps de travail hebdomadaire à un minimum de 15 heures les personnes dont l'employeur emploie plus de 25 personnes.
- De nombreuses personnes exerçant une activité professionnelle souhaitent accompagner un parent proche dans la dernière phase de sa vie et prendre congé de lui dignement. Pour pouvoir le faire, les salariés peuvent demander un arrêt total ou partiel de leur activité professionnelle pour une durée allant jusqu'à trois mois en vertu de la Loi relative au congé soins aux personnes dépendantes. Il n'est pas nécessaire que les soins soient effectués à domicile. Il est par exemple possible d'accompagner un parent proche pendant un séjour en hospice. A droit à ce type d'arrêt toute personne dont l'employeur emploie plus de 15 personnes.

Un arrêt de l'activité professionnelle au titre de la Loi relative au congé soins aux personnes dépendantes (Pflegezeitgesetz) peut être suivi d'un arrêt au titre de la Loi relative au congé de soutien familial et vice-versa. Les différents arrêts doivent toutefois se suivre. Les délais de notification en vigueur doivent être respectés. Seul l'arrêt en vue de l'accompagnement d'un parent proche en dernière phase de vie peut aussi être octroyé sans suivre immédiatement un autre type d'arrêt. La durée totale de toutes les cessations d'activité en vertu de la Loi relative au congé soins aux personnes dépendantes et de la Loi relative au congé de soutien familial ne doit pas dépasser 24 mois.

Les salariés arrêtant leur activité professionnelle en vertu de la Loi relative au congé soins aux personnes dépendantes et de la Loi relative au congé de soutien familial peuvent faire une demande de prêt sans intérêts auprès de l'Office fédéral de la Famille et des missions de société civile (Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, BAFzA) afin de compenser la perte de revenus pendant la période d'arrêt. Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet sur le site Internet wege-zur-pflege.de.

Les personnes travaillant dans de plus petites entreprises peuvent convenir d'un arrêt de l'activité professionnelle en accord avec leur employeur. Elles n'auront toutefois pas droit au prêt étatique sans intérêts.

L'employeur ne peut mettre fin à la relation de travail pendant la période courante de l'annonce (toutefois au maximum 12 semaines avant la date d'arrêt visée) à la fin de l'empêchement de courte durée ou des arrêts en vertu de la Loi relative au congé soins aux personnes dépendantes et de la Loi relative au congé de soutien familial.

Dans des cas particuliers, une résiliation peut exceptionnellement être déclarée recevable par la plus haute autorité du Land compétente en matière de sécurité et santé au travail ou par un bureau désigné par ses soins.

La protection sociale nécessaire est garantie pendant un congé soins aux personnes dépendantes pris sous forme d'arrêt total de l'activité professionnelle. La protection au titre de l'assurance maladie et de l'assurance pension est en général maintenue pendant la période consacrée aux soins en raison de la présence courante d'une assurance familiale. Dans le cas contraire, la tierce personne doit continuer à s'assurer à titre volontaire à l'assurance maladie et payer en règle générale la cotisation minimum. L'assurance maladie garantit automatiquement une protection au titre de l'assurance dépendance. Sur demande, la caisse d'assurance dépendance rembourse le montant déboursé au titre de l'assurance maladie et de l'assurance dépendance à concurrence de la cotisation minimum, ceci pour tous les degrés de dépendance. Pendant la période de soins, toutes les tierces personnes qui apportent des soins à une ou plusieurs personnes ayant un degré de dépendance entre 2 et 5 au moins dix heures par semaine, réparties régulièrement sur au moins deux jours, bénéficient d'une protection au titre de l'assurance accidents légale sans paiement de cotisations et l'obligation d'assurance à l'assurance chômage persiste pour la durée de soins. Les cotisations nécessaires sont prises en charge par l'assurance dépendance. Pour les personnes ayant contracté une assurance médicale et dépendance privée obligatoire, celle-ci reste par principe en vigueur pendant la période de soins. Sur demande, la caisse d'assurance dépendance ou l'assurance dépendance privée de la personne dépendante, quel que soit son degré de dépendance, prend en charge la cotisation à l'assurance maladie et à l'assurance dépendance jusqu'à concurrence de la cotisation minimum, comme pour les personnes affiliées au régime légal.

Pendant la période de soins, la tierce personne est assurée à l'assurance pension si elle apporte des soins à domicile à une ou plusieurs personnes ayant un degré de dépendance entre 2 et 5 au moins 10 heures par semaine, réparties régulièrement sur au moins deux jours, et ne travaille pas plus de 30 heures par semaine.

Les soins en établissement

Pour les soins en établissement, l'assurance dépendance fournit des prestations forfaitaires pour les dépenses liées aux soins, y compris à l'encadrement social et aux soins d'un traitement médical. Les frais d'hébergement et de nourriture ainsi que des frais d'investissement à facturer à part sont par contre à la charge de l'assuré.

Pour le degré de dépendance 1, la caisse d'assurance dépendance verse une allocation d'un montant de 125 EUR. Le droit à prestations s'élève à un montant forfaitaire mensuel de 770 EUR pour le degré de dépendance 2, de 1.262 EUR pour le degré de dépendance 3, de 1.775 EUR pour le degré de dépendance 4 et de 2.005 EUR pour le degré de dépendance 5.

Selon l'ancienne législation, le montant pris en charge par l'assurance dépendance augmentait certes à mesure qu'augmentait le degré de dépendance, mais la participation exigée de l'assuré le faisait également. Depuis le 1er janvier 2017, la loi prévoit que la participation des assurés bénéficiant de soins dans un établissement donné soit uniforme au sein de cet établissement quel que soit le degré de dépendance. L'augmentation des besoins en soins et l'obtention d'un degré de dépendance plus élevé ne se soldent donc plus par une participation plus importante aux frais.

Prestations octroyées aux personnes ayant un degré de dépendance de 1

Par principe, les prestations de l'assurance dépendance sont octroyées pour les degrés de dépendance de 2 à 5. L'assurance dépendance fournit ici essentiellement des prestations garantissant le maintien de l'assuré dans son logement. Les personnes ayant un degré de dépendance de 1 ont droit à l'allocation de soutien d'un montant maximum de 125 EUR par mois. Elles ont aussi droit à des équipements médicaux et, si besoin est, à des indemnités pour des mesures d'amélioration du cadre de vie, au supplément pour les membres de communautés recevant des soins ambulatoires et au financement de départ pour la création de telles communautés. Elles bénéficient en outre des prestations au titre du congé soins aux personnes dépendantes et de l'empêchement de courte durée. Si ces personnes ayant un degré de dépendance de 1 choisissent les soins en établissement avec hébergement total, l'assurance dépendance leur verse une indemnité mensuelle de 125 EUR. Pour les soins en établissement, elles ont également droit aux prestations d'assistance supplémentaire et d'activation. Et, à l'instar des autres personnes dépendantes, elles ont droit au conseil en matière de soins, au conseil à leur domicile et aux cours d'initiation aux soins pour les membres de leur famille.

Conseil dépendance et centres d'orientation dépendance

Toute personne dépendante et tout assuré qui présente une demande de prestations auprès de sa caisse d'assurance dépendance a droit à un conseil personnalisé offert gratuitement par une conseillère ou un conseiller spécialiste des questions de dépendance. Les membres de la famille dispensant les soins ou d'autres personnes bénéficient d'un conseil en matière de dépendance sous réserve de l'accord de la personne dépendante. La caisse d'assurance dépendance est obligée de désigner sans délai avant la première séance de conseil une conseillère ou un conseiller qui sera compétent personnellement pour l'ensemble des questions tenant à la dépendance. En outre, la caisse d'assurance dépendance est obligée d'adresser de sa propre initiative au plus tard dans les deux semaines suivant la réception de la demande une proposition de date à la personne concernée pour un conseil personnalisé en matière de dépendance ou de délivrer un bon pour un conseil en matière de dépendance fourni par un centre de conseil indépendant (sauf dans le cas de répétition de demandes à remboursement). Le conseil en matière de dépendance peut avoir lieu dans les locaux de la caisse d'assurance dépendance locale, il peut aussi avoir lieu par téléphone ou au domicile de la personne concernée, si elle le souhaite. Ces dispositions s'appliquent également pour ce qui est de l'assurance dépendance privée obligatoire.

Les missions assumées par les conseillères et conseillers dépendance sont les suivantes:

- ils assistent la personne concernée lors de la présentation de sa demande et la soutiennent dans toutes les questions qui se posent dans la relation avec la caisse d'assurance dépendance,
- ils offrent un conseil concernant toutes les prestations et tous les droits aux prestations,
- ils accordent leur aide dans le choix à faire parmi les prestations offertes et notamment lorsqu'il s'agit de prévoir des prestations destinées à décharger les membres de la famille assurant les soins,
- sur demande de la personne concernée, ils établissent ensemble un plan d'intervention individuel et accordent leur soutien à l'application et la mise à jour de ce plan,
- ils renseignent la personne concernée sur son droit à se faire communiquer aussi bien le rapport d'expertise établi par le service médical de la caisse l'assurance maladie ou par un autre expert mandaté par la caisse d'assurance dépendance que la recommandation de réadaptation faisant l'objet d'un document séparé.

Le conseil en matière de dépendance est assuré par des conseillères et des conseillers formés à cet effet et disposant de connaissances profondes du droit social et du droit de l'assurance sociale. En règle générale, cette qualification complémentaire peut être acquise par les professionnels des soins, les agents techniques des assurances sociales et les assistants sociaux. Les personnes ayant un autre métier qui s'y prête ou justifiant d'autres diplômes pertinents peuvent également l'acquérir.

Les conseillères et conseillers en matière de dépendance travaillent en majorité pour les caisses d'assurance dépendance. Les communes en disposent également. Les conseillères et conseillers des caisses d'assurance dépendance et des communes ainsi que des travailleurs sociaux sont déployés ensemble dans les centres d'orientation dépendance en vertu de l'art. 7c du Livre XI du Code social (SGB XI) qui n'existent toutefois pas dans toutes les régions. Ces centres d'orientation dépendance fournissent également des prestations de conseil sur la dépendance. Les caisses d'assurance dépendance renseignent sur le centre d'orientation dépendance le plus proche. Les bureaux de service et de conseil des communes ainsi que les associations de solidarité informent également sur la dépendance.

Les personnes affiliées à une assurance dépendance privée et ayant des questions sur l'assurance dépendance doivent s'adresser à leur compagnie d'assurance ou à l'Association de l'assurance maladie privée à l'adresse suivante: Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln. L'assurance dépendance privée obligatoire offre le conseil dépendance par l'intermédiaire de la société «COMPASS Private Pflegeberatung», sous forme de conseil dépendance téléphonique central (au +49 800 101 88 00, du lundi au vendredi de 8 h à 19 h, le samedi de 10 h à 16 h) d'une part et sous forme de visite par un conseiller d'autre part, cette visite ayant lieu au domicile de la personne dépendante, ou dans l'établissement de soins avec séjour permanent, l'hôpital ou l'établissement de réadaptation où elle se trouve.

Personnes dépendantes séjournant dans les centres de l'aide aux personnes handicapées

Pour les personnes ayant un degré de dépendance de 2 à 5 et séjournant dans un centre de l'aide aux personnes handicapées, dont la mission première est la participation à la vie active et la participation à la vie de la communauté, la formation scolaire ou l'éducation de personnes handicapées, la caisse d'assurance dépendance prend en charge une partie de la rémunération convenue du centre. Les débours de la caisse d'assurance dépendance ne doivent toutefois pas dépasser 266 EUR par mois civil pour un cas donné. Les personnes dépendantes séjournant dans des centres de l'aide aux personnes handicapées ont droit à l'intégralité de l'allocation dépendance pour les journées où des soins leur ont été dispensés à domicile. Le jour de l'arrivée et le jour du départ sont assimilés à des journées entières de soins à domicile.

Organisation financière

Les dépenses de l'assurance dépendance sociale sont financées par des cotisations. Le montant de votre cotisation est fonction de votre revenu. À cet effet, il est tenu compte du plafond de cotisation de l'assurance maladie. En 2018, celui-ci est de 4.425 EUR par mois tant dans les anciens que dans les nouveaux Länder.

Depuis le 1er janvier 2017, le taux de cotisation s'élève à 2,55% de la rémunération soumise à cotisations. Les personnes sans enfants paient 2,8%.

Le versement de la cotisation s'opère de la même façon que pour l'assurance maladie légale. L'employeur prélève l'argent directement du salaire ou du traitement et le verse à la caisse maladie. Dans tous les Länder, à l'exception de la Saxe, un jour férié légal, celui dit «de pénitence et de prière» (fête protestante tombant en novembre), a été supprimé afin de compenser les charges supplémentaires imposées aux employeurs au titre des cotisations à l'assurance dépendance. Voilà pourquoi on applique ici le principe de parité des cotisations, c'est-à-dire que le taux de 2,55% est assumé à parts égales de 1,275% par les salariés et les employeurs. En Saxe, où aucun jour férié n'a été supprimé, le salarié assume 1,775% du taux et l'employeur 0,775%.

Depuis le 1er janvier 2005, les personnes sans enfants, quelle qu'en soit la raison, sont soumises à une majoration de 0,25 points de cotisation. Ainsi, la part de cotisation assumée par un salarié sans enfants, par exemple, passe de 1,275% à 1,525%. Cette majoration a permis de mettre en œuvre la différenciation en termes de cotisations entre les assurés avec et sans enfants qu'avait exigée la Cour constitutionnelle fédérale. Sont exemptés de cette majoration

obligatoire les membres sans enfants nés avant le 1er janvier 1940 ainsi que les enfants et les jeunes jusqu'à leurs 23 ans révolus. En sont également exemptés les bénéficiaires de l'allocation de chômage II ainsi que les personnes effectuant leur service militaire ou un service civil.

Les personnes à la retraite paient eux-mêmes leur cotisation à l'assurance dépendance sociale due sur leur pension de vieillesse ainsi que les cotisations dues au titre de pensions de fonctionnaire et de revenus du travail.

Les salariés affiliés à titre volontaire à l'assurance maladie légale reçoivent de leur employeur, à titre d'indemnité de cotisation, la moitié du montant de la cotisation prélevée de leur rémunération et versée à l'assurance dépendance sociale. Une indemnité de cotisation d'un montant égal est aussi accordée aux salariés ayant choisi une assurance dépendance privée pour remplir leur obligation d'assurance, toutefois jusqu'à concurrence de la moitié du montant qu'ils ont à payer au titre de leur assurance dépendance privée obligatoire.

L'Agence fédérale pour l'emploi se charge des cotisations des personnes titulaires d'une allocation de chômage ou d'une allocation de subsistance. C'est également elle, ou les institutions communales agréées, qui se chargent de celles des titulaires d'une allocation de chômage II. Pour les personnes en cours de réadaptation, c'est l'institution responsable de la réadaptation qui prend en charge les cotisations; pour les personnes handicapées en établissement, l'institution responsable de l'établissement et, pour les bénéficiaires d'autres prestations sociales leur permettant de subvenir à leurs besoins, l'institution débitrice de l'aide sociale compétente.

Les contrats privés d'assurance dépendance obligatoire

Les primes des contrats privés d'assurance dépendance obligatoire ne sont pas fonction du revenu, mais de l'âge de l'assuré à la date de souscription de l'assurance, comme pour les contrats privés d'assurance maladie. Le montant maximum est fixé par la loi. Il ne doit pas excéder le montant maximum appliqué pour l'assurance dépendance sociale. Pour les personnes dont l'affiliation à une compagnie d'assurance maladie privée a eu lieu après le 1er janvier 1995, le plafonnement de la prime est applicable à partir du moment où elles satisfont à une durée d'affiliation antérieure de cinq ans à une assurance maladie ou assurance dépendance privée. Les fonctionnaires, bénéficiaires d'une aide aux frais médicaux également en cas de dépendance, ne payent pas plus de la moitié de ce montant maximum.

Les montants sont les mêmes pour les hommes et les femmes. Pour les couples mariés dans lesquels un seul des conjoints exerce une activité professionnelle ou dans lesquels l'activité de l'autre conjoint ne dépasse pas le seuil d'exemption de l'obligation d'assurance pour activité minime, le montant de la cotisation à l'assurance dépendance privée ne doit pas excéder 150% du montant maximum de la cotisation à l'assurance dépendance sociale. Cette réduction pour le conjoint ne s'applique pas aux personnes dont l'affiliation à une compagnie d'assurance maladie privée a eu lieu après l'introduction de l'assurance dépendance au 1er janvier 1995. Comme pour l'assurance dépendance sociale, les enfants sont assurés sans avoir à cotiser.

Complément d'informations

Le Ministère fédéral de la Santé a mis en place un numéro d'appel, le +49 30 3406066-02, pour l'information du public. Ce service opère du lundi au jeudi de 8 h à 18 h ainsi que le vendredi de 8 h à midi et répond à vos questions sur l'assurance dépendance.

Vous pouvez également commander, auprès de ce même Ministère fédéral de la Santé, les brochures gratuites intitulées «Ratgeber zur Pflege» (Conseils sur l'assurance dépendance), référence BMG-P-07055, «Die Pflegestärkungsgesetze – Informationen für die häusliche Pflege» (Les lois visant à renforcer l'aide en cas de dépendance – informations pour les soins à domicile), référence BMG-P-11007, «Die Pflegestärkungsgesetze – alle Leistungen zum Nachschlagen» (Les lois visant à renforcer l'aide en cas de dépendance – aperçu de toutes les prestations), référence BMG-P-11005 et «Ratgeber Demenz» (Conseils sur la démence), référence BMG-P-11021 et le dépliant «Pflegebedürftig. Was nun? (Que faire en cas de dépendance?)», référence BMG-P-07053.

Pour obtenir des renseignements sur la protection maladie et dépendance à l'étranger ou en cas de séjour à l'étranger, veuillez vous adresser à la «Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung / Pflegeversicherung – Ausland (DKVA)», Pennfeldsweg 12c, 53177 Bonn, téléphone: +49 228 9530-0. Ce bureau de liaison entre l'assurance maladie et l'assurance dépendance pour l'étranger constitue depuis le 1er juillet 2008 un département de la Fédération des caisses d'assurances maladie.

Pour les questions et les problèmes propres au handicap (y compris questions d'assurance maladie/dépendance), vous pouvez également vous adresser au «service d'information et de conseil commun des institutions de réadaptation» de votre commune d'origine.

Un conseil et une assistance sont également possible dans le cadre de l'«aide aux personnes âgées» de votre ville ou commune. Pour cela, veuillez vous adresser directement aux services administratifs de votre ville ou de votre district.

Assurance pension

La sécurité sociale est indissociable de l'assurance pension. Depuis des décennies, cette dernière contribue en large mesure à ce que les assurés ne manquent pas d'argent quand ils sont vieux.

Qui est assuré?

Les salariés sont assujettis obligatoirement au régime légal de l'assurance pension (à quelques exceptions près). Il en va de même des personnes en cours de formation, des personnes handicapées travaillant dans des ateliers agréés, des personnes effectuant à titre volontaire le service militaire ou le service civil fédéral ainsi que des personnes effectuant à titre volontaire une année de service social ou écologique.

Le plafond de la rémunération mensuelle brute servant au calcul des cotisations à l'assurance pension légale est égal, en 2018, à 6.500 EUR dans les anciens Länder et à 5.800 EUR dans les nouveaux Länder. Ce plafond n'est pas un plafond d'assujettissement et celui qui gagne plus reste malgré tout assujetti à l'assurance pension légale. Il signifie simplement que votre cotisation à l'assurance pension légale est assise au maximum sur ces montants, même si vous gagnez plus.

Les salariés qui, depuis le 1er janvier 2013 exercent une activité dont la rémunération mensuelle est inférieure ou égale à 450 EUR sont obligatoirement assujettis au régime légal de l'assurance pension au titre de personnes exerçant une activité minimale. L'employeur verse une cotisation forfaitaire à l'assurance pension à hauteur de 15% pour un salarié exerçant un mini-job en entreprise et de 5 % dans le cas de mini-jobs exercés au domicile d'un particulier. Compte tenu du taux de cotisation à l'assurance pension qui est de 18,6 % en 2018, la part à supporter par le salarié est fixée à 3,6 % dans le cas d'un mini-job exercé en entreprise et à 13,6 % lorsque les mini-jobs sont exercés au domicile d'un particulier. Ces cotisations obligatoires permettent à l'assuré d'acquiescer des droits à toutes les prestations offertes par l'assurance pension légale. Outre le droit à la pension de vieillesse normale, il s'agit pour l'essentiel du droit à des prestations de réadaptation, à une pension pour diminution de la capacité de gain, à une pension de retraite anticipée ainsi qu'à une aide au titre de la retraite dite «Riester». Une cotisation minimum doit être versée sur la base de 175 EUR pour les rémunérations inférieures à 175 EUR mensuels.

Des dispositions particulières en termes de cotisations de la «fourchette» (zone de progression) s'appliquent aux salariés dont la rémunération est comprise entre 450,01 EUR et 850 EUR. Celles-ci entraînent un allègement des cotisations sociales des salariés en proportion de leur salaire. Pour les rémunérations situées dans la fourchette, cela signifie que la part du salarié à la cotisation globale à l'assurance sociale (assurance maladie, assurance pension légale, assurance dépendance et assurance chômage réunies et dont le taux actuel est de 20% en moyenne) augmente de façon linéaire en fonction de son salaire, allant de 11 % environ à l'extrémité inférieure de la fourchette (450,01 EUR) jusqu'à la part entière de la cotisation salariale pour un salaire de 850 EUR. L'employeur, quant à lui, prend en charge par principe l'intégralité de la part patronale de la cotisation globale à l'assurance sociale due pour la rémunération totale. Ces dispositions ne s'appliquent toutefois pas aux personnes en cours de formation.

Important:

Le calcul de la pension prenant pour base uniquement la rémunération – plus basse – pour laquelle des cotisations ont été versées, l'employé peut déclarer à son employeur qu'il souhaite verser des cotisations qui soient fonction du salaire véritablement perçu. Il verse alors l'intégralité de sa part à la cotisation, même dans la fourchette. La rémunération sera alors entièrement prise en compte pour le calcul de la pension.

Parmi les travailleurs indépendants, seules certaines catégories sont assujetties obligatoirement. C'est notamment le cas des enseignants, professeurs et éducateurs indépendants, des tierces personnes indépendantes ainsi que des sages-femmes. Il en va de même pour les artisans indépendants. Ceux-ci ont toutefois la possibilité de se faire exempter de l'obligation d'assurance après 18 ans d'assujettissement. Les artistes ainsi que les journalistes et rédacteurs indépendants sont assujettis obligatoirement au régime légal de l'assurance pension (pour une contribution personnelle égale à la moitié du montant de la cotisation), en vertu de la Loi sur l'assurance sociale des artistes. Pour être assujettis, ils doivent avoir un revenu annuel issu de leur travail indépendant supérieur à 3.900 EUR, que les personnes débutant dans la profession peuvent toutefois ne pas atteindre. La caisse d'assurance sociale des artistes, sise à Wilhelmshaven, ne constate pas seulement l'obligation d'assurance, elle établit aussi le montant de la cotisation.

Depuis le 1er janvier 1999, les travailleurs indépendants sont assujettis obligatoirement à l'assurance lorsque, au titre de leur activité indépendante, ils n'emploient régulièrement aucune personne assujettie à l'assurance et qu'ils n'ont affaire de façon durable et pour l'essentiel qu'à un seul donneur d'ordre. Le fait que le travailleur indépendant n'ait affaire pour l'essentiel qu'à un seul donneur d'ordre est une condition qui ne vaut pas seulement dans le cas où, pour l'essentiel, le travailleur indépendant est lié par contrat à un donneur d'ordre, mais également dans le cas où il est économiquement dépendant d'un seul donneur d'ordre.

Les créateurs d'entreprise ayant un seul donneur d'ordre peuvent se faire dispenser d'assujettissement à l'assurance pour un maximum de trois ans. Ont également droit à une dispense les personnes ayant déjà atteint un âge avancé.

Les agriculteurs sont par principe assujettis obligatoirement au régime de prévoyance vieillesse des agriculteurs et non au régime légal de l'assurance pension. Les prestations de ce régime spécifique de prévoyance apportent aux agriculteurs une couverture partielle.

Elles sont complétées par d'autres mesures dont bénéficient les agriculteurs âgés, telles que la rente viagère aux parents et le produit de la cession de l'exploitation agricole.

Quiconque exerce une activité indépendante et n'est pas assujetti obligatoirement à l'assurance pension légale peut demander son affiliation obligatoire à ce régime dans les cinq ans suivant le début de son activité indépendante. Cette affiliation obligatoire implique alors les mêmes droits et obligations que ceux des personnes obligatoirement assujetties.

Périodes d'éducation d'enfants: Les mères ou les pères éduquant leurs enfants sont eux aussi affiliés obligatoirement pendant la période d'éducation des enfants. L'affiliation obligatoire pour raisons d'éducation s'applique dans le cas d'enfants nés depuis le 1er janvier 1992 jusqu'aux trois ans révolus de l'enfant. Deux ans d'affiliation obligatoire sont reconnus au titre d'enfants nés avant cette date.

Tierces personnes: Les personnes qui dispensent des soins à domicile à une ou à plusieurs personnes exigeant des soins ayant un degré de dépendance de 2 à 5, à titre non professionnel au moins dix heures par semaine réparties régulièrement sur au moins deux jours par semaine, et qui n'exercent pas d'activité professionnelle ou en exercent une sur moins de 30 heures par semaine sont obligatoirement affiliées au régime légal de l'assurance pension si la personne à laquelle les soins sont dispensés a droit à des prestations servies par le régime légal ou privé de l'assurance dépendance. Les cotisations sont alors prises en charge par la caisse d'assurance dépendance. Ainsi, cette catégorie de personnes est désormais aussi affiliée obligatoirement sans avoir à cotiser. (Pour des détails complémentaires, prière de se référer au chapitre «Assurance dépendance - La protection sociale des tierces personnes».) Les bénéficiaires de prestations de remplacement de la rémunération sont assujettis à l'assurance pendant la période d'octroi de ces prestations, sous réserve d'avoir été assurés obligatoirement l'année ayant précédé le début des prestations et en fin de celle-ci. Si tel n'est pas le cas, ils sont tenus de demander à être affiliés obligatoirement au régime légal de l'assurance pension. Font par exemple partie des prestations de remplacement de la rémunération les indemnités journalières en cas de maladie, d'accident du travail et l'allocation

de transition ainsi que l'allocation de chômage. Le paiement des cotisations est assuré par l'institution compétente pour la prestation sociale concernée, ceci indépendamment du débiteur réel. Depuis 2011, les personnes percevant l'allocation de chômage II ne sont pas soumises à l'obligation d'assurance au régime légal de l'assurance pension. La période de perception peut leur être reconnue comme période assimilée.

Qui est dispensé de l'obligation d'assurance?

La dispense de l'obligation d'assurance vaut pour les personnes pour lesquelles il n'existe pas, de par la loi, d'assujettissement obligatoire. En font partie les personnes qui, en raison de leur statut ou parce qu'elles bénéficient d'une autre forme de prévoyance n'entrent pas dans la catégorie des personnes assurées (fonctionnaires ou juges par exemple), ou encore les personnes qui ont atteint l'âge légal de départ à la retraite et bénéficient déjà d'une pension de retraite intégrale. Les personnes percevant une pension de vieillesse intégrale qui exercent une activité professionnelle peuvent renoncer à la dispense de l'obligation d'assurance lorsqu'elles atteignent l'âge légal de départ à la retraite afin d'augmenter encore leur pension.

Vous trouverez de plus amples informations sur l'activité minimale dans la brochure du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales intitulée «Geringfügige Beschäftigung und Beschäftigung in der Gleitzone» (Activité minimale et activité dans la zone de progression) qui porte la référence A 630.

Les personnes exerçant une activité de courte durée sont également dispensées de l'obligation d'assurance. Depuis le 1er janvier 2015, une activité de courte durée se caractérise par le fait que l'emploi est limité à une durée maximale de trois mois ou soixante-dix jours ouvrés au cours d'une année et - dans la mesure où la rémunération dépasse le montant de 450 EUR par mois - qu'il n'est pas exercé à titre professionnel. Ces limites pour une activité de courte durée seront en vigueur jusqu'à la fin 2018, suite à quoi elles repasseront à deux mois ou cinquante jours ouvrés. Par principe, les personnes exerçant une activité de courte durée ne paient pas de cotisations d'assurance pension légale, pas plus que leur employeur ne verse de cotisation forfaitaire.

Qui peut se faire dispenser de l'obligation d'assurance?

Certaines catégories des personnes bénéficient dans des conditions définies du droit de se faire dispenser de l'assujettissement obligatoire à l'assurance pension. Tel est le cas par exemple des personnes affiliées aux systèmes de prévoyance vieillesse des professions libérales ou des personnes exerçant une activité à rémunération minimale. Est considérée comme une activité à rémunération minimale, dite mini-job, toute activité dont la rémunération mensuelle régulière ne dépasse pas 450 EUR. L'employeur verse une cotisation forfaitaire de 15 % à l'assurance pension légale. Dans le cas des mini-jobs exercées au domicile d'un particulier, qui sont considérés comme une forme particulière d'activité minimale, le taux s'appliquant à la cotisation forfaitaire de l'employeur à l'assurance pension légale est réduit à 5%.

La personne exerçant une activité à rémunération minimale est tenue d'assumer la différence entre la cotisation forfaitaire due par l'employeur et le taux intégral de la cotisation à l'assurance pension légale. (En 2018, le taux de cotisation à l'assurance pension est de 18,6%. Ainsi, les personnes exerçant une activité à rémunération minimale au domicile d'un particulier paient un taux de 13,6% au titre de la cotisation à l'assurance pension, le taux de cotisation des autres personnes exerçant une activité à rémunération minimale étant de 3,6%). Pour le cas où la personne exerçant une activité à rémunération minimale se fait dispenser de l'obligation d'assurance, seul l'employeur doit verser la cotisation forfaitaire, la personne exerçant l'activité n'a plus besoin de l'augmenter. La demande de dispense doit être faite auprès de l'employeur. Celui-ci en fera une déclaration auprès de la caisse d'assurance pension compétente qui est la Minijob-Zentrale, un organisme faisant partie de l'institution fédérale de l'assurance pension légale «Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See».

Vous trouverez de plus amples informations sur l'assurance pension dans la publication du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales intitulée «Ratgeber zur Rente» (Guide de la retraite) qui porte la référence A 815.

En cas de demande de dispense de l'obligation d'assurance, la personne n'acquiert des mois comptant pour la durée minimale d'assurance qu'en plus petite quantité qu'une personne soumise à l'obligation d'assurance pour laquelle chaque mois d'emploi correspond à un mois comptant pour la durée minimale d'assurance. De la même manière, une personne exerçant une activité minime et dispensée de l'obligation d'assurance ne peut pas garder un droit à une pension pour diminution de la capacité de gain et les droits en cours de formation sont plus faibles en présence d'une dispense de l'obligation d'assurance qu'en présence d'une obligation d'assurance.

Exceptions: Certaines catégories de personnes, p. ex. les personnes en cours de formation ou les personnes handicapées, relèvent de dispositions spécifiques. Ces personnes sont soumises à l'obligation d'assurance sans bénéficier d'un droit de dispense, même si, par ailleurs, les conditions de l'exercice d'une activité minime sont réunies.

Plusieurs emplois

Plusieurs activités à rémunération minime ou activités de courte durée exercées simultanément doivent faire l'objet d'un cumul. Dès lors que le cumul se solde par un dépassement des plafonds d'activité minime susmentionnés, il y a assujettissement obligatoire à l'assurance pour toutes les branches de l'assurance sociale et impossibilité de se faire dispenser de l'obligation d'assurance à l'assurance pension légale.

Les dispositions suivantes doivent être prises en compte en cas d'exercice simultané d'activités minimales et d'un emploi principal assujetti à l'assurance:

Une activité à rémunération minime peut être exercée en plus d'un emploi principal assujetti à l'assurance sans qu'un cumul avec l'emploi principal lui fasse perdre le droit à une dispense de l'obligation d'assurance à l'assurance pension légale. Dès lors qu'est exercée plus d'une activité à rémunération minime en plus de l'emploi principal assujetti à l'assurance, il y a cumul avec ce dernier ce qui entraîne l'assujettissement obligatoire à toutes les branches de l'assurance sociale sans droit de dispense à l'obligation d'assurance à l'assurance pension légale. L'obligation de cumul ne s'applique pas à l'exercice simultané d'une activité de courte durée et d'une activité de longue durée à rémunération minime, pas plus qu'elle ne s'applique à l'exercice simultané d'une activité de courte durée et d'un emploi principal assujetti à l'assurance.

Décision ayant force obligatoire

C'est à la caisse d'assurance maladie légale compétente pour votre localité qu'il appartient de décider s'il y a assujettissement ou non en vertu du droit de la sécurité sociale, et dans le cas d'activités minimales, cette décision revient à l'Assurance pension allemande - institution d'assurance des travailleurs de l'industrie minière, des chemins de fer et des marins (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See) en sa qualité d'organisme central de recouvrement des cotisations pour ce type d'emploi (www.minijobzentrale.de). Cette institution et les autres institutions d'assurance sociale se tiennent également à votre disposition pour vous renseigner et vous conseiller.

Qui peut s'assurer à titre volontaire?

Quiconque n'est pas affilié obligatoirement peut en règle générale cotiser à titre volontaire à l'assurance pension légale. C'est le cas par exemple des travailleurs indépendants non soumis à l'obligation d'assurance ou des femmes au foyer.

Réadaptation

«La réadaptation a priorité sur la pension». Ce principe est expressément énoncé dans le droit de l'assurance pension légale. C'est la raison pour laquelle l'institution d'assurance pension légale étudie chaque demande de pension pour diminution de la capacité de gain afin de savoir si des mesures de réadaptation pourraient conserver ou améliorer la capacité de gain.

Les institutions d'assurance pension offrent aux assurés, sous réserve que les conditions personnelles et celles liées au droit des assurances soient remplies, des prestations de réadaptation médicale et des prestations de participation à la vie active (réadaptation professionnelle) si la capacité de gain est menacée ou si une capacité de gain déjà diminuée peut être améliorée ou rétablie. Elles offrent également des prestations de prévention afin d'assurer la capacité de gain et des prestations de suivi médical si celles-ci sont nécessaires pour assurer le succès de la prestation de participation à la vie active déjà servie.

Les besoins en réadaptation vont fort probablement continuer à augmenter au cours des prochaines années, notamment pour des raisons démographiques, la génération du baby-boom ayant atteint l'âge auquel la réadaptation s'intensifie, à savoir 45 ans. Lors de l'ajustement annuel du budget réadaptation de l'assurance pension légale, un facteur démographique s'ajoute de ce fait à l'évolution des traitements et salaires afin de prendre en compte les besoins financiers supplémentaires provisoires imputables à l'évolution démographique dans les dépenses liées aux prestations de participation.

Qui a droit à une pension?

Pour avoir droit à une pension, il faut justifier d'une durée minimale d'assurance (dite stage) et réunir un certain nombre de conditions personnelles et de conditions tenant au droit de sécurité sociale. Les pensions suivantes sont servies par le régime légal de l'assurance pension:

- pensions de vieillesse;
- pensions pour cause de diminution de la capacité de gain;
- pensions de réversion (pensions pour cause de décès).

Condition de base : accomplissement d'une durée minimale d'assurance

Seuls les assurés ayant été affiliés pendant un certain temps peuvent se prévaloir de prestations servies au titre de l'assurance pension légale. Cette période minimale d'assurance est appelée le stage. Le stage de cinq ans incluant périodes de cotisation et périodes de substitution est requis pour avoir droit à la pension de vieillesse normale, aux pensions pour cause de diminution de la capacité de gain et aux pensions pour cause de décès. Pour ce qui est de la durée du stage de 35 ans requise pour l'ouverture des droits à la pension de vieillesse des assurés de longue durée et à celle des personnes gravement handicapées, il est également tenu compte des périodes non cotisées et des périodes créditées au titre de l'éducation d'enfants. Quant aux assurés de particulièrement longue durée, une durée de stage de 45 ans est requise pour l'ouverture des droits à une pension de vieillesse. Les cotisations obligatoires versées pour un emploi soumis à l'assurance légale obligatoire, pour une activité indépendante, pendant la prestation de soins à une personne dépendante ainsi que pour les périodes créditées au titre de l'éducation d'enfants sont prises en compte. Afin d'éviter des rigueurs particulières dues à des interruptions provisoires de l'activité professionnelle, des périodes de chômage peuvent par principe aussi être prises en compte (de même que, pour des raisons d'égalité de traitement, les périodes de bénéfice de prestations de remplacement du salaire accordées au titre de la promotion de l'emploi, p. ex. pendant une formation continue, une période de chômage partiel ou en cas d'insolvabilité de l'employeur). Ne sont toutefois pas prises en compte les périodes de chômage continu ou de longue durée (perception de l'allocation de chômage II ou de l'assistance-chômage). Les périodes de versement de cotisations volontaires peuvent être prises en compte si des cotisations obligatoires ont été versées pendant au moins 18 ans.

L'accomplissement anticipé de la durée minimale d'assurance

Les pensions octroyées au titre d'une diminution de la capacité de gain ou pour cause de décès sont systématiquement subordonnées à l'accomplissement d'une durée minimale d'assurance, à savoir le stage général de 5 ans. Toutefois, celui-ci peut également être accompli par anticipation dans les cas où un accident du travail, une maladie professionnelle ou une mutilation subie durant le service actif militaire ou civil est à l'origine de la capacité réduite de gain de l'assuré ou a entraîné son décès. De plus, si l'assuré est victime d'une diminution totale

de la capacité de gain ou décède dans les six ans qui suivent sa formation, lui ou ses ayants droit survivants ont droit à l'octroi d'une pension dès lors qu'il a versé des cotisations obligatoires durant au moins un an au cours des deux dernières années précédant la réalisation du risque couvert. À cette période de deux ans s'ajoutent les périodes de formation scolaire à compter de 17 ans révolus, à raison d'un maximum de sept ans.

Pensions de vieillesse

Seuls les assurés eux-mêmes ont droit à la pension de vieillesse. Pour cela, ils doivent tout d'abord avoir atteint un âge donné (limite d'âge). En outre, d'autres conditions supplémentaires doivent être réunies en fonction du type de pension de vieillesse.

La retraite à 67 ans

La Loi portant sur l'adaptation de la limite d'âge normale à l'évolution démographique et sur le renforcement des bases financières du régime légal d'assurance pension (Loi d'adaptation de la limite d'âge de l'assurance pension légale) de 2007 prévoit un relèvement graduel de la limite d'âge normale de 65 à 67 ans depuis 2012 ainsi que des relèvements identiques pour les autres pensions. Les travailleurs et les employeurs disposent ainsi de plusieurs années, soit suffisamment de temps pour planifier en conséquence.

Les personnes nées en 1954 ou avant bénéficient d'une mesure particulière de protection de la confiance en la législation antérieure en matière de relèvement des limites d'âge pour l'octroi des pensions de vieillesse si elles ont conclu avant le 1er janvier 2007 un accord ferme de travail à temps partiel au titre de la préretraite progressive. De surcroît, l'adaptation de la clause de protection au titre du droit du travail du Livre VI du Code social veille à ce que les travailleurs dont la relation de travail est limitée à une date à laquelle ils ont droit à une pension de vieillesse avant d'atteindre l'âge normal de départ à la retraite puissent continuer à travailler jusqu'à 67 ans en fonction des paliers de relèvement.

Vous trouverez une vue d'ensemble résumant les dispositions relatives au relèvement de l'âge de départ à la retraite à la fin de ce chapitre. Un autre âge de départ à la retraite que celui indiqué peut s'appliquer à votre cas en raison de dispositions de transition et au titre de la protection de la confiance des assurés en la législation antérieure. Veuillez consulter votre institution d'assurance pension pour obtenir des informations plus précises à ce sujet.

1. Pension de vieillesse normale

Ont droit à la pension de vieillesse normale les assurés qui ont atteint l'âge de départ à la retraite et ont accompli une durée minimale d'assurance de 5 ans. Pour ce type de pension, les gains d'appoint ne sont pas plafonnés.

Pour la pension de vieillesse normale, la limite d'âge sera graduellement relevée à 67 ans pour les assurés nés à partir de 1947. Le relèvement se fera d'abord à raison d'un mois par année (passage de la limite d'âge normale de 65 à 66 ans) puis par paliers de deux mois par année pour les assurés nés à partir de 1959 (passage de la limite d'âge normale de 66 à 67 ans). Pour tous les assurés nés avant 1947 la limite d'âge normale de 65 ans reste inchangée, pour tous les assurés nés après 1963, la limite d'âge normale sera de 67 ans.

Les assurés nés en atteindront la limite d'âge normale en 2018 à 65 ans et 7 mois.

2. Pension de vieillesse pour assurés de particulièrement longue durée

Le début du relèvement graduel de la limite d'âge normale au 1er janvier 2012 s'est accompagné par l'introduction d'une nouvelle pension de vieillesse pour les assurés de particulièrement longue durée. Devraient avoir droit à l'octroi d'une pension de vieillesse sans décote à compter de 65 ans révolus les assurés justifiant d'une durée d'assurance de 45 ans minimum avec des cotisations obligatoires au titre d'une activité salariée, d'une activité indépendante, de périodes de prestation de soins à une personne dépendante et de périodes

d'éducation d'enfants jusqu'à leurs 10 ans révolus. La Loi relative à la revalorisation des prestations de l'assurance pension légale (Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung, RV-Leistungsverbesserungsgesetz dans sa forme courte) du 23 juin 2014 a provisoirement élargi cette pension de vieillesse particulière, l'âge légal étant avancé à 63 ans pour les personnes nées avant 1953. Pour les assurés nés après le 31 décembre 1952, la limite d'âge pour l'octroi de cette pension de vieillesse va être de nouveau relevée progressivement pour atteindre de nouveau la limite d'âge de 65 ans préalablement en vigueur. Ce relèvement est effectué par paliers de deux mois par année. La limite d'âge de 65 ans est de nouveau atteinte pour les assurés nés en 1964. Ce type de pension ne peut pas être octroyé de manière anticipée, c'est-à-dire avant l'âge légal de départ à la retraite et en acceptant des décotes.

Les assurés peuvent demander le service de cette pension de vieillesse pour assurés de particulièrement longue durée lorsqu'ils ont accompli la durée minimale d'assurance de 45 ans et qu'ils ont atteint la limite d'âge. Depuis les modifications apportées par la Loi relative à la revalorisation des prestations de l'assurance pension légale, les périodes de perception de l'allocation de chômage et des autres prestations de remplacement de la rémunération au titre de la promotion de l'emploi sont par principe aussi prises en compte, mais pas les périodes de perception de l'allocation de chômage II ou de l'assistance-chômage. Peuvent aussi être prises en compte les cotisations à titre volontaire si des cotisations obligatoires ont été versées pendant 18 ans.

3. Pension de vieillesse pour assurés de longue durée

Les assurés peuvent demander le service de cette pension avant d'atteindre la limite d'âge, moyennant décote, à condition qu'ils aient:

- 63 ans révolus et
- la durée minimale d'assurance de 35 ans.

La limite d'âge de perception d'une pension de vieillesse sans décote pour les assurés de longue durée sera graduellement relevée de 65 à 67 ans pour les assurés nés à partir de 1949. Le service anticipé de cette pension de vieillesse reste possible, comme à l'heure actuelle, au plus tôt à compter de 63 ans révolus et moyennant minoration. La minoration de la pension, due aux décotes, s'élève à 0,3% de la pension par mois d'avancement du départ à la retraite.

Les assurés nés après le 31 décembre 1947 et pour lesquels s'applique la protection de la confiance en la législation antérieure peuvent percevoir cette pension avec décote dès l'âge de 63 ans.

4. Pension de vieillesse pour personnes gravement handicapées

Peut percevoir cette pension de vieillesse sans décote tout assuré:

- ayant atteint la limite d'âge en vigueur (cf. ci-après),
- bénéficiant du statut de personne gravement handicapée au moment du départ à la retraite et
- justifiant d'une durée minimale d'assurance de 35 ans.

La limite d'âge de perception sans décote d'une pension de vieillesse pour personnes gravement handicapées sera graduellement relevée de 63 à 65 ans pour les assurés nés à partir de 1952. Quant à l'âge d'octroi anticipé, il passera graduellement de 60 à 62 ans. La décote s'élève à 0,3% de la pension par mois d'avancement du départ à la retraite. La décote maximale reste donc de 10,8%.

Vous trouverez de plus amples informations sur le handicap dans la publication du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales intitulée «Ratgeber für Menschen mit Behinderung» (Guide pour les personnes en situation de handicap) et portant la référence A 712.

Bénéficient d'une protection particulière de la confiance en la législation antérieure pour ce relèvement de la limite d'âge les assurés:

- nés en 1954 et avant s'ils avaient conclu avant le 1er janvier 2007 un accord ferme de travail à temps partiel au titre de la préretraite progressive et

- bénéficiant le 1er janvier 2007 du statut de personne gravement handicapée en vertu de l'art. 2 al. 2 du Livre IX du Code social (SGB IX).

Pour cette catégorie d'assurés, le relèvement de la limite d'âge de 63 ans ou, en cas de bénéfice anticipé, de 60 ans ne s'applique pas.

Pour des raisons de protection de la confiance en la législation antérieure, les assurés qui sont nés avant le 17 novembre 1950 et qui bénéficiaient, au 16 novembre 2000, du statut de personne gravement handicapée en vertu de l'art. 2 al. 2 du Livre IX du Code social (SGB IX) ou étaient en incapacité professionnelle ou en incapacité de gain en vertu du droit en vigueur, peuvent bénéficier sans décote de la pension de vieillesse pour personnes gravement handicapées dès leurs 60 ans révolus.

Bénéficiaire du statut de personne gravement handicapée toutes les personnes ayant un degré de sévérité du handicap d'au moins 50% dans la mesure où elles ont leur domicile en Allemagne ou dans un État membre de l'Union européenne. C'est l'office de l'indemnisation sociale qui décide du degré de sévérité du handicap. Les personnes qui ne sont pas considérées comme gravement handicapées peuvent également bénéficier de la pension de vieillesse pour personnes gravement handicapées si elles sont nées avant le 1er janvier 1951 et sont en incapacité professionnelle ou en incapacité de gain en vertu du droit en vigueur au 31 décembre 2000.

Vous trouverez sur les deux pages qui suivent un aperçu du relèvement graduel des limites d'âge de la retraite pour les pensions de vieillesse.

Relèvement des limites d'âge de départ à la retraite														
Année de naissance	Pension de vieillesse normale		Pension de vieillesse pour assurés de particulièrement longue durée		Pension de vieillesse pour assurés de longue durée					Pension de vieillesse pour personnes gravement handicapées				
	Sans décote		Sans décote		Sans décote		Perception anticipée à partir de			Sans décote		Perception anticipée à partir de		
	Âge		Âge		Âge		Âge		Décot	Âge		Âge		Décot
	Ans	Mois	Ans	Mois	Ans	Mois	Ans	Mois	en %	Ans	Mois	Ans	Mois	en %
1945	65	-	-	-	65	-	63	-	7,2	63	-	60	-	10,8
1946	65	-	-	-	65	-	63	-	7,2	63	-	60	-	10,8
1947	65	1	65	-	65	-	63	-	7,2	63	-	60	-	10,8
1948	65	2	65	-	65	-	63	-	7,2	63	-	60	-	10,8
01/1949	65	3	65	-	65	1	63	-	7,5	63	-	60	-	10,8
02/1949	65	3	65	-	65	2	63	-	7,8	63	-	60	-	10,8
03-12/1949	65	3	65	-	65	3	63	-	8,1	63	-	60	-	10,8
1950	65	4	65	-	65	4	63	-	8,4	63	-	60	-	10,8
1951	65	5	631	-	65	5	63	-	8,7	63	-	60	-	10,8
01/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	1	60	1	10,8
02/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	2	60	2	10,8
03/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	3	60	3	10,8
04/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	4	60	4	10,8
05/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	5	60	5	10,8
06-12/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	6	60	6	10,8

* La limite d'âge de 63 ans s'applique aussi aux assurés nés avant 1951 si, jusqu'à présent, une pension n'a pas été liquidée de façon définitive ni déjà perçue.

Année de naissance	Pension de vieillesse normale		Pension de vieillesse pour assurés de particulièrement longue durée		Pension de vieillesse pour assurés de longue durée					Pension de vieillesse pour personnes gravement handicapées				
	Sans décote		Sans décote		Sans décote		Perception anticipée à partir de			Sans décote		Perception anticipée à partir de		
	Âge		Âge		Âge		Âge		Décote	Âge		Âge		Décote
	Ans	Mois	Ans	Mois	Ans	Mois	Ans	Mois	en %	Ans	Mois	Ans	Mois	en %
1953	65	7	63	2	65	7	63	-	9,3	63	7	60	7	10,8
1954	65	8	63	4	65	8	63	-	9,6	63	8	60	8	10,8
1955	65	9	63 ⁶ ₃	6	65	9	63	-	9,9	63	9	60	9	10,8
1956	65	10	63	8	65	10	63	-	10,2	63	10	60	10	10,8
1957	65	11	63	10	65	11	63	-	10,5	63	11	60	11	10,8
1958	66	-	64	-	66	-	63	-	10,8	64	-	61	-	10,8
1959	66	2	64	2	66	2	63	-	11,4	64	2	61	2	10,8
1960	66	4	64	4	66	4	63	-	12,0	64	4	61	4	10,8
1961	66	6	64	6	66	6	63	-	12,6	64	6	61	6	10,8
1962	66	8	64	8	66	8	63	-	13,2	64	8	61	8	10,8
1963	66	10	64	10	66	10	63	-	13,8	64	10	61	10	10,8
1964	67	-	65	-	67	-	63	-	14,4	65	-	62	-	10,8

Pensions pour cause de diminution de la capacité de gain

Ces pensions d'invalidité se substituent au revenu quand les assurés sont partiellement ou totalement incapables de gagner leur vie. Leur octroi a lieu sous certaines conditions en vertu du droit des assurances. Ainsi, à la date de survenance de la diminution de la capacité de gain, l'assuré doit avoir versé au moins 3 ans de cotisations obligatoires à l'assurance pension légale et avoir accompli la durée minimale d'assurance généralement requise de 5 ans au cours des cinq dernières années précédant la survenance de la diminution de la capacité de gain (les périodes assimilées ou périodes créditées au titre de l'éducation d'enfants ayant été, le cas échéant, prises en compte). À titre dérogatoire, cette condition n'est pas requise pour les cas de diminution de la capacité de gain survenant à la suite d'une circonstance pour laquelle la durée minimale d'assurance généralement requise est considérée comme accomplie.

Les conditions découlant du droit des assurances et nécessaires à l'octroi sont également réunies par les assurés qui ont accompli avant 1984 la durée minimale d'assurance généralement requise et qui justifient, à partir de 1984, de périodes ouvrant droit à pension pour chaque mois écoulé jusqu'à la survenance de la diminution de la capacité de gain.

Les pensions pour cause de diminution de la capacité de gain sont versées tout au plus jusqu'à ce que l'assuré atteigne la limite d'âge normale. Ensuite, il a droit au versement d'une pension de vieillesse normale d'un montant au moins égal.

Les prestations servies sont les suivantes:

1. Pension pour cause de **diminution partielle** de la capacité de gain: Se trouvent en état de diminution partielle de la capacité de gain les assurés qui, en raison d'une maladie ou d'un handicap ne sont pas en mesure d'exercer, pour une période indéterminée, une activité rémunérée au moins six heures par jour dans les conditions normales du marché général de l'emploi. Ils perçoivent, au titre de la pension pour cause de diminution partielle de la capacité de gain, la moitié d'une pension pour cause de diminution totale de la capacité de gain.
2. Pension pour cause de **diminution totale** de la capacité de gain: Se trouvent en état de diminution totale de la capacité de gain les assurés qui, en raison d'une maladie ou d'un handicap, ne sont pas en mesure d'exercer, pour une période indéterminée, une activité rémunérée au moins trois heures par jour dans les conditions normales du marché général de l'emploi. Les assurés travaillant encore au moins trois heures par jour qui ne travaillent pas plus de six heures par jour pour cause de chômage et ne peuvent donc plus traduire leur capacité résiduelle de gain en revenu issu du travail bénéficient également d'une pension pour cause de diminution totale de la capacité de gain.
3. Pension pour cause de diminution partielle de la capacité de gain en cas d'**incapacité professionnelle**: Elle est versée aux assurés souffrant d'une diminution de la capacité de gain en raison d'une maladie ou d'un handicap qui sont nés avant le 2 janvier 1961 et ne peuvent plus travailler 6 heures par jour minimum dans leur profession ou dans une autre profession convenable. Son montant correspond à celui de la pension pour cause de diminution partielle de la capacité de gain.
4. Pension pour cause de diminution totale de capacité de gain pour personnes handicapées: Les assurés ayant déjà présenté une diminution totale de la capacité de gain avant l'accomplissement de la durée minimale d'assurance généralement requise de cinq ans et présentant depuis lors une diminution totale de la capacité de gain à caractère permanent ont droit à une pension pour cause de diminution totale de la capacité de gain s'ils peuvent justifier d'une durée minimale d'affiliation de 20 ans. Ce droit à pension peut aussi s'acquérir par des cotisations volontaires.

Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet dans la brochure du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales intitulée «Erwerbsminderungsrente» (Pension pour cause de diminution de la capacité de gain) qui porte la référence A 261.

Pensions temporaires

Les pensions pour cause de diminution de la capacité de gain sont par principe versées à titre temporaire. Elles sont toutefois versées à titre permanent dans les conditions suivantes:

- si le droit à la pension existe indépendamment de la situation sur le marché du travail, et
- s'il est peu vraisemblable qu'il puisse être remédié à la diminution de la capacité de gain; ceci est à considérer comme étant le cas après un versement temporaire sur une période totale de 9 ans.

Gains d'appoint

Les pensions versées aux assurés constituent une prestation de substitution à la perte de revenus. Les revenus issus du travail touchés par les assurés en plus de leur pension sont soumis à des plafonds donnés de gains d'appoint pour les pensions d'assurés minorées, ceci jusqu'à la limite d'âge normale. Entrent en ligne de compte comme gains d'appoint la rémunération du travail, les revenus du travail et autres revenus comparables. N'est pas considérée comme rémunération du travail la rémunération perçue par une tierce personne et venant d'une personne dépendante dans la mesure où elle ne dépasse pas l'allocation dépendance correspondante, ni la rémunération perçue par une personne handicapée dans un atelier pour personnes handicapées. Pour les pensions pour cause de diminution de la capacité de gain, certains revenus de substitution sont aussi considérés comme gains d'appoint.

1. Pensions de vieillesse

Les possibilités de gains d'appoint lors de la perception d'une pension de vieillesse varient en fonction du fait que la limite d'âge normale soit atteinte ou.

2. Pensions de vieillesse normales

L'atteinte de la limite d'âge normale permet des gains d'appoint illimités. Quiconque a commencé à percevoir une pension de vieillesse avant la limite d'âge normale a droit à des gains d'appoint illimités à compter du premier du mois suivant l'atteinte de cette limite d'âge normale.

3. Pensions de vieillesse perçue avant la limite d'âge légale

Tout assuré n'ayant pas atteint la limite d'âge normale et percevant une pension de vieillesse est soumis à des restrictions pour ce qui est des gains d'appoint. Les gains d'appoint allant jusqu'à 6.300 EUR au cours de l'année civile n'ont pas de répercussions sur la pension de vieillesse.

Si les gains d'appoint dépassent le seuil des gains d'appoint de 6.300 EUR pour l'année civile, les assurés peuvent avoir droit à une pension partielle. Le montant de la pension partielle possible découle d'une prise en compte non graduelle des gains d'appoint. Pour sa détermination, les gains d'appoint qui dépassent le seuil des gains d'appoint de 6.300 EUR pour l'année civile sont pris en compte à raison de 40% jusqu'à une limite individuelle des gains d'appoint (dite plafond des gains d'appoint). Ce plafond des gains d'appoint s'oriente sur le revenu annuel soumis à l'assurance sociale le plus élevé des 15 dernières années qui ont précédé la diminution de la capacité de gain. Ce n'est que lorsque ce plafond est dépassé que les gains d'appoint le dépassant sont pris en compte à 100% pour la pension.

4. Pensions pour cause de diminution de la capacité de gain

Les bénéficiaires d'une pension pour cause de diminution de la capacité de gain peuvent également avoir des gains d'appoint d'un certain montant en plus de leur pension. Une attention particulière doit toutefois être portée au fait que les pensions pour cause de diminution de la capacité de gain ont pour objet de fournir une compensation financière à la perte totale ou partielle de la capacité de gain. Que les assurés bénéficiant d'une telle pension puissent avoir des gains d'appoint illimités ou du moins importants est incompatible

avec l'esprit même de cette pension. Les bénéficiaires d'une pension pour cause de diminution de la capacité de gain n'ont donc droit qu'à des gains d'appoint limités. Par principe, ces gains doivent en outre être obtenus dans le cadre de la capacité de gain résiduelle, sans quoi le droit à la pension peut être supprimé.

Les gains d'appoint des bénéficiaires de pensions pour cause de diminution totale de la capacité de gain ne doivent pas dépasser 6.300 EUR par année civile pour ne pas avoir d'incidence sur la pension; les gains d'appoint des bénéficiaires d'une pension pour cause de diminution partielle de la capacité gain sont, quant à eux, soumis à un seuil individuel des gains d'appoint. Le revenu obtenu et, dans certains cas, les prestations sociales doivent être pris en compte dans le cadre des dispositions relatives aux gains d'appoint.

Les gains d'appoint des bénéficiaires d'une pension pour cause de diminution totale de la capacité de gain qui dépassent le seuil des gains d'appoint de 6.300 EUR pour l'année civile sont pris en compte à raison de 40% jusqu'à une limite individuelle (dite plafond des gains d'appoint). Ce n'est que lorsque ce plafond des gains d'appoint est dépassé que les gains d'appoint le dépassant sont pris en compte à 100% pour la pension.

Les gains d'appoint des bénéficiaires d'une pension pour cause de diminution partielle de la capacité de gain qui dépassent le seuil individuel des gains d'appoint pour l'année civile sont pris en compte à raison de 40% jusqu'à une limite individuelle (dite plafond des gains d'appoint).

Le plafond des gains d'appoint pour les pensions pour cause de diminution totale ou partielle de la capacité de gain s'oriente sur le revenu annuel soumis à l'assurance sociale le plus élevé des 15 dernières années qui ont précédé la diminution de la capacité de gain. En l'absence de salaire au cours des 15 dernières années civiles ou en présence d'un salaire très faible, la moitié d'une rémunération moyenne est prise comme base pour le calcul du seuil des gains d'appoint.

Pensions pour cause de décès

1. Pension de veuve ou de veuf

A droit à une pension de veuve ou de veuf au titre du régime légal de l'assurance pension le conjoint survivant qui ne s'est pas remarié après le décès de son conjoint, à condition que le conjoint décédé ait accompli la durée minimale d'assurance généralement requise. Celle-ci est de cinq ans. La grande pension de veuve ou de veuf est d'un montant égal à 55 % de la pension d'assuré du conjoint décédé si la veuve ou le veuf est âgé d'au moins 47 ans révolus (dans le cadre du relèvement graduel de la limite d'âge intervenant depuis 2012, cette limite d'âge est portée de 45 à 47 ans) ou est frappé d'une diminution de la capacité de gain ou élève un enfant de moins de 18 ans révolus ou a la charge d'un enfant qui, en raison d'un handicap, n'est pas en mesure de subvenir à ses besoins.

La pension est gratifiée d'une majoration de 2 points de rémunération pour le premier enfant dont l'éducation a été assurée et de 1 point de rémunération supplémentaire pour le deuxième enfant et les enfants suivants. Pour le cas où aucune des conditions ci-dessus n'est remplie, le conjoint survivant reçoit une petite pension de veuve ou de veuf pour une durée de 24 mois maximum d'un montant égal à 25 % de la pension d'assuré du conjoint décédé. Les pensions de veuve ou de veuf sont soumises à une prise en compte partielle des revenus propres du veuf ou de la veuve pour leur calcul.

Pour des raisons de protection de la confiance en la législation antérieure, l'ancien régime des pensions de réversion (grande pension de veuve ou de veuf d'un montant égal à 60 % de la pension d'assuré du conjoint décédé sans majoration pour enfants) reste en vigueur pour les couples déjà mariés au 1er janvier 2002 et dont au moins l'un des conjoints est né avant le 2 janvier 1962. Les petites pensions de veuve ou de veuf dues à des personnes se trouvant dans cette situation-là sont versées, toujours selon l'ancien régime des pensions de réversion, pour une durée illimitée.

Les membres d'un partenariat enregistré ont également droit à ces prestations.

2. Pension d'orphelin

Perçoivent une pension d'orphelin après le décès de l'assuré ses enfants. Cette pension est versée jusqu'à l'âge de 18 ans révolus. Elle peut être servie jusqu'à l'âge de 27 ans révolus si l'orphelin est en cours de formation scolaire ou professionnelle ou se trouve dans une période de transition de quatre mois civils maximum entre deux phases (par exemple entre formation et service volontaire) ou s'il effectue un service volontaire au sens de la Loi relative à l'impôt sur le revenu (Einkommensteuergesetz) (art. 32, al. 4, 1^{ère} phrase, numéro 2, point d)) - p. ex. un service volontaire international, un service volontaire de développement «weltwärts» ou un service volontaire allemand - ou s'il n'est pas en mesure de subvenir lui-même à ses besoins en raison d'un handicap physique, psychique ou mental. Les orphelins de père et de mère perçoivent un cinquième du montant de la pension intégrale de l'assuré décédé et les orphelins de père ou de mère, un dixième. En outre, ils bénéficient d'une majoration.

3. Pension d'éducation

La pension d'éducation constitue un autre type de pension pour cause de décès. Elle offre une protection propre aux personnes divorcées qui élèvent des enfants.

Les assurés ont droit à une pension d'éducation dans les cas suivants:

- le conjoint divorcé est décédé,
- ils élèvent leur propre enfant ou l'enfant de leur conjoint décédé,
- ils ne sont pas remariés,
- ils ont accompli eux-mêmes la durée minimale d'assurance généralement requise au moment où leur conjoint est décédé et le divorce a été prononcé (anciens Länder: pour les divorces prononcés après le 30 juin 1977; nouveaux Länder: pour les divorces prononcés après le 31 décembre 1991).

La pension d'éducation est calculée de la même manière qu'une pension de vieillesse. Elle est basée sur les périodes ouvrant droit à pension et sur les droits en cours de formation transférés lors du partage des droits à pension en instance de divorce du compte propre de l'assuré.

Les pensions d'éducation sont elles aussi soumises à une prise en compte des revenus de l'intéressé. Les montants exempts de prise en compte sont les mêmes que pour la pension de veuve ou de veuf.

4. Prise en compte des revenus

Les revenus propres (revenus issu du travail, revenus de remplacement de la rémunération ainsi que revenus issus du patrimoine) sont pris en compte à raison de 40 % pour la pension de survivant dans la mesure où ils dépassent les montants exempts de prise en compte. Cette règle s'applique également aux droits à prestations issus d'un partenariat enregistré.

À l'heure actuelle, les montants exempts de prise en compte sont les suivants pour la pension de veuve ou de veuf et pour les pensions d'éducation:

Anciens Länder	819,19 EUR
Nouveaux Länder	783,82 EUR

Le montant exempt de prise en compte est majoré comme suit pour chaque enfant ayant droit à une pension d'orphelin:

Anciens Länder	173,77 EUR
Nouveaux Länder	166,26 EUR

Ces montants sont adaptés à la valeur actuelle de la pension et sont donc dynamiques.

La prise en compte des revenus propres des orphelins ayant atteint l'âge de la majorité a été supprimée. Ainsi, toutes les pensions d'orphelin sont toujours versées dans leur intégralité indépendamment de la situation financière des orphelins.

Le mode de prise en compte des revenus en vertu de l'ancienne législation - prise en compte des revenus d'activité et des revenus de substitution - est maintenu pour des raisons de protection de la confiance en la législation antérieure pour les couples déjà mariés au 1er janvier 2002 et dont l'un des conjoints est né avant le 2 janvier 1962.

5. Partage des droits à pension entre conjoints

Afin de permettre aux femmes d'améliorer leur propre prévoyance vieillesse, il est désormais permis aux jeunes couples mariés de partager leurs droits à pension acquis pendant la période de mariage. Sur déclaration commune, les conjoints consentent à partager par moitié les droits en cours de formation acquis pendant la période de mariage au lieu d'avoir recours à la prévoyance traditionnelle des époux et des veufs (chacun des conjoints perçoit sa propre pension d'assuré de leur vivant et, au décès du premier conjoint, le conjoint survivant perçoit en plus de sa propre pension d'assuré une pension de réversion subsidiaire au titre d'un droit dérivé). L'effet de ce partage par moitié entre les conjoints se fait normalement déjà sentir du vivant des conjoints (lors de l'octroi au deuxième conjoint également d'une pension de vieillesse intégrale). Le partage des droits à pension permet généralement à l'épouse d'avoir des prestations de vieillesse propres plus élevées qui ne sont pas prises en compte pour le calcul de la pension de réversion et ne disparaissent pas en cas de remariage.

Le partage des droits à pension n'a toutefois lieu que si les conjoints ont accompli des périodes ouvrant droit à pension de 25 ans.

Les membres d'un partenariat enregistré ont également droit à ce partage des droits à pension.

Calcul de la pension

Périodes de cotisation

Le montant de la pension dépend en premier lieu des salaires et revenus perçus au titre du travail et assurés par suite du versement de cotisations. Sont également considérées comme périodes de cotisation celles consacrées à élever des enfants ou celles consacrées à dispenser à titre non professionnel des soins à une personne dépendante.

La valeur d'une période de cotisation donnée dépend de l'importance de la rémunération annuelle brute par rapport à la rémunération moyenne de tous les assurés. Toutefois, certaines périodes sont valorisées en vertu des dispositions spécifiques qui sont les suivantes:

- **Formation professionnelle:**
Les périodes de formation professionnelle réelle sont prises en compte au moins à raison de la rémunération réelle. Vient s'y ajouter une validation supérieure pour trois ans maximum sur la base de la valeur résultant de toutes les périodes prises en compte de l'assuré en moyenne de sa carrière totale, jusqu'à concurrence de 75 % de la rémunération moyenne de tous les assurés.
- **Faibles cotisations obligatoires des personnes handicapées:**
L'assiette minimum des cotisations dues pour les personnes handicapées employées dans des ateliers agréés ou des établissements comparables correspond à 80 % de la valeur de référence. Cette dernière est réajustée chaque année. En 2018, elle s'élève à 3.045 EUR par mois dans les anciens Länder et à 2.695 EUR dans les nouveaux Länder.

- Cotisations obligatoires pour prestations de remplacement de salaire:
Les périodes pendant lesquelles une personne bénéficie de prestations de remplacement de salaire, telles que les indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident du travail et l'allocation de chômage, donnent lieu au paiement de cotisations à l'assurance pension par l'institution compétente pour la prestation sociale concernée, et ce indépendamment du débiteur réel. Les cotisations dues sont assises sur un montant de 80 % de la rémunération du travail brute ayant servi au calcul de la prestation de remplacement.
- Cotisations obligatoires des personnes effectuant un service actif militaire:
Pour ceux qui effectuent leur service actif, militaire ou civil, l'assiette des cotisations pour les cotisations obligatoires est une rémunération fictive s'élevant à 60 % de la valeur de référence.

Périodes de substitution

Les périodes de substitution sont destinées à éviter, dans le cadre du rôle de compensation sociale que joue l'assurance pension légale, des désavantages qui seraient survenus pour des périodes au cours desquelles l'assuré a été dans l'impossibilité de cotiser pour des raisons bien particulières, notamment en raison du service militaire en temps de guerre. Entrent également dans cette catégorie les périodes de détention politique en ex- R.D.A.

Périodes de prestations de soins

En vertu de la Loi sur l'assurance dépendance, les périodes consacrées à des soins à domicile dispensés à titre non professionnel sont assimilées, depuis le 1er avril 1995, à des périodes de cotisations obligatoires au régime légal de l'assurance pension, avec toutes les conséquences de celles-ci. De ce fait, les périodes de prestations de soins peuvent tout aussi bien augmenter les droits à pension qu'en créer. Dans ce contexte, l'évaluation des périodes de prestation de soins est fonction du degré de dépendance et de l'étendue des soins prodigués. L'assurance dépendance prend en charge les cotisations au régime légal d'assurance pension des personnes qui dispensent à domicile des soins à un membre de la famille dépendant. Il en va de même pour les tierces personnes exerçant simultanément une activité salariée rémunérée qui ne dépasse pas trente heures par semaine. Sont exclus de cette prise en compte des périodes de cotisations obligatoires au titre des soins certains groupes de personnes dispensées de l'obligation d'assurance, dont par exemple les bénéficiaires d'une pension de vieillesse intégrale qui ont atteint l'âge de perception d'une pension de vieillesse normale.

Périodes d'éducation d'enfants

Au 1er juillet 2014, la période consacrée à l'éducation d'enfants est passée d'un an à deux ans par enfant pour les naissances survenues avant 1992 («pension dite des mères»). Cette période est de trois ans pour les naissances survenues à partir de 1992.

Les périodes d'éducation d'enfants peuvent tout aussi bien augmenter les droits à pension qu'en créer. De ce fait, elles entrent notamment en ligne de compte pour la durée minimale d'assurance donnant droit à une pension pour cause de diminution de la capacité de gain ou à une pension de vieillesse. Suivant ce modèle, une pension de vieillesse normale est également servie, pour les naissances survenues avant 1992, aux femmes qui ont assuré l'éducation de trois enfants ou qui ont élevé deux enfants et cotisé au régime légal d'assurance pension légale pendant un an. Pour les naissances survenues à partir du 1er janvier 1992, l'éducation de deux enfants suffit pour accomplir cette durée minimale d'assurance.

En termes de pension, la période consacrée à l'éducation d'enfants est assimilée à une période de cotisation obligatoire au titre de l'activité salariée, à raison de 100 % du revenu moyen depuis le 1er juillet 2000. Il en découle actuellement un gain mensuel de pension de 31,03 EUR environ dans les anciens Länder et de 29,69 EUR environ dans les nouveaux Länder pour chaque année consacrée à l'éducation d'enfants. Viennent s'y ajouter les périodes créditées.

Éducation d'enfants pendant la période créditée

La période créditée au titre de l'éducation d'enfants commence le jour de la naissance de l'enfant et se termine le jour de ses dix ans révolus. Contrairement à d'autres périodes ouvrant droit à pension, elle n'a pas d'incidence directe sur le montant de la prestation. Elle joue un rôle notamment pour l'accomplissement de la durée minimale d'assurance de 45 ans pour une pension de vieillesse pour assurés de particulièrement longue durée, pour l'accomplissement de la durée minimale d'assurance de 35 ans pour une pension de vieillesse pour assurés de longue durée et pour une pension de vieillesse pour personnes gravement handicapées,, pour la couverture élargie dans le cas des pensions pour cause de diminution de la capacité de gain ainsi que pour la validation globale sur la base des cotisations pour les périodes non cotisées.

Les personnes qui assurent l'éducation d'enfants et exercent une activité professionnelle jusqu'aux 10 ans révolus de l'enfant, mais l'exercent surtout sous forme de travail à temps partiel en raison des tâches d'éducation et ont généralement, de ce fait, une rémunération inférieure à la moyenne, bénéficient d'une valorisation de la pension. Pour les périodes à partir de 1992, il est alors procédé à une majoration de 50 % de la rémunération individuelle à concurrence de 100 % maximum du revenu moyen en présence d'une période totale de 25 années ouvrant droit à pension (les périodes créditées au titre de l'éducation d'enfants comptant également).

En cas d'éducation simultanée d'au moins deux enfants de moins de 10 ans, les périodes non prises en compte au titre de l'éducation d'enfants bénéficient d'un crédit de 0,33 points de rémunération par an. Cela s'applique aux années à compter de 1992 en présence d'une période de 25 années ouvrant droit à pension (y compris périodes d'éducation d'enfants et périodes créditées au titre de l'éducation d'enfants).

Les personnes assurant l'éducation d'un enfant qui exige des soins bénéficient d'une valorisation de 50 % des cotisations à l'assurance pension légale versées par la caisse de soins à concurrence de 100 % maximum du revenu moyen, ceci à compter du jour où l'enfant exigeant des soins entre dans sa quatrième année et jusqu'à ses 18 ans. Cette valorisation s'applique également aux années à compter de 1992 en présence d'une période de 25 années ouvrant droit à pension (y compris périodes d'éducation d'enfants et périodes créditées au titre de l'éducation d'enfants).

Périodes assimilées

Des périodes assimilées sont avant tout créditées lorsque les assurés ne peuvent verser de cotisations au système légal d'assurance pension légale pour des raisons indépendantes de leur volonté. Il s'agit essentiellement de périodes correspondant à une incapacité de travail, à un chômage ou à une recherche de formation ainsi qu'à une formation scolaire poursuivie après l'âge de 17 ans révolus, la dernière étant prise en compte pour une durée maximale de 8 ans.

Périodes additionnelles d'affiliation

La période additionnelle d'affiliation a une répercussion sur les pensions accordées pour cause de diminution de la capacité de gain ou pour cause de décès. Lorsqu'un assuré est jeune lorsque survient la diminution de la capacité de gain ou le décès, ses droits à pension en cours de formation sont généralement peu importants. C'est afin que les assurés ou leurs ayants droit survivants bénéficient d'une protection convenable qu'a été créée la période additionnelle d'affiliation. Par son biais, la pension est calculée comme si les assurés continuaient à occuper un emploi assujéti à l'assurance après la diminution de la capacité de gain ou le décès.

La Loi relative à la revalorisation des prestations de l'assurance pension légale offre une meilleure protection aux assurés qui bénéficient d'une pension pour diminution de la capacité de gain depuis le 1er juillet 2014, par le biais de deux mesures. La première consiste depuis en un examen du cas le plus propice: ici, les quatre années ayant précédé une diminution de la capacité de gain ne comptent pas pour la valorisation de la période additionnelle

d'affiliation si elles devaient en réduire la valeur (du fait d'un revenu diminué en raison d'un passage à une activité à temps partiel par exemple, ou de phases de maladie avant le service de la pension). La seconde consiste en un allongement de la période additionnelle d'affiliation, qui est passée de 60 à 62 ans. La Loi relative à la revalorisation des pensions pour cause de diminution de la capacité de gain et à la modification d'autres lois (Gesetz zur Verbesserung der Leistungen bei Renten wegen verminderter Erwerbstätigkeit und zur Änderung anderer Gesetze) adoptée en 2017 a de nouveau élargi les périodes additionnelles d'affiliation. De 2018 à 2024, elle sera ainsi allongée graduellement de trois ans jusqu'aux 65 ans révolus des futurs bénéficiaires de pensions pour diminution de la capacité de gain.

La formule de calcul des pensions

La pension contributive assise sur le salaire répond au principe suivant: Le montant de la pension est avant tout fonction de l'importance des rémunérations du travail salarié et des revenus du travail non salarié qui sont assurés par l'intermédiaire des cotisations versées durant la carrière. La rémunération et le revenu du travail assurés au fil des années civiles par l'intermédiaire des cotisations sont convertis en points de rémunération. Des points de rémunération peuvent aussi être attribués à certaines périodes non cotisées malgré l'absence de versement de cotisations. La valeur de tels points de rémunération est fonction de l'importance des revenus et rémunérations qui ont été soumis à cotisation pendant le reste du temps.

Le facteur du type de pension définit l'objectif visé par chaque type de pension en comparaison d'une pension de vieillesse.

Si un assuré recourt de manière anticipée à une pension de vieillesse ou décide de ne pas en bénéficier le jour où la limite d'âge normale est atteinte malgré l'accomplissement du stage, un facteur d'accès à la pension permet d'éviter les avantages et les inconvénients liés à la différence de durée de la pension servie. Une décote est appliquée au montant de la pension en cas de départ anticipé à la retraite afin de compenser cet avantage et l'allongement du bénéfice de la pension qui en résulte.

La valeur actuelle de la pension est le montant correspondant à une pension mensuelle de vieillesse qui résulte des cotisations versées par le bénéficiaire d'une rémunération moyenne durant une année. Elle intervient dans la formule de calcul des pensions.

Validation globale sur la base des cotisations

Lors du calcul de la pension, il est également tenu compte de certaines périodes non cotisées ou cotisées de valeur réduite. Font partie des périodes non cotisées les périodes assimilées, additionnelles ou de substitution. On parle de période cotisée de valeur réduite lorsqu'il y a au cours du même mois une période cotisée (issue d'un emploi par exemple) et une période non cotisée (une période assimilée au titre de la protection de la maternité par exemple). Pour certaines périodes non cotisées et périodes cotisées de valeur réduite, une valeur moyenne est établie pour le calcul de la pension à partir de toutes les périodes de cotisation (cotisations versées à titre obligatoire ou volontaire) qui, à cette fin, sont prises en compte au titre de la dite

3 facteurs déterminent le montant de la pension:

PEP Points de rémunération individuels (Persönliche Entgeltpunkte)

Salaire soumis à cotisation (jusqu'à concurrence du plafond servant au calcul des cotisations) au titre de chaque année civile, divisé par la rémunération moyenne de tous les assurés pour la même année civile, totalisé pour l'ensemble de la carrière et multiplié par le facteur d'accès à la pension (Zugangsfaktor, ZF)

RF Facteur du type de pension (Rentenartfaktor)

Facteur établi selon l'objectif visé par la pension à calculer.

AR Valeur actuelle de la pension (aktueller Rentenwert)

Montant correspondant à la valeur d'une pension mensuelle de vieillesse résultant de cotisations prélevées sur une rémunération moyenne versée pendant une année civile (actuellement 31,03 EUR à l'Ouest et 29,69 EUR à l'Est).

$PEP \times RF \times AR =$ montant mensuel de la pension

validation globale. Ainsi, il est certes vrai que les périodes manquantes dans le profil d'assurance ont en général pour effet de diminuer cette valeur, ce qui n'est toutefois pas le cas si la période manquante comporte une période non cotisée ou cotisée de valeur réduite. Les périodes créditées au titre de l'éducation d'enfants ont pour effet d'augmenter les valeurs attribuées aux périodes non cotisées ou cotisées de valeur réduite.

Revalorisation des pensions

La revalorisation des pensions est régulièrement effectuée sur la base de la modification de la valeur actuelle de la pension et de la valeur actuelle de la pension (Est), au 1er juillet de l'année. Le nouveau montant mensuel brut de la pension est alors calculé en multipliant la valeur actuelle avec les autres facteurs de la formule de calcul des pensions.

La base de la revalorisation des pensions est l'évolution des salaires (variation des salaires et rémunérations bruts par travailleur selon la comptabilité nationale établie par l'Office fédéral des statistiques) compte tenu de l'évolution des salaires et rémunérations soumis à cotisation à l'assurance pension. Afin de répartir de manière équitable entre les jeunes générations et les générations des personnes âgées les charges qui résultent du changement démographique, le calcul de la revalorisation des pensions intègre, en dehors de l'évolution des salaires, deux autres paramètres importants: D'un côté, la variation des dépenses des travailleurs pour la constitution de leur prévoyance vieillesse est appliquée à la revalorisation des pensions (le facteur dit des dépenses de prévoyance vieillesse). De l'autre, le facteur de pérennité permet de tenir compte dans la revalorisation des pensions de l'évolution du rapport entre le nombre des personnes retraitées et celui des personnes cotisant à l'assurance pension.

Une clause de protection veille toutefois, lors de la revalorisation des pensions, à ce que ni le facteur des dépenses de prévoyance vieillesse ni le facteur de pérennité ni une évolution négative des salaires ne se soldent par une diminution du montant mensuel de la pension («pension brute») servie jusque-là («garantie des pensions»).

Grâce à La loi relative à la finalisation de la convergence des pensions (Gesetz über den Abschluss der Rentenüberleitung), la revalorisation des pensions de 2018 va graduellement amener à une convergence de la valeur de la pension, qui sera totale au 1er juillet 2024 au plus tard. Les paramètres de calcul propres aux nouveaux Länder seront également adaptés graduellement pour atteindre le niveau des anciens Länder au 1er janvier 2025 avant d'être supprimés. Des paramètres de calcul uniformes seront alors en vigueur pour le calcul des pensions en Allemagne.

Informations sur les droits à pension

Les assurés ayant 27 ans révolus reçoivent tous les ans des informations sur leurs droits à pension. Par ces informations, les institutions de l'assurance pension légale offrent une plus grande transparence aux assurés quant à leur pension de vieillesse et leur offrent ainsi une solide base pour planifier une prévoyance vieillesse supplémentaire en connaissance de cause. Les informations sur les droits à pension sont constituées sur la base des périodes ouvrant droit à pension portées au compte retraite et comportent notamment des extrapolations de la pension probable servie à la limite d'âge normale, avec et sans prise en compte d'une revalorisation des pensions. À leurs 55 ans révolus, les assurés ne recevront plus d'informations, mais recevront tous les trois ans des relevés comportant des informations encore plus détaillées sur leur dossier de retraite.

Organisation

L'organisation de l'assurance pension légale a été modifiée au 1er octobre 2005. La distinction autrefois opérée entre l'assurance des ouvriers et celle des employés a été supprimée. Les institutions de l'assurance pension légale sont réparties en institutions fédérales et en institutions régionales. Leur nom porte la désignation «Deutsche Rentenversicherung» (assurance pension légale allemande) suivie du domaine de compétence. Ainsi, les institutions

fédérales seront la «Deutsche Rentenversicherung Bund» (assurance pension légale allemande – Fédération) issue du regroupement de l'Institution fédérale d'assurance des employés (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, BfA) avec la Fédération des institutions allemandes d'assurance pension légale (Verband deutscher Rentenversicherungsträger, VDR) ainsi que la «Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See» (assurance pension légale allemande - institution d'assurance des travailleurs de l'industrie minière, des chemins de fer et des marins) issue des anciennes Institution d'assurance des travailleurs de l'industrie minière (Bundesknappschaft), Institution d'assurance des chemins de fer fédéraux (Bahnversicherungsanstalt) et Institution d'assurance des marins (Seekasse), laquelle est également compétente pour les travailleurs de l'industrie minière, des chemins de fer et de la marine. «Deutsche Rentenversicherung Westfalen» (assurance pension légale allemande – Westphalie) constitue un exemple de désignation d'une institution régionale. L'institution compétente est communiquée aux nouveaux assurés lors de l'attribution de leur numéro d'assuré. Il en est de même pour les modifications de compétences.

Les institutions de l'assurance pension légale sont placées sous le contrôle de l'État.

Organisation financière

Les dépenses engagées au titre de l'assurance pension légale sont pour l'essentiel financées par des cotisations. Les salariés et les employeurs assument les cotisations pour moitié, lesquelles sont calculées sur la base du taux en vigueur (depuis le 1er janvier 2018, taux de cotisation égal à 18,6%). Le montant de la cotisation pour les salariés est donc fonction du montant de la rémunération dans la limite d'un plafond de cotisation actuellement égal à 6.500 EUR/par mois dans les anciens Länder et à 5.800 EUR/par mois dans les nouveaux Länder. La Fédération concourt aux dépenses engagées au titre de l'assurance pension légale sous forme de subventions.

Informations

Pour de plus amples informations, adressez-vous aux bureaux des assurances sociales (Versicherungsamt) auprès des administrations des villes, districts et communes ainsi qu'aux services d'information et de consultation spécialement mis en place par les différentes institutions d'assurance. En outre, vous pouvez également recourir aux conseils des «doyens des assurés» (Versichertenältester) ou des conseillers et conseillères des différentes institutions.

Promotion de l'épargne retraite individuelle complémentaire

L'âge moyen de notre population ne cesse d'augmenter. L'assurance pension légale fait face à un nombre de plus en plus faible de cotisants pour un nombre sans cesse croissant de bénéficiaires de pensions. Pour que ne soient pas dépassées les capacités de la jeune génération, il est donc inévitable que les pensions augmentent à l'avenir moins qu'elles ne l'ont fait jusqu'à présent. Une épargne retraite complémentaire est donc nécessaire afin que le niveau de vie atteint pendant la vie active puisse être maintenu. À l'avenir, le système de retraite reposera donc de façon accrue sur trois piliers: la retraite servie par l'assurance pension légale, l'épargne retraite d'entreprise et l'épargne retraite individuelle. L'État vous aide à vous constituer une prévoyance vieillesse complémentaire par capitalisation en accordant des primes, en garantissant des avantages fiscaux et en permettant de réaliser des économies au niveau des cotisations à l'assurance sociale.

L'épargne retraite d'entreprise

L'épargne retraite d'entreprise en son sens classique était une prestation que chaque employeur était libre d'offrir. Les salariés ont toutefois le droit de convertir une fraction de leur salaire ou de leur traitement en vue de la constitution d'une épargne retraite d'entreprise afin de bénéficier plus tard d'une retraite d'entreprise (conversion d'une fraction de la rémunération). L'employeur doit leur permettre de le faire. Les modalités détaillées de l'épargne retraite d'entreprise qu'il va organiser doivent faire l'objet d'un accord et sont souvent fixées au niveau de l'entreprise ou dans le cadre de conventions collectives. En l'absence d'accord, chaque salarié bénéficie toujours d'un «droit minimum» à la conversion d'une fraction de sa rémunération en un contrat direct d'assurance retraite (forme particulière d'assurance-vie).

Le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales a mis en place un numéro d'appel (+49 30 221 911011) pour l'information du public. Ce service opère du lundi au jeudi de 8 h à 20 h et répond à vos questions sur l'assurance pension.

L'épargne retraite d'entreprise présente certains avantages par rapport à l'épargne retraite individuelle:

- elle est souvent plus avantageuse, les commissions d'apport et les frais de gestion étant répartis sur un nombre plus élevé de personnes;
- pour les salariés, elle est simple à gérer, ceux-ci ne s'occupant pas du choix de l'organisme d'assurance – une tâche prise en charge par l'employeur – et ayant donc beaucoup moins de formalités à remplir;
- les employeurs apportent souvent aussi une contribution financière à l'épargne retraite d'entreprise de leurs employés (de nombreuses conventions collectives en font état).

L'encouragement par l'État

L'État encourage l'épargne retraite d'entreprise par le biais de l'exonération d'impôts et de cotisations sociales des sommes consacrées à l'épargne. En 2018, 6.240 EUR peuvent par principe être investis dans une épargne retraite d'entreprise qui pourra avoir la forme d'un fonds de pension, d'une caisse de pension d'entreprise ou d'un contrat direct d'assurance et être exonérés d'impôts. Les fractions converties de la rémunération sont de surcroît exonérées de cotisations sociales à concurrence de 3.048 EUR.

De plus, l'épargne retraite d'entreprise peut par principe bénéficier de l'encouragement au titre de la retraite Riester par l'intermédiaire de primes et de déductions supplémentaires au titre des dépenses exceptionnelles, comme pour l'épargne retraite individuelle.

L'épargne retraite individuelle

Depuis 2002, l'État encourage, sous certaines conditions, la constitution d'une prévoyance vieillesse par capitalisation. L'encouragement au titre de la «retraite Riester» est assuré de deux manières : par des subventions financières (primes) et par des avantages fiscaux (déduction supplémentaire au titre des dépenses exceptionnelles). Les placements suivants bénéficient de l'encouragement:

- plan d'épargne bancaire;
- assurances retraite privées;
- plans d'épargne basés sur un fonds commun de placement;
- intégration dans l'épargne retraite privée encouragée par l'État d'un bien immobilier utilisé par son propriétaire pour se loger.

Les plans d'épargne bancaire conviennent tout particulièrement aux personnes d'un certain âge dont la période de constitution de l'épargne est plus courte ainsi qu'aux personnes souhaitant un placement très sûr. Les assurances retraite privées sont notamment destinées aux personnes jeunes souhaitant des placements sûrs. Quant aux fonds comportant une part élevée d'actions, ils conviennent plutôt aux investisseurs jeunes et ayant le goût du risque, leur âge leur permettant de compenser des chutes provisoires des cours. Ce dont tous ces produits disposent, c'est de la garantie apportée par les organismes émetteurs qu'en début de phase de versement, seront au moins disponibles les sommes versées (contributions de l'épargnant et primes). Les pertes nominales sont ainsi exclues.

En plus de votre âge et de votre attitude vis-à-vis du risque, les critères suivants devraient également être pris en compte lors du choix du produit:

- les frais:
Les produits soumis à des commissions d'apport sont d'autant plus intéressants que leur durée est longue.
- les risques à assurer:
Voyez si vous voulez également assurer le risque de diminution de la capacité de gain ou si vous avez besoin d'une épargne survivants pour votre conjoint et vos enfants.
- la situation dans la phase de versement:
La retraite supplémentaire doit garantir des prestations à vie. En fonction des organismes de placement et du produit, un versement en une fois de 30% du capital peut toutefois aussi avoir lieu en début de phase de versement.
- la situation en cas d'héritage:
Le capital constitué par plan d'épargne bancaire et par plan d'épargne basé sur un fonds commun de placement peut faire l'objet d'un héritage jusqu'au début de la phase résiduelle de versement d'une retraite (à compter de 84 ans révolus). En règle générale, cela n'est pas possible dans le cas d'une assurance retraite privée. Il vous est toutefois possible de convenir d'une période de garantie, pendant la durée de laquelle la retraite devra au moins être versée. En cas d'héritage, l'aide de l'État doit en règle générale être remboursée. Une exception à cette règle est toutefois faite pour le conjoint survivant. S'il transfère sur son propre contrat de type Riester le patrimoine issu de l'épargne vieillesse dont il vient d'hériter, l'aide de l'État n'a pas à être remboursée.

Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet dans la brochure du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales intitulée «Zusätzliche Altersvorsorge» (L'épargne retraite individuelle complémentaire) qui porte la référence A 817.

Veillez à ce que le produit choisi porte le numéro de contrôle de l'office de certification et la mention «ce contrat d'épargne retraite a été certifié et est ainsi éligible à l'aide de l'État dans le cadre de l'article 10a de la Loi relative à l'impôt sur le revenu». Cela signifie que le produit en question remplit les critères légaux. La certification par l'État n'offre toutefois aucune information sur la rentabilité du contrat. Elle ne constitue donc pas une garantie de rendement élevé du placement.

Depuis le 1er janvier 2017, les entreprises proposant des contrats certifiés Riester sont tenus de présenter, avant signature du contrat, une fiche d'information permettant aux personnes opérant le placement de procéder à un comparatif objectif des coûts. Ont droit à l'encouragement au titre de la retraite Riester les personnes affiliées obligatoirement à l'assurance pension légale, les personnes affiliées d'office au régime de prévoyance vieillesse des agriculteurs et les fonctionnaires, les soldats, les récipiendaires de traitements ainsi que les bénéficiaires de pensions pour cause de diminution de la capacité de gain. Pour les couples mariés, il suffit que l'un des conjoints remplisse les critères d'aide; l'autre bénéficie alors également de l'encouragement. À cet effet, l'autre conjoint conclut son propre contrat de prévoyance vieillesse et verse une cotisation propre d'au moins 60 EUR par an.

Comment fonctionne l'aide de l'État?

Pour l'épargne retraite individuelle, l'aide est basée sur la prime d'épargne retraite, constituée d'une prime de base par personne ayant droit à l'aide et d'une prime pour enfants le cas échéant. Le conjoint concluant son propre contrat d'épargne retraite a lui aussi droit à la prime, s'il verse au moins 60 EUR par an.

Par imposition différée, on entend le fait que les revenus vieillesse ne soient soumis à l'impôt que lorsqu'ils sont versés au contribuable quand il atteint un certain âge. Par contre, les montants consacrés à l'épargne vieillesse pendant la phase d'abondement ne sont pas imposables à concurrence d'un plafond annuel.

La prime d'épargne retraite est sujette à une cotisation minimum. Elle est diminuée dès lors que la cotisation n'est pas versée dans son intégralité. De surcroît, les montants épargnés dans le cadre d'un contrat Riester peuvent être déclarés comme dépenses exceptionnelles à concurrence d'un plafond donné (cf. tableau) et des avantages fiscaux peuvent être accordés.

Les travailleurs indépendants ont également la possibilité de se constituer une prévoyance vieillesse encouragée par l'État (retraite dite «de base» ou «Rürup»).

L'épargne retraite privée encouragée par l'État permet aussi l'intégration d'un bien immobilier utilisé par son acquéreur pour se loger. Les possibilités d'encouragement suivantes ont été créées pour l'acquisition d'un bien immobilier à des fins de logement:

- encouragement des prestations de remboursement par le biais d'un contrat hypothécaire certifié;
- utilisation du capital d'épargne retraite déjà épargné, pendant la période de constitution de l'épargne, pour l'acquisition ou la construction d'un bien immobilier à des fins de logement
- ou afin de lever l'hypothèque sur le bien immobilier utilisé par son acquéreur à des fins de logement.

Le capital (utilisé) ayant bénéficié d'un encouragement fiscal sera alors soumis à l'impôt (imposition différée) dans une phase de versement fictive. Pour cela, la personne imposable a par principe le choix entre deux solutions.

1. Imposition annuelle sur une période de 17 à 25 ans (en fonction du début de la phase de versement, qui doit avoir lieu entre 60 et 68 ans révolus).
2. Imposition unique de 70% de l'ensemble du capital faisant l'objet d'un encouragement et bloqué dans le bien immobilier.

Pour de plus amples informations, consultez les sites

www.deutsche-rentenversicherung.de

www.bundesfinanzministerium.de

www.warentest.de

www.vzbv.de

Informations

Avant de vous décider en faveur de l'épargne retraite d'entreprise ou de l'épargne retraite individuelle, vérifiez laquelle de ces deux variantes convient le mieux à votre situation personnelle. De surcroît, la conversion d'une fraction de la rémunération avec exonération d'impôts et de cotisations sociales et l'épargne retraite avec encouragement Riester par le biais de primes et de la déduction supplémentaire au titre des dépenses exceptionnelles ne s'excluent pas.

Vous trouverez des informations plus précises à ce sujet sur Internet sous http://www.bundesfinanzministerium.de/DE/Buergerinnen_und_Buerger/Alter_und_Vorsorge/Altersvorsorge

Pour en savoir plus, informez-vous auprès de votre institution d'assurance pension légale, par exemple. Pour la retraite d'entreprise, adressez-vous à votre employeur, à votre conseil d'entreprise ou au syndicat.

La revue «FINANZtest» de la Stiftung Warentest (fondation se consacrant au test de produits) effectue un comparatif de nombreuses offres et émet des recommandations. Les centres d'information et de protection des consommateurs offrent également des prestations de conseil indépendantes auxquelles il est également recommandé d'avoir recours.

Aperçu de l'encouragement au titre de la retraite Riester

Déduction au titre des dépenses exceptionnelles (en plus des sommes consacrées à l'épargne)	jusqu'à 2.100 EUR
Prime de base	175 EUR 200 EUR ¹
Prime pour enfants, par enfant	185 EUR 300 EUR ²
Cotisation minimum de l'épargnant	4 % moins les primes ³
Au maximum	2.100 EUR moins les primes

1) bonus unique versé à toutes les personnes de moins de 25 ans à leur entrée dans la vie active

2) pour les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2008

3) sur la base du revenu de l'année précédente soumis à retenue pour pension, cotisation minimum toutefois de 60 EUR (socle de cotisation)

Indemnisation sociale

La sécurité sociale en République fédérale d'Allemagne signifie aussi que toute personne victime d'un préjudice causé à sa santé et pour les conséquences duquel la collectivité est tenue responsable a droit à une assistance. Il s'agit de faire en sorte qu'une indemnisation, au moins pécuniaire, soit accordée pour des sacrifices particuliers par exemple. Les ayants droit survivants des personnes infirmes peuvent eux aussi demander une assistance, sous réserve de remplir certaines conditions.

L'indemnisation sociale concerne:

- les victimes de guerre;
- les victimes d'actes de violence;
- les victimes de dommages intervenus pendant le service militaire ou civil;
- les victimes de mesures de vaccination;
- les personnes emprisonnées pour raisons politiques après le 8 mai 1945 dans la zone d'occupation soviétique, dans le secteur de Berlin occupé par les Soviétiques et dans les régions citées à l'art. 1, al. 2, n° 3 de la Loi fédérale sur les personnes expulsées (Bundesvertriebenengesetz), si elles ont été victimes d'une atteinte à leur santé;
- les personnes emprisonnées en vertu d'une sentence inique sous le régime du parti socialiste unifié (SED) de la R.D.A., si elles ont été victimes d'atteintes à leur santé dont les effets persistent et
- les personnes qui, en raison d'une décision administrative d'une autorité allemande dans l'ancienne R.D.A., ont été victimes d'atteintes à leur santé dont les effets persistent.

Législation

Le droit de l'indemnisation sociale englobe les lois suivantes:

- la Loi fédérale sur l'assistance aux victimes de guerre (Bundesversorgungsgesetz, BVG);
- la Loi sur l'assistance aux soldats (Soldatenversorgungsgesetz, SVG);
- la Loi sur la procédure administrative de l'assistance aux victimes de guerre (Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung, KOVVfG);
- la Loi sur le service civil (Zivildienstgesetz, ZDG);
- la Loi sur l'indemnisation des victimes (Opferentschädigungsgesetz, OEG);
- la Loi sur la réhabilitation selon le droit pénal (strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz, StrRehaG);
- la Loi sur l'assistance aux détenus politiques en pays étranger (Häftlingshilfegesetz, HHG);
- la Loi sur la réhabilitation selon le droit administratif (verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz, VWRRehaG);
- la Loi sur la protection contre les infections (Infektionsschutzgesetz, IfSG);
- la Loi sur l'assurance d'un dédommagement par pension de base (Gesetz zur Sicherstellung der Grundrentenabfindung, KOVRentKapG).

Vous pouvez demander le CD gratuit «Bundesversorgungsgesetz» (Loi fédérale sur l'assistance aux victimes de guerre) auprès du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales intitulée C 752.

Les pages qui suivent traitent en détail les domaines «Assistance aux victimes de guerre» et «Victimes d'actes de violence».

Assistance aux victimes de guerre

Prestations/conditions

Vous percevez, sur demande, des prestations d'assistance au titre des suites physiques et économiques d'un préjudice, si ce préjudice a pour cause:

- une action accomplie en cours de service militaire ou paramilitaire;
- un accident survenu au cours de ce service;

- les conditions spécifiques de ce service;
- un séjour en captivité;
- l'effet direct d'un fait de guerre (par exemple vous êtes blessé lors d'un raid aérien en tant que civil) ou
- les actes de violence de la part de membres des forces d'occupation (lésions corporelles, viol par exemple).

Les victimes au sens de la législation relative à l'indemnisation sociale perçoivent des prestations de, traitement curatif des suites reconnues du préjudice subi, notamment:

- soins médicaux et dentaires hors hospitalisation;
- soins en établissement hospitalier;
- fourniture de médicaments et pansements;
- fourniture de traitements paramédicaux kinésithérapie, exercice thérapeutique, orthophonie;
- fournitures d'appareils thérapeutiques;
- fourniture de prothèses dentaires;
- soins médicaux à domicile;
- soins en établissement de réadaptation;
- bilan des capacités et ergothérapie;
- prestations de pédiatrie sociale non médicales;
- psychothérapie sous forme de traitement médical et psychothérapeutique ainsi que sociothérapie.

Important pour les personnes ayant une infirmité lourde

Si un degré de gravité des suites d'un préjudice d'au moins 50 a été reconnu, vous bénéficiez d'un traitement curatif pour toutes les autres affections non causées par le préjudice. si ce traitement n'est pas déjà garanti par des droits opposables à d'autres institutions débitrices de prestations ou si votre gain n'est pas supérieur au plafond de rémunération annuelle qui est pris en compte dans l'assurance maladie légale. Celui-ci s'élève à 59.400 EUR en 2018, soit 4.950 EUR par mois.

La brochure gratuite «Kriegsopferfürsorge» (Aide aux victimes de guerre) (référence A 105) fournit des explications sur toutes les prestations d'assistance.

Vous avez également à des indemnités de maladie si vous êtes en incapacité de travail suite à une infirmité ainsi qu'à des prestations de traitement curatif.

Ont droit à ces prestations:

- les personnes ayant une infirmité lourde, pour leur conjoint et leurs enfants ainsi que pour d'autres membres de leur famille;
- les bénéficiaires d'une majoration pour tierce personne, pour les tierces personnes qui s'occupent d'eux à titre bénévole;
- les ayants droit survivants.

Vous bénéficiez aussi de prestations visant la participation à la vie active qui vous aideront à pouvoir obtenir, retrouver ou maintenir une profession convenable. Une allocation de transition ou une indemnité de subsistance vous est servie tant que dure l'octroi des prestations au titre de la participation à la vie active (prestations au titre de l'aide aux victimes de guerre).

Des pensions sont servies aux personnes infirmes, veuves et veufs, partenaires enregistrés, orphelins, père et/ou mère. Le montant de la pension pour cause d'infirmité est fonction du degré de gravité constaté des suites du préjudice subi. La pension est attribuée à partir d'un degré de gravité de 25. Les prestations suivantes sont alors possibles:

- pension de base, dont le montant est fonction de la gravité des suites du préjudice subi; pour les personnes ayant une infirmité lourde, la pension de base est majorée à compter de 65ans;
- majoration pour personnes ayant une infirmité extrêmement lourde comportant six échelons;

- majoration pour tierce personne en cas d'incapacité à agir seul, également à six échelons;
- indemnité pour usure accélérée des vêtements et du linge;
- allocation accordée aux aveugles pour les dépenses afférentes au guidage par un tiers;
- compensation de préjudice professionnel destinée à compenser le manque à gagner subi par la personne ayant une infirmité parce qu'elle est désormais dans l'impossibilité totale ou partielle d'exercer la profession antérieurement exercée ou envisagée;
- pension de compensation et majoration pour conjoint versées aux personnes ayant une infirmité lourde pour leur permettre d'assurer leur subsistance, après prise en compte du revenu déduction faite de montants exempts de prise en compte;
- si les personnes infirmes décèdent des suites du préjudice subi, une pension de base est versée à leur conjoint et à leurs enfants survivants. Par ailleurs, une pension de compensation est octroyée aux ayants droit survivants pour leur permettre d'assurer leur subsistance. Le revenu disponible est pris en compte pour le calcul du montant de cette pension de compensation, déduction faite de montants exempts de prise en compte;
- si le revenu d'une veuve/d'un veuf, y compris les pensions de base et de compensation ainsi que la compensation pour tierce personne, est inférieur à la moitié du revenu qu'aurait perçu la victime en l'absence du préjudice, la veuve/le veuf a droit à une compensation de préjudice;
- si la personne infirme est décédée sans que cela soit des suites du préjudice subi, les ayants droit survivants peuvent bénéficier d'une allocation de veuf/veuve ou d'orphelin, sous réserve de remplir les conditions requises;
- les père et mère d'une personne infirme décédée des suites du préjudice subi reçoivent une pension d'ascendants s'ils sont indigents et ont atteint l'âge de 60 ans révolus ou sont en situation d'incapacité de gain. Le bénéfice de cette pension est également octroyé aux parents adoptifs, aux beaux-parents et aux parents d'accueil ainsi que, dans certaines conditions, aux grands-parents. Le revenu propre dont pourraient disposer les parents est pris en compte pour le calcul de la pension d'ascendants, déduction faite de certains montants exempts de prise en compte.

Prestations au titre de l'aide aux victimes de guerre

Peuvent également être octroyées des prestations complémentaires au titre de l'aide aux victimes de guerre, telles que:

- aide aux soins;
- aide au maintien de l'entretien du ménage;
- aide aux personnes âgées;
- aide à la convalescence;
- aides dans des circonstances particulières, telles que l'aide à l'insertion des personnes handicapées;
- prestations visant la participation à la vie active;
- aide complémentaire à la subsistance.

Les prestations au titre de l'aide aux victimes de guerre sont servies à titre subsidiaire et à titre de complément aux autres prestations versées en vertu de la Loi fédérale sur l'assistance aux victimes de guerre; de plus, elles sont servies au cas par cas en leur qualité d'aides spéciales. Elles sont systématiquement attribuées sous conditions de ressources et de fortune personnelle, à moins que le besoin résulte exclusivement du préjudice subi.

Législation

La base juridique de l'assistance et de l'aide aux victimes de guerre est la Loi fédérale sur l'assistance aux victimes de guerre (Bundesversorgungsgesetz, BVG).

Informations

Les organismes compétents pour l'assistance aux victimes de guerre sont les bureaux locaux de l'indemnisation sociale. C'est auprès d'eux que vous devez faire votre demande pour bénéficier des prestations. Mais vous pouvez également vous adresser aux administrations communales, à une institution des assurances sociales ou à une représentation officielle de la République fédérale d'Allemagne à l'étranger. Au cas où vous n'approuveriez pas leurs décisions, vous pouvez saisir gratuitement les tribunaux du contentieux social.

Sont compétentes en matière d'aide aux victimes de guerre les institutions locales et régionales chargées de l'aide aux victimes de guerre. Un recours en matière d'aide aux victimes de guerre est possible auprès des tribunaux administratifs.

Est compétente pour l'assistance et l'aide aux victimes de guerre servant dans l'armée allemande et à leurs survivants l'administration fédérale de la Défense. Les prestations peuvent être demandées auprès du «Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr» (Office fédéral de la gestion du personnel de la Bundeswehr).

Prestations en espèces au titre de l'assistance aux victimes de guerre (montants depuis le 1er juillet 2015)

Bénéficiaires / Prestations	GdS*	Prestation mensuelle en EUR
Allocation pour guide (prestation pour les aveugles)		164
Pension de base des personnes infirmes	30	138
	40	183
	50	253
	60	320
	70	444
	80	537
	90	645
	100	722
Majoration vieillesse de la pension de base	50, 60	28
	70, 80	35
	90, 100	43
Majoration pour personne ayant une infirmité extrêmement lourde	Échelon I	83
	Échelon II	172
	Échelon III	256
	Échelon IV	343
	Échelon V	427
	Échelon VI	515
Pension de compensation des personnes infirmes	50, 60	444
	70, 80	537
	90	645
	100	722
Majoration pour conjoint		80
Majoration pour tierce Personne	Échelon I	305
	Échelon II	521
	Échelon III	741
	Échelon IV	951
	Échelon V	1.235
	Échelon VI	1.519
Pension de base des veuves/veufs		435
Pension de compensation des veuves/veufs		479
Pension de base - orphelins de père ou de mère		122

- orphelins de père et de mère		229
Pension de compensation		
- orphelins de père ou de mère		215
- orphelins de père et de mère		299
Pension d'ascendants		
- pour deux parents		588
- pour un parent		410
Majoration (art. 51 al. 2 BVG)		
- pour deux parents		107
- pour un parent		80
Majoration (art. 51 al. 3 BVG)		
- pour deux parents		334
- pour un parent		242
Allocation pour frais funéraires		
- plein tarif		1.674
- demi-tarif		838
Forfait pour usure des vêtements		19 – 124**

*) Gravité des suites du préjudice subi

**) Le montant exact en EUR dépend du préjudice subi.

Victimes d'actes de violence

Prestations/conditions

Si vous avez été victime d'un acte de violence sur le territoire de la République fédérale d'Allemagne ou sur un navire ou un aéronef allemand et que votre santé en a subi un préjudice, vous bénéficiez d'une assistance de même étendue que celle d'une victime de guerre.

La brochure gratuite «Hilfe für Opfer von Gewalttaten» (Aide aux victimes d'actes de violence) (référence A 719) publiée par le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales fournit des informations détaillées à ce sujet.

Depuis la Deuxième loi modifiant la loi sur l'indemnisation des victimes d'actes de violence de 1993, ce régime d'indemnisation est étendu de manière adéquate aux autres étrangers séjournant légalement de façon durable en République fédérale. Dans leur cas, l'indemnisation est notamment fonction de la durée de leur séjour, c'est-à-dire de leur degré d'intégration. Font également l'objet d'une indemnisation les étrangers dont la présence sur le territoire de la République fédérale est à considérer comme légitime pour des raisons humanitaires ou pour des motifs sérieux d'intérêt général. Des dispositions pour les cas critiques sont prévues pour les touristes et visiteurs étrangers.

Depuis le 1er juillet 2009, les Allemands et les étrangers séjournant légalement en Allemagne qui sont victimes d'un acte de violence au cours d'un séjour de moins de six mois à l'étranger peuvent également bénéficier d'une indemnisation si l'acte a été perpétré après le 1er juillet 2009. Cette loi étant motivée par l'idée d'aide et non plus par la responsabilité particulière de l'État allemand, les victimes de ce type d'actes de violence bénéficient de prestations uniquement si l'auteur de l'acte ne verse pas d'indemnisation et si, au pays où l'acte a eu lieu, aucun autre système de protection n'intervient. Les victimes bénéficient d'un traitement curatif; les victimes ainsi que les ayants droit survivants bénéficient en outre de prestations financières sous forme de versement unique. Le Ministère du Travail et des Affaires sociales apporte son assistance pour la demande de prestations si l'acte a eu lieu dans un pays membre de l'Union européenne.

Législation

La Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes de violence (Opferentschädigungsgesetz, OEG) est entrée en vigueur le 16 mai 1976. En règle générale, elle ne s'applique qu'aux préjudices ayant pour cause des actes de violence commis après cette date. Les personnes ayant subi un préjudice entre le 23 mai 1949 et le 15 mai 1976 bénéficient d'une assistance dans certaines conditions et à titre de compensation pour les cas critiques.

Il existe aussi un délai pour les étrangers qui ne sont bénéficiaires de la couverture légale en matière d'indemnisation des actes de violence que depuis la promulgation de la Deuxième loi modifiant la loi sur l'indemnisation des victimes d'actes de violence de 1993. Ils ne bénéficient des prestations d'assistance que si l'acte de violence a eu lieu après le 30 juin 1990. Si l'acte de violence a été commis avant le 1er juillet 1990, le bénéfice des prestations d'assistance peut également être accordé à ces victimes à titre de compensation pour les cas critiques.

Informations

Les institutions compétentes sont les bureaux de l'indemnisation sociale. C'est auprès d'eux que vous devez faire votre demande de prestations. Toutefois, vous pouvez également vous adresser aux administrations communales, à une institution des assurances sociales ou à une représentation officielle de la République fédérale d'Allemagne à l'étranger.

Important:

Pour le cas où vous n'approuveriez pas les décisions prises par l'administration à votre égard, vous pouvez saisir gratuitement les tribunaux du contentieux social. La voie du recours administratif est possible si les prestations d'assistance accordées correspondent aux prestations de l'aide aux victimes de guerre.

Si vous avez été victime d'un acte de violence dans un autre pays membre de l'Union européenne, vous pouvez vous adresser au Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales. Celui-ci fait office d'autorité chargée de l'assistance au sens de la directive 2004/80/CE et transmet votre demande d'indemnisation à l'autorité compétente dans le pays où l'acte a été commis.

Vous trouverez de plus amples informations entre autres sur le site internet du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales.

À signaler: L'indemnisation des victimes du «Contergan» (médicament contenant du thalidomide) n'est pas régie par la législation relative à l'indemnisation sociale, mais par la Loi sur l'institution de la fondation Contergan pour personnes handicapées (Conterganstiftungsgesetz, ContStifG dans sa forme abrégée). Des informations à ce sujet sont disponibles auprès du Ministère fédéral de la Famille, des Personnes âgées, de la Femme et de la Jeunesse à l'adresse suivante: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Rochusstr. 8-10, 53123 Bonn ainsi qu'auprès du bureau de la fondation Contergan pour personnes handicapées.

Aide sociale

L'aide sociale protège de la pauvreté, de l'exclusion sociale et d'une charge particulière. Elle fournit des prestations aux personnes qui ne peuvent couvrir leurs besoins par leurs propres moyens et ne disposent pas de droits (suffisants) à des prestations servies par d'autres systèmes d'assurance et d'assistance intervenant en amont.

Principes de l'aide sociale

L'aide sociale a pour mission de «permettre aux bénéficiaires de mener une vie qui soit en accord avec la dignité de l'être humain» (art. 1 phrase 1 du Livre XII du Code social). En présence d'un revenu et d'un patrimoine insuffisant, l'aide sociale couvre le minimum vital décent nécessaire pour mener une existence acceptable. Face à d'autres charges telles qu'un handicap, une dépendance vis-à-vis de soins ou d'autres difficultés sociales particulières, l'aide sociale essaie d'apporter une compensation, en cas de besoin, en fournissant les prestations d'assistance nécessaires, avec pour objectif de permettre aux personnes touchées de participer à la vie au sein de la société avec le moins de restrictions possible.

L'un des objectifs centraux de l'aide sociale consiste à renforcer la capacité à se venir en aide soi-même:

La prestation doit «permettre (aux bénéficiaires) de vivre sans elle dans la mesure du possible; les ayants droit doivent aussi faire tout ce qui est en leur pouvoir pour y parvenir» (art. 1 phrase 2 du Livre XII du Code social). Il est également attendu des ayants droit et des organismes prestataires de l'aide sociale qu'ils coopèrent en vue d'atteindre ces objectifs.

Les caractéristiques fondamentales de l'octroi des prestations d'aide sociale sont les suivantes:

La brochure gratuite «Sozialhilfe und Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung» (Aide sociale et minimum de base individuel aux personnes âgées ou inaptes au travail) (référence A 207) fournit un aperçu du droit de l'aide sociale.

- Les prestations sont fonction des besoins personnels et prennent en compte, dans ce contexte, la circonstance, les souhaits et les facultés de l'ayant droit (art. 9 du Livre XII du Code social).
- L'aide sociale est une prestation servie à titre subsidiaire et n'est en général octroyée que lorsque toutes les autres possibilités ont été épuisées, dont le recours au revenu et au patrimoine de l'ayant droit et éventuellement à ceux des personnes tenues à l'obligation alimentaire à son égard, le recours au travail et les droits vis-à-vis de systèmes de protection intervenant en amont (art. 2 du Livre XII du Code social).
- L'aide sociale est servie sans qu'une demande préalable soit nécessaire, elle intervient dès lors que l'institution de l'aide sociale est informée que les conditions d'octroi sont réunies. Font exception à cette règle les prestations servies au titre du minimum de base garanti aux personnes âgées ou inaptes au travail en vertu du quatrième chapitre (art. 18 en liaison avec art. 41 du Livre XII du Code social). Les prestations sont octroyées sous forme de prestations de services, de prestations en espèces ou de prestations en nature, les prestations en espèces étant par principe prioritaires sur les prestations en nature (art. 10 du Livre XII du Code social).
- L'octroi des prestations ne se limite pas à une assistance financière, il englobe également un conseil, des mesures d'activation et d'autres formes d'assistance comme la préparation des prises de contact et l'accompagnement aux services sociaux (art. 11 du Livre XII du Code social).
- La préséance de l'aide à domicile sur l'aide en établissement est renforcée par différents règlements, notamment par le fait que la seconde est accordée uniquement sur examen des besoins, des autres possibilités existantes (notamment celles d'une aide à domicile) et des coûts, et également par le fait que la présomption de couverture des besoins en vertu de l'art. 39 du Livre XII du Code social prévoit explicitement des exceptions pour les femmes enceintes et les personnes handicapées ou dépendantes.

Evolution de l'aide sociale vers une loi autonome sur fond de mutations sociales

Lorsque la Loi fédérale sur l'aide sociale (Bundessozialhilfegesetz) est entrée en vigueur en 1962, son objectif était d'offrir une assistance à certaines catégories de personnes se trouvant passagèrement dans des situations de détresse, dont les personnes âgées ayant de petites retraites. Si la pauvreté des personnes âgées recula nettement au cours des années suivantes, d'autres problèmes apparurent et s'accrochèrent dans d'autres domaines:

- la forte hausse du chômage au cours des décennies qui ont suivi l'introduction de la Loi fédérale sur l'aide sociale: les chômeurs de longue durée, les travailleurs étrangers peu qualifiés, les jeunes chômeurs sans droit à des prestations sociales eurent de plus en plus besoin d'une aide à la subsistance;
- les changements au sein de la cellule familiale: pour de nombreuses personnes élevant seules leurs enfants, l'aide à la subsistance compense des pensions alimentaires insuffisantes;
- les migrants, une nouvelle catégorie de bénéficiaires: demandeurs d'asile, réfugiés de guerres civiles, rapatriés (tardifs), étrangers au chômage;
- l'évolution démographique: augmentation du nombre de personnes dépendantes tributaires de l'aide en cas de dépendance;
- l'augmentation du nombre de personnes souffrant d'un handicap.

À cette évolution des situations de détresse exigeant des prestations d'aide sociale, le législateur a réagi d'une part par plusieurs réformes de la Loi fédérale sur l'aide sociale visant à adapter celle-ci aux changements dans la société, et d'autre part par toute une série de lois retirant de l'aide sociale les prestations servies à certaines catégories de personnes et en présence de charges données:

- 1993 – la Loi portant sur les prestations aux demandeurs d'asile (Asylbewerberleistungsgesetz)
- 1995 – la Loi sur l'assurance dépendance (Pflegeversicherungsgesetz)
- 2001 – avec le Livre IX du Code social, les organismes prestataires de l'aide sociale ont été explicitement admis parmi les institutions de réadaptation en 2001 la loi n'avait toutefois pas eu pour objectif d'établir une loi prévoyant des prestations à part ni de soulager l'aide sociale.
- 2003 – la Loi sur le minimum de base individuel garanti sous condition de ressources aux personnes âgées ou inaptes au travail (Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, GSIG) couvrant les personnes de plus de 65 ans et à celles en incapacité totale de gain ayant entre 18 et 64 ans
- 31 décembre 2004 – abrogation de la Loi fédérale sur l'aide sociale (Bundessozialhilfegesetz, BSHG) et de l'assistance-chômage (partie du Livre III du Code social)
- 2005 – le minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi en vertu du Livre II du Code social
- 2005 – l'aide sociale en vertu du Livre XII du Code social
- 2005 – la Loi sur le minimum de base individuel garanti sous condition de ressources aux personnes âgées ou inaptes au travail (Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, GSIG) est intégrée à l'aide sociale sous forme de prestation servie en amont, en constituant le quatrième chapitre.

Depuis 2005, une particularité doit être prise en compte pour les prestations visant une assurance de la subsistance en cas de besoin. Se côtoient ici les prestations de l'aide sociale en vertu du Livre XII du Code social prévues à cet effet et les prestations de subsistance du minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi en vertu du Livre II du Code social, qui s'adressent aux personnes en capacité de gain et à la recherche d'un emploi de 15 ans à la limite d'âge normale. Quelle personne dans le besoin a droit à des prestations en vertu de quel livre du Code social dépend du fait que la personne soit en capacité de gain ou non. La distinction tient donc à la «capacité de gain» d'une part (prestations en vertu du Livre II du Code social) et à la «diminution totale de la capacité de gain» d'autre part (prestations en vertu du Livre XII du Code social).

À l'instar de l'aide sociale, le minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi englobe des prestations de services, des prestations en espèces et des prestations en nature. Celles-ci tiennent également compte de la situation personnelle de l'ayant droit. Remédier à la situation par une insertion sur le marché du travail (en ayant recours aux instruments de l'encouragement au travail) ou une mesure d'emploi avec indemnisation des frais supplémentaires encourus constitue le principe directeur de cette prestation. Si elles ne bénéficient pas d'une autre protection, les personnes entre 15 ans et la limite d'âge normale aptes au travail et se trouvant dans le besoin touchent «l'allocation de chômage II» pour assurer leur subsistance (art. 19 du Livre II du Code social); en présence de personnes inaptes au travail dans leur ménage, ces dernières ont droit à l'allocation sociale (art. 23 du Livre II du Code social). Le bénéfice de prestations au titre de l'aide à la subsistance en vertu du troisième chapitre du Livre XII du code social est par principe exclu pour ce groupe de personnes (art. 21 du Livre XII du code social). Ces deux types de prestation équivalent, de par leur montant et leur structure, à l'aide à la subsistance en vertu du Livre XII du Code social, à ceci près qu'elles sont octroyées uniquement sur demande (art. 37 du Livre II du Code social). Depuis la Loi visant un calcul des taux normaux et portant réforme des Livres II et XII du Code social (Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch) promulguée le 29 mars 2011, les taux normaux sont calculés d'une nouvelle manière. Ils sont calculés sur la base des données de consommation des tranches inférieures de revenus. Cette mesure a aussi permis d'assurer qu'ils soient calculés dans le respect de la constitution.

Afin de rendre compte d'un arrêt de la Cour constitutionnelle fédérale, les taux normaux pour les enfants et les jeunes gens, qui déterminent le montant des prestations forfaitaires du minimum vital, sont maintenant calculés directement et selon des catégories d'âge.

Classification des prestations d'aide sociale

L'aide sociale couvre les domaines suivants:

- aide à la subsistance (articles 27 à 40);
- minimum de base individuel aux personnes âgées ou inaptes au travail (articles 41 à 46a);
- aides pour les soins de santé (articles 47 à 52);
- aide à l'intégration des personnes handicapées (articles 53 à 60);
- aide en cas de dépendance (articles 61 à 66);
- aide destinée à surmonter des difficultés sociales graves (articles 67 à 69);
- aide dans d'autres circonstances (articles 70 à 74)

ainsi que le conseil et l'assistance les flanquant.

Présentation des chapitres du Livre XII correspondant à ces domaines (grandes lignes)

Troisième chapitre: aide à la subsistance (articles 27 à 40 du Livre XII)

L'aide à la subsistance est principalement servie aux personnes vivant dans des ménages privés, les partenaires vivant ensemble ainsi que les enfants mineurs vivant sous ce toit étant considérés comme une communauté solidaire. La subsistance nécessaire en vertu de l'article 27a du Livre XII du Code social englobe «notamment l'alimentation, le logement, l'habillement, l'hygiène corporelle, l'équipement domestique, le chauffage et les besoins personnels de la vie courante». En font aussi partie «dans des limites raisonnables, les relations avec l'environnement et une participation à la vie culturelle.» Cette définition montre clairement que l'aide sociale ne se limite pas seulement aux moyens de subsistance nécessaires du point de vue physique mais englobe également un minimum vital décent permettant une participation à la vie de la société.

L'aide à la subsistance est servie en premier lieu sous forme de prestation en espèces. Une fois que le besoin a été déterminé, le revenu et le patrimoine (en vertu du onzième chapitre) sont pris en compte. Le besoin en aide à la subsistance se décompose comme suit:

- Des catégories de taux normaux (RBS) sont en vigueur depuis le 1er janvier 2011; les montants en EUR indiqués ci-après sont d'application depuis le 1er janvier 2018:
 - Taux normal de catégorie 1 (RBS 1; 416 EUR):
Il est accordé à chaque adulte ayant droit aux prestations qui vit dans un logement sans conjoint,
sans partenaire et pas non plus dans une communauté assimilée à un mariage ou à un partenariat.
 - Taux normal de catégorie 2 (RBS 2; 374 EUR):
Il s'applique à chacun des deux adultes ayant droit aux prestations qui vivent en tant que conjoints,
partenaires ou en une communauté assimilée à un mariage ou à un partenariat enregistré, dans un logement commun.
 - Taux normal de catégorie 3 (RBS 3; 332 EUR):
Il est accordé à un adulte ayant droit aux prestations qui vit en établissement.
 - Taux normal de catégorie 4 (RBS 4; 314 EUR):
Il est accordé à un jeune ayant droit aux prestations de 14 ans révolus à moins de 18 ans.
 - Taux normal de catégorie 5 (RBS 5; 296 EUR):
Il est consenti à un enfant ayant droit aux prestations de 6 ans révolus à moins de 14 ans.
 - Taux normal de catégorie 6 (RBS 6; 240 EUR):
Il est consenti à un enfant jusqu'à ses 6 ans ayant droit aux prestations.
- Les taux pour éducation et participation destinés aux enfants et aux jeunes assurent leur minimum vital humainement digne ainsi que celui des écoliers et des écolières dans le domaine de la participation à la vie sociale. Ces taux sont reconnus auprès du taux normal comme taux à part entière, leur objectif étant d'avoir une meilleure intégration à la société des enfants et des jeunes dans le besoin, par le biais de prestations ciblées.
- Le logement à raison d'un loyer raisonnable; si celui-ci est estimé être «d'un montant inapproprié», il est couvert tant qu'un déménagement dans un logement moins cher n'est pas possible ou inacceptable (6 mois maximum en règle générale) (art. 35 du Livre XII).
- Le chauffage à raison des frais véritablement encourus, dans la mesure où ils sont appropriés. Des prestations au titre de la génération centrale d'eau chaude sont maintenant octroyées à raison des coûts encourus; un forfait eau chaude n'est plus déduit du taux normal. Si l'eau chaude est générée par des dispositifs installés dans le logement (génération décentralisée d'eau chaude sous forme de ballon par exemple), un besoin supplémentaire est reconnu (art. 30 al. 7 du Livre XII).
- Les arriérés de loyer doivent également être pris en charge pour éviter les pertes de logement (art. 36 du Livre XII).

- La forfaitisation des frais de logement et de chauffage est permise aux organismes prestataires de l'aide sociale dans des conditions données.
- Des besoins supplémentaires qui ne sont pas couverts par le taux normal sont pris en charge dans des situations et des circonstances données dans la mesure où les conditions personnelles sont réunies. Des besoins supplémentaires sont notamment reconnus pour les ayants droit détenteurs d'une carte de personne gravement handicapée avec la mention G, les femmes enceintes, les personnes assurant seules l'éducation d'enfants et en présence d'une génération décentralisée d'eau chaude.
- Des prestations uniques sont octroyées pour le premier équipement du ménage, pour le premier équipement en habillement (y compris besoins particuliers pour la grossesse et la naissance) et pour l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques, la réparation d'appareils et d'équipements thérapeutiques ainsi que la location d'appareils thérapeutiques (art. 31 du Livre XII). Les besoins particuliers compris dans le taux normal, mais considérés dans certains cas comme indispensables sont à octroyer sous forme de prêt (art. 37 du Livre XII).
- Les cotisations à l'assurance maladie et à l'assurance dépendance peuvent également être prises en charge, ainsi que les cotisations à l'épargne retraite individuelle (articles 32 et 33 du Livre XII).

Les taux normaux et les prestations uniques sont conçus sous forme de prestations forfaitaires. Les autres composantes sont en général prises en charge à raison des montants encourus. Les autres besoins particuliers compris dans le taux normal, mais considérés dans certains cas comme indispensables, ne peuvent plus être fournis sous forme de «prestations uniques» et sont à octroyer uniquement sous forme de prêt qui devra déjà être remboursé pendant la période de perception de l'aide à la subsistance.

L'aide à la subsistance est également octroyée aux personnes vivant en établissement. Elle englobe alors, en plus des prestations en nature de l'établissement, l'habillement et un montant en espèces pour les dépenses personnelles qui est de 27% du taux normal de catégorie 1 pour les adultes (art. 27b du Livre XII).

Les Allemands vivant à l'étranger ne peuvent plus percevoir l'aide à la subsistance que s'ils se trouvent dans une «situation de détresse exceptionnelle» et qu'un retour n'est pas possible pour des raisons données (art. 24 du Livre XII).

Le bouquet éducation

Le bouquet éducation (besoins pour éducation et participation) pour écoliers et écolières qui fréquentent un établissement d'enseignement général ou professionnel englobe les prestations suivantes:

- frais encourus pour excursions d'une journée des écoles ou des établissements d'accueil,
- prestations pour voyages de plusieurs jours des écoles ou des établissements d'accueil,
- prestations pour fournitures scolaires à raison de 70 EUR pour le premier semestre et 30 EUR pour le second semestre,
- coûts du transport scolaire dans la mesure où ils sont nécessaires et ne sont pas pris en charge par des tiers,
- coûts d'un encouragement à l'apprentissage suivant le programme scolaire dans certaines conditions,
- coûts supplémentaires pour un repas de midi pris en collectivité dans les écoles ou les établissements d'accueil et
- un budget participation mensuel de 10 EUR pour la participation à la vie sociale et culturelle.

Quatrième chapitre: minimum de base individuel aux personnes âgées ou inaptes au travail (articles 41 à 46b du Livre XII)

En vertu du quatrième chapitre, les personnes ayant atteint la limite d'âge normale ainsi que les personnes de plus de 18 ans ayant une diminution totale de leur capacité de gain qui soit durable et uniquement pour des raisons médicales et ayant leur résidence habituelle en République fédérale d'Allemagne ont droit aux prestations servies au titre du minimum de base servi aux personnes âgées ou inaptes au travail si elles sont dans le besoin. Les prestations sont calculées de la même manière que pour l'aide à la subsistance en dehors d'un établissement (troisième chapitre), à ceci près qu'une demande doit être déposée. Elles sont en règle générale accordées pour un an. Le revenu (pensions par exemple) ou le patrimoine de l'ayant droit, de son conjoint ou partenaire s'ils ne sont pas séparés ou de la personne avec lequel il vit maritalement est pris en compte comme pour l'aide sociale, mais il n'est pas prévu de recours aux ressources des enfants et parents soumis à l'obligation alimentaire lorsque le revenu annuel de ces enfants ou parents ne dépasse pas 100.000 EUR.

De surcroît, il n'y a pas application de la présomption selon laquelle des ayants-droits vivant dans le même ménage que des parents directs ou par alliance bénéficient de ce fait de prestations de subsistance de la part de ceux-ci. Les prestations véritablement perçues sont fonction des besoins, comme pour l'aide à la subsistance. Pour le reste, il y a essentiellement application des mêmes dispositions que pour l'aide à la subsistance.

Informations

Pour de plus amples informations, adressez-vous aux organismes de l'aide sociale et aux institutions de l'assurance pension légale, tant pour les assurés à ce régime que – sur demande – pour les non assurés ayant droit à la prestation.

Cinquième chapitre: aides pour les soins de santé (articles 47 à 52 du Livre XII du Code social)

Les prestations des aides pour les soins de santé correspondent à celles du régime légal d'assurance maladie. En ce sens, les bénéficiaires de l'aide sociale sans assurance maladie ont droit aux mêmes prestations en cas de maladie que les assurés au régime légal. En règle générale, les caisses légales d'assurance maladie prennent en charge le traitement des bénéficiaires de l'aide sociale non assurés au régime légal contre remboursement des coûts. Les bénéficiaires de l'aide sociale non affiliés au régime légal d'assurance maladie choisissent une caisse d'assurance maladie dans le domaine de compétence de l'institution de l'aide sociale.

Cette caisse d'assurance maladie délivre au bénéficiaire de l'aide sociale une carte d'assuré maladie lui permettant de bénéficier des prestations nécessaires. Après des médecins et des autres organismes prestataires de soins de santé, la personne fait figure d'assurée légale sans être affiliée à une assurance maladie.

Le bureau d'aide sociale compétent rembourse les frais encourus en cas de maladie à la caisse d'assurance maladie, dans le cadre des aides en cas de maladie. L'assimilation aux assurés légaux des bénéficiaires de l'aide sociale non affiliés au régime légal de l'assurance maladie fait que ces derniers sont aussi soumis, dans le cadre des plafonds de sollicitation pécuniaire, à la participation aux frais prévue par le droit de l'assurance maladie.

Sixième chapitre: aide à l'intégration des personnes handicapées (articles 53 à 60 du Livre XII du Code social)

Bénéficiaire de l'aide à l'intégration en vertu du Livre XII du Code social les personnes souffrant d'un handicap physique, moral ou psychique ou menacées par un tel handicap dont la capacité à participer à la vie de la société est fortement limitée. La mission de l'aide à l'intégration consiste à prévenir une menace de handicap ou à éviter un handicap ou ses suites et à intégrer ces personnes à la société. Les prestations servies au titre de l'aide à l'intégration des personnes handicapées sont pour certaines servies indépendamment du revenu et du patrimoine. Les détails en sont prévus par l'art. 92 du Livre XII du Code social.

Les prestations de l'aide à l'intégration sont accordées uniquement si les prestations ne sont pas octroyées par un autre organisme débiteur en amont comme par exemple l'assurance maladie, l'assurance pension ou l'Agence pour l'emploi.

Les prestations de l'aide à l'intégration englobent:

- des prestations de réadaptation médicale, celles-ci correspondant aux prestations de réadaptation de l'assurance maladie légale;
- des prestations visant la participation à la vie active. Celles-ci comprennent des prestations dans le domaine des ateliers pour personnes handicapées reconnus, des prestations auprès d'autres fournisseurs de prestations ainsi que des prestations chez des employeurs publics et privés (budget emploi facilitant l'accès au marché général du travail);
- des prestations visant la participation à la vie dans la communauté. Celles-ci englobent entre autres des aides visant à promouvoir la communication avec l'entourage (prise en charge d'un interprète en langage des signes par exemple), des aides pour l'obtention, l'aménagement, l'équipement et la conservation d'un logement adapté, des aides visant une vie autonome dans des logements où une certaine assistance et prise en charge sont offertes (communautés par exemple) et des aides visant la participation à la vie sociale et culturelle (prise en charge des frais pour rendre visite à des amis ou du coût d'une manifestation culturelle). Les prestations visant la participation à la vie de la communauté englobent également des mesures de pédagogie thérapeutique pour les enfants en âge préscolaire (mesures d'encouragement dans le cadre de la prise en charge dans une garderie par exemple) ainsi qu'une aide en vue d'une éducation scolaire adaptée, en vue d'une formation scolaire à une profession adaptée et en vue d'une formation à une autre activité adaptée.

Les prestations de l'aide à l'intégration sont servies sous forme de «budget personnel» à la demande de l'ayant droit.

Septième chapitre: aide en cas de dépendance (§§ 61 – 66 SGB XII)

Le montant des prestations d'assurance servies en vertu du Livre XI du Code social étant limité à un plafond fixé par la loi (système d'octroi de prestations partielles), il est tout à fait possible qu'existe encore un besoin allant au-delà de ce plafond, même après l'introduction de la nouvelle notion de dépendance vis-à-vis des soins du Livre XI et après l'amélioration nette des prestations servies au titre de l'assurance dépendance. Pour les personnes ne disposant pas des moyens financiers nécessaires, ce besoin résiduel est couvert par l'aide en cas de dépendance dans le cadre de l'aide sociale.

La nouvelle notion de dépendance vis-à-vis des soins a été introduite dans le Livre XII du Code social au 1er janvier 2017 de la même manière qu'elle l'a été dans le Livre XI afin de pouvoir continuer, à l'avenir, à assurer des soins adaptés aux personnes financièrement dans le besoin en cas de dépendance.

L'introduction de la nouvelle notion de dépendance vis-à-vis des soins prend le degré de dégradation de l'autonomie ou des facultés, en raison d'une mauvaise santé, comme critère pour la classification dans l'un des cinq degrés de dépendance. Par rapport à la définition du Livre XI du Code social, cette notion de dépendance vis-à-vis des soins est plus large dans la mesure où la dépendance n'a pas besoin de subsister pour une durée probable d'au moins six mois.

Des prestations au titre de l'aide en cas de dépendance sont donc attribuées en cas d'absence des moyens financiers nécessaires

- aux personnes ayant besoin de soins qui ne sont pas assurées au titre de l'assurance dépendance sociale;
- dans les cas où la dépendance vis-à-vis des soins ne subsiste probablement pas pour au moins six mois et que des prestations ne sont de ce fait pas accordées par l'assurance dépendance;
- dans les cas où les besoins en soins ne sont pas assurés par les prestations plafonnées de l'assurance dépendance.

Les prestations de l'aide en cas de dépendance correspondent en large mesure aux types de prestations de l'assurance dépendance. Par rapport à l'ancien droit de l'aide en cas de dépendance, ce sont surtout des prestations d'assistance qui viennent élargir les prestations.

Par principe, seules les personnes exigeant des soins ayant un degré de dépendance de 2 à 5 perçoivent les prestations de l'aide en cas de dépendance. Les personnes dépendantes ayant le degré de dépendance 1 ont droit (seulement) à des équipements nécessaires et à des mesures d'amélioration de leur logement en raison du faible degré de leurs troubles. Leur est également octroyé un montant mensuel de 125 EUR maximum afin de réduire leurs charges (dit allocation de soutien).

Autre différence par rapport à l'ancienne notion de dépendance, la nouvelle notion englobe également les troubles cognitifs et psychiques. Ceux-ci doivent aussi être flanqués de prestations dans le cadre de l'aide en cas de dépendance. Les personnes ayant un degré de dépendance compris entre 2 et 5 ont donc tout particulièrement droit aux prestations d'assistance supplémentaires qui, avant l'introduction de la nouvelle notion de dépendance, étaient réservées aux personnes assurées obligatoirement à l'assurance dépendance sociale à titre de prestations supplémentaires.

Huitième chapitre: aide destinée à surmonter des difficultés sociales graves (articles 67 à 69 du Livre XII du Code social)

L'aide destinée à surmonter des difficultés sociales graves s'adresse à des personnes dont les difficultés particulièrement grandes sont liées à des difficultés sociales. Entrent notamment dans cette catégorie les personnes risquant de perdre leur logement et confrontées aux autres problèmes graves liés à cette éventuelle perte.

Neuvième chapitre: aide dans d'autres circonstances (articles 70 à 74 du Livre XII du Code social)

Le neuvième chapitre couvre des prestations variées: aide permettant d'assurer la tenue du ménage (art. 70), aide aux personnes âgées (art. 71), aide aux aveugles (art. 72), frais de sépulture (art. 74) et, comme générique l'aide dans d'autres circonstances (art. 73).

Autres dispositions

Les autres chapitres du Livre XII du Code social sont consacrés aux règlements suivants:

- Dixième chapitre: institutions et services (articles 75 à 81 du Livre XII)
- Onzième chapitre: prise en compte du revenu et du patrimoine; transfert de droits (articles 82 à 96 du Livre XII)

- Douzième chapitre: compétences (articles 97 à 101 du Livre XII)
- Treizième chapitre: indemnisation et remboursement des frais (articles 102 à 115 du Livre XII)
- Quatorzième chapitre: dispositions de procédure (articles 116 à 120 du Livre XII)
- Quinzième chapitre: statistiques (articles 121 à 129 du Livre XII)
- Seizième chapitre: dispositions transitoires et finales.

Remarques sur les dispositions relatives à la prise en compte du revenu:

Les bénéficiaires de l'aide à la subsistance ou du minimum de base servi aux personnes âgées ou inaptes au travail peuvent garder pour eux 30% du revenu issu d'une activité indépendante ou non indépendante, toutefois à concurrence de 50% du taux normal de catégorie 1 en vertu de l'annexe à l'article 28 du Livre XII du Code social (208 EUR en 2018).

Pour les personnes employées dans des ateliers pour personnes handicapées, le montant non pris en compte pour le revenu issu d'une activité indépendante ou non indépendante s'élève à un huitième du taux normal de catégorie 1 plus 50% de la rémunération le dépassant. La Loi fédérale visant à promouvoir la participation et l'autonomie des personnes handicapées (Bundesteilhabegesetz, BTHG) a fait passer ce montant non pris en compte de 25% à 50% au 1er janvier 2017.

L'allocation de promotion du travail en vertu de l'art. 59 al. 2 du Livre IX du Code social n'est généralement pas prise en compte, et pas seulement en cas d'aide à la réadaptation en établissement. Elle est également passée de 26 à 52 EUR par mois. Cette augmentation bénéficie à toutes les personnes employées dans des ateliers pour personnes handicapées, même à celles qui, en plus de leur rémunération, perçoivent une pension pour diminution totale de leur capacité de gain et ne sont donc (plus) tributaires de prestations complémentaires du minimum garanti.

Un nouveau montant non pris en compte a été créé au 1er janvier 2018 pour une épargne retraite individuelle complémentaire – notamment une épargne retraite d'entreprise et une épargne retraite privée comme la retraite Riester ou la retraite Rürup – dans le minimum de base servi aux personnes âgées ou inaptes au travail. Entrent par principe dans le montant non pris en compte les revenus qui sont versés sous forme de prestations mensuelles jusqu'au décès. Le montant non pris en compte prévoit pour cela un montant de base de 100 EUR plus 30% de la pension complémentaire dépassant ce montant, ceci à concurrence de 208 EUR actuellement (50% du taux normal de catégorie 1 en 2018). Pour le cas où un ayant droit a des rémunérations ou des revenus non imposables en vertu de l'art. 3 numéro 12, 26, 26a ou 26b de la Loi sur l'impôt sur le revenu (pour des représentations communales ou une activité de moniteur par exemple), c'est un montant mensuel allant jusqu'à 200 EUR qui ne sera pas pris en compte comme revenu.

Cela s'applique par principe à toutes les prestations qui sont servies tous les mois jusqu'au décès du bénéficiaire et résultent d'une action volontaire destinée à réduire les besoins une fois l'âge de départ à la retraite atteint.

Sont exclus de ce montant non pris en compte tous les revenus que l'ayant droit perçoit pour des périodes d'affiliation obligatoire au régime légal de l'assurance pension et d'autres régimes obligatoires d'assurance comparables ainsi que pour le régime de retraite des fonctionnaires.

Aux bénéficiaires de prestations d'aide à l'intégration s'applique aussi un montant non pris en charge pour les revenus issus du travail (à l'heure actuelle jusqu'à environ 270 EUR par mois, 40% du revenu brut non ajusté, plafonné à 65% du taux normal de la catégorie 1). Les personnes ayant une activité professionnelle qui bénéficient aussi de l'aide en cas de dépendance profitent elles aussi, dans le cadre de la prise en compte au titre du Livre XII du Code social, de l'introduction de cette somme déductible (abattement) pour les revenus issus de leur propre travail (à l'heure actuelle jusqu'à environ 270 EUR par mois, 40% du revenu brut, plafonné à 65% du taux normal de la catégorie 1). Les personnes handicapées et les personnes dépendantes qui remplissent les conditions personnelles pour bénéficier des

prestations de l'aide à l'intégration et/ou de l'aide en cas de dépendance peuvent donc, à l'avenir, déduire une part forfaitaire du revenu issu de leur travail.

Pour les prestations servies au titre du cinquième et du neuvième chapitre, le Livre XII a en outre un plafond de revenu d'un montant correspondant au double du taux normal de catégorie 1 plus 70% de ce même taux normal pour les autres membres de la famille et les frais de logement.

Les droits en vertu de l'obligation alimentaire d'une personne handicapée ou dépendante adulte sont transférés (à quelques exceptions près) à l'organisme prestataire de l'aide sociale sous forme forfaitaire, ceci à raison d'un montant maximum de 32,75 EUR pour des prestations d'aide à l'intégration des personnes handicapées et d'aide en cas de dépendance et d'un montant maximum de 25,19 EUR pour des prestations de subsistance. Les montants sont déterminés par les Länder. Les prestations octroyées au titre du minimum de base aux personnes âgées ou inaptes au travail ne sont en règle générale pas soumises à un recours.

L'aide sociale étant une prestation à caractère subsidiaire, ses bénéficiaires doivent faire appel au patrimoine dont ils disposent. Ici, le législateur a prévu quelques exceptions pour la prise en compte de ce patrimoine, à savoir par exemple un terrain bâti et une petite somme en espèces de 5.000 EUR à l'heure actuelle.

Les personnes bénéficiant de l'aide à l'intégration ont droit à un abattement supplémentaire de 25.000 EUR sur leur patrimoine afin de leur assurer un niveau de vie et une protection vieillesse adaptés.

Ceci s'applique aussi aux bénéficiaires de l'aide en cas de dépendance, dans la mesure où ce patrimoine a pour origine, en totalité ou en majeure partie, le revenu issu du travail de la personne dépendante pendant la perception de la prestation.

Allocation de logement

Un bon logement est cher, trop cher même pour certaines personnes. C'est la raison pour laquelle existe l'allocation de logement.

L'allocation de logement constitue une subvention de l'État aux dépenses de logement destinée aux citoyennes et citoyens à faible revenu. L'objectif est de permettre l'accès à un logement convenable et adapté aux familles. L'allocation de logement est attribuée tant aux personnes qui louent un appartement au titre d'une allocation pour dépenses locatives qu'aux propriétaires au titre d'une allocation pour charges de propriétaire, pourvu qu'ils occupent ce logement eux-mêmes. Pour bénéficier de l'allocation de logement, il convient d'en faire la demande et de remplir les conditions d'un octroi.

Prestations/conditions

L'allocation pour dépenses locatives est servie aux personnes suivantes:

- locataires d'un appartement ou d'une chambre;
- sous-locataires;
- personnes occupant un logement de coopérative ou un logement mis à disposition par une fondation;
- titulaires d'un droit de jouissance à caractère de bail, en particulier titulaires d'un droit permanent d'habitation à caractère de bail;
- propriétaires d'un immeuble comptant trois appartements ou plus et qui habitent dans l'un d'eux;
- résidents d'un foyer, s'ils utilisent ce logement eux-mêmes.

L'allocation pour charges de propriétaire est servie aux personnes suivantes:

- propriétaires d'un immeuble (comprenant deux appartements maximum);
- propriétaires d'un appartement;
- bénéficiaires d'un viager;
- détenteurs d'un droit permanent d'habitation à caractère de propriété, d'un droit à un appartement ou d'un droit de jouissance;
- personnes ayant droit à un octroi ou à un transfert de l'un des droits susmentionnés, s'ils utilisent ce logement eux-mêmes.

Exclusion de l'allocation de logement

Ne perçoivent pas l'allocation de logement les bénéficiaires:

- de prestations au titre de l'allocation de chômage II et de l'allocation sociale en vertu du Livre II du Code social (SGB II);
- de l'allocation de transition d'un montant égal à l'allocation de chômage II en vertu de l'art. 21 al. 4 1ère phrase du Livre VI du Code social (SGB VI);
- d'indemnités d'accident d'un montant égal à l'allocation de chômage II en vertu de l'art. 47 al. 2 du Livre VII du Code social (SGB VII);
- de prestations au titre du minimum de base garanti aux personnes âgées ou inaptes au travail en vertu du Livre XII du Code social (SGB XII);
- de prestations au titre de l'aide à la subsistance en vertu du Livre XII du Code social (SGB XII);
- de prestations au titre de l'aide complémentaire à la subsistance ou d'autres aides en établissement en vertu de la Loi fédérale sur l'assistance aux victimes de guerre (Bundesversorgungsgesetz) ou d'une autre loi les déclarant applicables;
- de prestations servies dans des cas particuliers et de prestations de base en vertu de la Loi portant sur les prestations aux demandeurs d'asile (Asylbewerberleistungsgesetz);
- de prestations en vertu du Livre VIII du Code social (SGB VIII) dans les foyers composés uniquement de bénéficiaires desdites prestations,

ainsi que les membres de la famille pris en compte pour le calcul de ces prestations, si les coûts du logement étaient compris.

Il n'y a toutefois pas exclusion de l'allocation de logement si cette allocation permet d'éviter qu'une personne ne soit dans le besoin ou permet de l'en sortir et si l'une des prestations énoncées ci-avant n'a pas encore été octroyée ou bien si elle est octroyée, mais tout en intervenant en aval de l'allocation de logement.

Droit légitime

L'allocation de logement n'est pas une aumône de l'État. Quiconque répond aux conditions a un droit à l'allocation de logement fondé sur la loi.

Conditions d'octroi

L'octroi et le montant de l'allocation de logement sont subordonnés:

- au nombre de membres du ménage devant être pris en compte (il s'agit essentiellement du bénéficiaire de l'allocation de logement, de son conjoint, son concubin, de son partenaire au sein d'une quelconque forme de cohabitation informelle avec présomption de responsabilité et de garantie mutuelles, des parents et des enfants - y compris enfants accueillis, et des membres de la famille ainsi que des beaux-frères et belles-sœurs);
- au montant du loyer susceptible d'être pris en compte aux fins de l'allocation ou au montant des charges de propriétaire occasionnées par le logement, sachant que ce loyer et ces charges de propriétaire ne sont pris en compte qu'à concurrence de certains plafonds en fonction du nombre de membres du ménage et de la catégorie de loyer à prendre en considération et
- aux ressources mensuelles totales de tous les membres du foyer à prendre en compte.

C'est avant tout aux membres du foyer à prendre en compte qu'il incombe d'informer les bureaux d'allocation au logement sur les critères déterminants pour l'octroi de l'allocation au logement.

Calcul des ressources totales

Le calcul des revenus pour l'allocation de logement est déterminé en fonction des dispositions prévues par le droit relatif à l'impôt sur le revenu. En d'autres termes, entrent en ligne de compte les ressources positives assujetties à l'impôt au sens de l'art. 2 al. 1 et 2 de la Loi sur l'impôt sur le revenu (Einkommensteuergesetz, EstG), toutefois complétées par une série de ressources non assujetties à l'impôt et devant être prises en compte.

Les ressources totales devant être prises en compte sont constituées de la somme des ressources annuelles de tous les membres du foyer, déduction faite de certains abattements fiscaux et cotisations sociales et de montants exonérés pour certains groupes de personnes (membres du foyer gravement handicapés par exemple). Des justificatifs de ressources doivent être produits.

Sont considérées comme ressources annuelles les ressources attendues pour la période d'octroi au moment du dépôt de la demande.

Plafonds de ressources relatifs à l'allocation de logement

L'aperçu suivant montre à titre d'orientation les plafonds pour les ressources totales mensuelles fixés sur la base du nombre de membres du ménage entrant en ligne de compte (jusqu'au montant maximum en euros) au-delà desquels le droit à une allocation de logement n'existe plus.

Nombre de membres du ménage entrant en ligne de compte	Plafonds pour les ressources totales mensuelles en EUR conformément à la formule d'allocation de logement pour les logements dans les communes aux catégories de loyers ci-après					
	I	II	III	IV	V	VI
1	855	892	923	955	986	1010
2	1166	1216	1262	1307	1350	1384
3	1427	1483	1534	1585	1635	1672
4	1909	1970	2023	2075	2127	2166
5	2177	2244	2304	2362	2419	2461

Que devez-vous faire?

Si vous voulez toucher une allocation de logement, vous devez en faire la demande auprès du bureau des allocations de logement de votre commune, ville, groupement intercommunal ou district et justifier des conditions requises. Les formulaires sont disponibles notamment auprès du bureau des allocations de logement de votre commune ou, le cas échéant, sur le site internet de l'administration de votre commune.

Informations

Les agents des services locaux de l'allocation de logement sont tenus de vous informer de vos droits et obligations en vertu de la Loi sur l'allocation de logement.

Pour de plus amples informations sur le droit relatif à l'allocation de logement, consultez le site Internet du Ministère fédéral de l'Environnement, de la Protection de la nature, de la Construction et de la Sécurité nucléaire.

Période d'octroi

L'allocation de logement est en règle générale octroyée pour de 12 mois. Cette période peut toutefois être plus longue ou plus courte. L'allocation de logement est octroyée au plus tôt à compter du mois au cours duquel la demande a été déposée auprès du bureau des allocations de logement. Pensez-y au moment de faire votre demande.

Pour continuer de percevoir l'allocation de logement au-delà de la période d'octroi, vous devez refaire une demande. Un conseil: déposez votre nouvelle demande si possible deux mois avant l'expiration de la période d'octroi afin que le versement de l'allocation de logement ne soit pas interrompu.

Législation

Vous trouverez les bases juridiques de l'allocation de logement dans la Loi sur l'allocation de logement (Wohngeldgesetz) que vient compléter le Règlement sur l'allocation de logement (Wohngeldverordnung).

Assurance sociale internationale

Le droit allemand des assurances sociales s'applique principalement aux faits survenant à l'intérieur des frontières de l'Allemagne.

Mais les gens se déplacent de plus en plus. Des millions de personnes se rendent à l'étranger pour y travailler ou pour y faire du tourisme. Par conséquent, il est important que les prestations de sécurité sociale puissent également être perçues au-delà des frontières ou que l'on puisse y recourir dans un pays étranger.

Les systèmes de sécurité sociale varient fortement d'un pays à l'autre, des règlements de l'Union européenne (UE) ainsi que des conventions bilatérales conclues entre la République fédérale d'Allemagne et des États en dehors de l'UE coordonnent au-delà des frontières les dispositions nationales de sécurité sociale des États membres ou bien des États contractants.

Au sein de l'UE, des réglementations communes garantissent notamment que les travailleurs salariés et non salariés ne subissent aucun préjudice en travaillant dans différents États membres.

En vertu de l'accord sur l'Espace économique européen (EEE), ces dispositions s'appliquent également à la Norvège, à l'Islande et au Liechtenstein. Elles sont également d'application en Suisse.

Des dispositions semblables existent dans les relations avec de nombreux États avec lesquels l'Allemagne a conclu des conventions de sécurité sociale, dont notamment:

- l'Albanie;
- l'Australie;
- la Bosnie et l'Herzégovine;
- le Brésil;
- le Canada;
- le Chili;
- la Chine (convention sur le détachement);
- la Corée du Sud;
- les États-Unis;
- l'Inde;
- Israël;
- le Japon;
- la Macédoine;
- le Maroc;
- le Monténégro;
- les Philippines;
- la Serbie;
- la Tunisie;
- la Turquie;
- l'Uruguay.

Les conventions de sécurité sociale existant dans les relations avec la Chine et l'Inde sont des dispositions exclusivement destinées à éviter la double affiliation en cas d'emploi dans l'autre État contractant.

Dans toutes ces dispositions, il ne s'agit pas d'harmoniser les systèmes de sécurité sociale, mais de les coordonner. L'organisation des systèmes sociaux (quelles prestations sont fournies sous quelles conditions) reste exclusivement de la compétence des différents États.

La brochure gratuite «Soziales Europa von A bis Z» (L'Europe sociale de A à Z) est un glossaire expliquant les termes techniques de la politique sociale. Elle porte la référence A 798.

Principe

Les dispositions de l'Union européenne et, en partie, celles des conventions de sécurité sociale ont un vaste domaine d'application. Les prestations les plus importantes sont celles accordées pour cause de maladie, d'invalidité et de vieillesse ainsi que les prestations accordées aux ayants droit survivants, les prestations servies en cas d'accident du travail et les prestations familiales.

La brochure gratuite «Die Länder Europas» (Les pays de l'Europe) offre un comparatif des systèmes politiques et des prestations sociales. Elle porte la référence A 871.

Les dispositions internationales sont fondées sur deux hypothèses:

1. Les personnes couvertes par ces dispositions sont par principe assimilées les unes aux autres quant à leurs droits et obligations sociaux.
2. Les personnes qui se déplacent à l'intérieur des États membres ou des États contractants ainsi que leurs familles ne doivent en subir aucun préjudice.

Les conventions bilatérales (celles conclues avec des États non membres de l'UE) s'appliquent en premier lieu:

- aux ressortissants allemands;
- aux ressortissants de l'autre État contractant;
- aux réfugiés;
- aux apatrides.

«Europäische Sozialpolitik» (La politique sociale européenne) est un guide à travers l'Internet pour les différents pays et les institutions de l'UE. Il porte la référence A 799.

Législation

Les règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 constituent la base de la couverture sociale à l'intérieur de l'Union européenne, de l'EEE et de la Suisse. En dehors du champ d'application de ces règlements, ce sont les conventions de sécurité sociale mentionnées ci-avant qui s'appliquent.

Assurances maladie et dépendance

Prestations/conditions

Par principe, ce sont les dispositions de l'État membre où vous résidez qui s'appliquent à vous et aux membres de votre famille. Si vous vous rendez dans un autre État membre pour y travailler, vous êtes néanmoins couvert par l'assurance maladie de cet État et l'institution d'assurance maladie de cet État, à laquelle vous devez vous inscrire, vous sert les prestations nécessaires. Si vous êtes détaché temporairement par votre employeur, vous restez toutefois couvert par l'assurance maladie en Allemagne. Dans le cas où vous habitez dans un État membre autre que l'État membre compétent, vous percevez les prestations en nature selon les dispositions de l'État de résidence.

Au sein des États mentionnés, vous avez droit aux prestations médicales nécessaires qui ne peuvent attendre la date prévue de votre retour. Pour le cas où vous vous rendez dans un autre État membre pour y bénéficier de prestations médicales, vous pouvez demander à votre caisse d'assurance maladie allemande le remboursement des sommes que vous avez avancées au titre de ces prestations à concurrence du montant qu'elles auraient coûté en Allemagne. Pour cela, l'accord préalable de votre caisse d'assurance maladie est toutefois obligatoire.

Que devez-vous faire?

Dans le cadre du traitement de vos demandes, les institutions d'assurance maladie sont notamment tenues d'échanger des données avec les institutions des autres États membres, surtout parce que les traitements de l'institution locale sont souvent pris en charge par l'institution compétente, ce que celles-ci règlent entre elles. Pour les informations nécessaires à cette fin, des documents uniformes ont été élaborés au niveau international. En fonction de

votre situation personnelle (salarié, retraité, touriste etc.), vous avez besoin de différents formulaires. Le document le plus connu est la carte européenne d'assurance maladie qui figure généralement au dos de votre carte allemande d'assurance maladie et dont vous avez besoin pour vos voyages.

Avant le voyage dans un des États membres concernés, vous devriez vous informer et vous faire conseiller quant aux documents nécessaires et aux particularités éventuelles de votre cas.

Les règles applicables aux prestations de l'assurance maladie s'appliquent également aux prestations de l'assurance dépendance. De ce fait, l'allocation dépendance est également fournie sous forme de prestations en espèces en cas de séjour dans un autre État membre.

Informations

Vous pouvez obtenir conseils et informations auprès de votre caisse d'assurance maladie. En outre, vous pouvez vous adresser à la Fédération des caisses d'assurances maladie, Centre allemand de liaison d'assurance maladie – étranger, à l'adresse suivante: GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle, Krankenversicherung-Ausland (DVKA), Pennenfeldsweg 12c, 53177 Bonn.

Assurance accidents

Prestations/conditions

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, vous avez droit aux prestations en nature selon la législation en vigueur dans l'État membre où vous résidez. Les prestations en espèces vous sont versées par l'État dans lequel vous étiez assuré au moment de la survenance de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, indépendamment de votre lieu de résidence.

Supposons que vous soyez Allemand, que vous travailliez en France pour le compte d'un employeur de ce pays et que vous reveniez en Allemagne après un accident du travail. Dans ce cas, l'institution française débitrice des prestations de l'assurance vous fait parvenir en Allemagne la rente d'accident à laquelle vous avez droit. Les soins médicaux nécessaires vous sont également accordés dans l'un ou l'autre pays.

Que devez-vous faire?

Si vous désirez recourir à certaines des prestations, adressez-vous à votre institution d'assurance allemande ou bien à l'institution d'assurance étrangère, si vous êtes à l'étranger. Il y a une série de formalités qui doivent absolument être observées.

Informations

Vous pouvez obtenir conseils et informations auprès des caisses d'assurance accidents ou des caisses mutuelles d'assurance accidents respectives ainsi qu'auprès de la Caisse d'assurance accidents légale allemande à l'adresse suivante: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Glinkastraße 40, 10117 Berlin.

Assurance pension légale

Prestations/conditions

Vous avez exercé une activité professionnelle dans différents États membres de l'Union européenne au cours de votre carrière? Les cotisations à l'assurance pension légale déjà versées ne sont ni transférées dans un autre État membre ni versées à vous lorsque votre période d'affiliation dans un État membre se termine. Les cotisations sont conservées dans chaque État membre où vous étiez assuré jusqu'à ce que vous ayez atteint l'âge prévu de la

retraite. Puis, chaque État membre verse une retraite séparée. Si votre période d'affiliation dans un État membre donné ne suffit pas pour y avoir droit à une retraite, les différentes périodes d'affiliation que vous avez accomplies dans d'autres États membres seront totalisées pour que soit remplie la durée minimale d'assurance. Le principe est alors le suivant: Chaque institution d'assurance répond des périodes pour lesquelles vous avez été assuré chez elle. Il en va de même des pensions de réversion. Votre retraite est alors versée dans votre État de résidence ou de séjour.

Que devez-vous faire?

Si vous avez exercé une activité professionnelle dans plus d'un État membre, il n'est pas nécessaire d'adresser une demande à chaque institution d'assurance concernée. Une demande vaut également pour les institutions dans les autres États membres.

Vous pouvez demander la publication «Sozialkompass Europa» (Compass social européen) (référence A 801) à l'adresse www.bmas.de.

Vous trouverez aussi des données actuelles pour toute l'Europe sur Internet à l'adresse www.sozialkompass.eu.

Informations

Vous pouvez obtenir conseils et informations pour tous les États membres de l'UE et de l'EEE ainsi que pour les États contractants

- auprès de l'assurance pension légale allemande – Fédération (Deutsche Rentenversicherung Bund) (www.deutsche-rentenversicherung-bund.de)
- auprès de l'assurance pension légale allemande – institution d'assurance des travailleurs de l'industrie minière, des chemins de fer et des marins (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See) (www.deutsche-rentenversicherung-knappschaft-bahn-see.de)

et auprès des institutions régionales de l'assurance pension légale

- pour la Grèce, Chypre, le Liechtenstein et la Suisse: Baden-Württemberg (www.deutsche-rentenversicherung-bw.de)
- pour la Pologne: Berlin-Brandenburg (www.deutsche-rentenversicherung-berlin-brandenburg.de)
- pour le Japon, les Philippines et la Corée du Sud: Braunschweig-Hannover (www.deutsche-rentenversicherung-braunschweig-hannover.de)
- pour la Hongrie et la Bulgarie: Mitteldeutschland (www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de)
- pour l'Autriche, la Slovaquie, la Slovaquie, la République tchèque, la Bosnie et l'Herzégovine, la Croatie, la Macédoine, la Serbie, le Monténégro et le Kosovo: Bayern-Süd (www.deutsche-rentenversicherung-bayernsued.de)
- pour le Danemark, l'Estonie, la Finlande, la Grande-Bretagne, l'Irlande, la Lettonie, la Lituanie, la Norvège, la Suède, la Chine, le Canada et les États-Unis: Nord (www.deutsche-rentenversicherung-nord.de)
- pour le Brésil, le Portugal, la Roumanie et la Turquie: Nordbayern (www.deutsche-rentenversicherung-nordbayern.de)
- pour l'Australie: Oldenburg-Bremen (www.deutsche-rentenversicherung-oldenburg-bremen.de)
- pour la Belgique, l'Espagne, le Chili et Israël: Rheinland (www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de)
- pour la France, l'Albanie et le Luxembourg: Rheinland-Pfalz (www.deutsche-rentenversicherung-rheinland-pfalz.de)
- pour l'Italie, Malte, le Maroc et la Tunisie: Schwaben (www.deutsche-rentenversicherung-schwaben.de)
- pour les Pays-Bas et l'Islande: Westfalen (www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de)

Allocations familiales

Prestations/conditions

Les allocations familiales sont payées dans tous les États membres. En fonction de l'État membre, il y a cependant des différences considérables dans les modalités d'attribution et le montant de ces allocations. C'est pourquoi vous devriez vous informer quel État membre est compétent pour l'octroi des allocations et quelles sont les conditions d'attribution.

Si vous êtes assujéti à l'impôt en Allemagne en qualité de résident ou si vous y exercez une activité professionnelle, vous pouvez bénéficier d'allocations familiales au titre de vos enfants, même si ces derniers résident dans d'autres États membres.

Si vous exercez une activité professionnelle (non détachée) dans l'un de ces États, vous bénéficiez en règle générale d'allocations familiales au titre de vos enfants vivant en Allemagne, servies d'après les dispositions en vigueur dans l'État membre où vous travaillez.

Que devez-vous faire?

La demande d'allocations familiales doit être déposée auprès de votre caisse de prestations familiales ou auprès du service public qui vous emploie. Si vous avez droit à une prestation de l'étranger, adressez-vous aux services étrangers compétents. Des notices spéciales sont à votre disposition pour de plus amples informations.

Informations

Vous pouvez obtenir conseils et informations auprès de votre caisse de prestations familiales.

Assurance chômage

Prestations/conditions

Si vous êtes au chômage et que vous transférez votre domicile dans un autre État membre, en Norvège, en Islande, au Liechtenstein ou en Suisse parce que vous aimeriez chercher du travail dans le pays concerné, vous pouvez, dans certaines conditions, continuer de bénéficier de l'allocation de chômage allemande, toutefois pour une durée maximale de trois mois ou de six mois. Si vous rentrez avant l'expiration de ce délai, vous continuez de bénéficier de votre allocation de chômage. En Bosnie et Herzégovine, en Serbie, au Monténégro ainsi qu'en Macédoine, les personnes sans emploi ayant exercé une activité en Allemagne perçoivent les prestations de l'assurance du pays concerné, sous réserve de remplir certaines conditions.

Que devez-vous faire?

Afin de pouvoir continuer à bénéficier de l'allocation de chômage allemande dans un autre État membre, vous devez remplir les conditions qui suivent. Vous devez avoir été inscrit au chômage auprès de l'administration du travail allemande avant votre départ, et ce pour une durée minimale de quatre semaines à compter du début du chômage, et avoir été à la disposition de cette dernière en vue d'un placement. En outre, vous devez vous inscrire, dans un délai de sept jours, comme demandeur d'emploi auprès de l'administration du travail de l'État membre dans lequel vous vous rendez.

Vous pouvez obtenir conseils et informations auprès de l'Agence pour l'emploi locale ou auprès de l'Agence fédérale pour l'emploi à Nuremberg.

Juridiction du contentieux social

La protection sociale et la protection juridique par les tribunaux du contentieux social sont indissociables. Les tribunaux du contentieux social veillent à ce que toute personne puisse, s'il le faut, recourir aux tribunaux pour faire vérifier et faire valoir ses droits sociaux.

Compétence des tribunaux du contentieux social

Les tribunaux du contentieux social statuent d'une part sur des litiges concernant l'assurance sociale. Ces litiges peuvent par exemple relever du domaine de l'assurance maladie, de l'assurance accidents ou de l'assurance pension légale. Les tribunaux du contentieux social statuent d'autre part sur des litiges ayant trait à l'assurance chômage, au droit des personnes gravement handicapées et au droit de l'indemnisation sociale, à l'exception de l'assistance aux victimes de guerre. Depuis le 1er janvier 2005, ceux-ci sont également compétents pour les différends liés au minimum de base servi aux demandeurs d'emploi («Hartz IV»), à l'aide sociale (aide à la subsistance et minimum de base individuel garanti aux personnes âgées ou inaptes au travail) et au droit sur les prestations servies aux demandeurs d'asile.

Organisation des tribunaux du contentieux social

La juridiction du contentieux social comporte trois instances. Les tribunaux du contentieux social statuent en première instance, les tribunaux régionaux du contentieux social en deuxième instance et la Cour fédérale du contentieux social en dernière instance. Les tribunaux du contentieux social sont constitués de chambres traitant chacune des domaines juridiques particuliers relevant du contentieux social. Chaque chambre statue à un juge professionnel qui en assure la présidence et deux échevins qui servent d'assesseurs. Les tribunaux régionaux du contentieux social statuent en particulier sur les appels formés contre des jugements des tribunaux du contentieux social statuant en première instance. Les sénats de ces tribunaux, statuent chacun à un président, deux autres juges professionnels et deux échevins. La Cour fédérale du contentieux social, qui examine les pourvois en cassation, a des sénats statuant également à un président, deux autres juges professionnels et deux échevins.

Les échevins sont des juges non professionnels qui ont les mêmes droits et obligations que les juges professionnels. Les chambres et sénats font appel à des échevins disposant de connaissances pratiques de chacun des domaines juridiques.

Procédure de dépôt d'une plainte

Si la partie demanderesse recherche la levée ou la modification d'un acte administratif ou encore l'ordonnance d'un acte administratif non accepté, elle doit tout d'abord, par principe, faire opposition à l'acte administratif en question. Cette opposition doit être formée dans un délai d'un mois après communication de l'acte administratif, par écrit ou oralement pour procès-verbal, auprès du service qui a édicté l'acte en question. Au cours d'une procédure d'opposition, l'administration vérifie alors une nouvelle fois la légitimité et l'opportunité de l'acte administratif. Si l'administration reçoit la demande d'opposition, elle annule l'acte administratif contesté et édicte éventuellement l'acte administratif souhaité. Si elle la rejette, l'administration compétente pour l'opposition édicte une décision de refus d'opposition confirmant l'acte administratif contesté. Dans ce cas, le tribunal du contentieux social peut être saisi. Les requêtes doivent être déposées par écrit ou oralement pour procès-verbal devant le greffier du tribunal compétent. Cette deuxième possibilité signifie que le demandeur peut également porter plainte en exposant oralement le cas litigieux à la personne compétente du tribunal et que cette dernière en dressera un procès-verbal. La requête doit porter le nom de la partie demanderesse et celui de la partie défenderesse. Elle doit également préciser ce qui est recherché par le biais de la plainte. En présence d'une décision, elle doit y être jointe. Doivent également être indiqués les faits et les preuves motivant la demande.

C'est le tribunal du contentieux social géographiquement compétent que vous devez saisir. Est par principe compétent le tribunal dans la compétence territoriale duquel réside la partie demanderesse au moment de la saisie.

Il convient également de respecter des délais. La saisie du tribunal du contentieux social compétent doit avoir lieu dans un délai d'un mois après notification de la décision de refus d'opposition.

Procédure devant le tribunal

La procédure devant le tribunal du contentieux social prévoit par principe une procédure orale. Avant cette procédure orale, le président peut demander actes, documents électroniques et dossier médical. Il peut également se procurer des renseignements, entendre des témoins et des experts, demander des expertises, convoquer d'autres experts et convenir d'un rendez-vous pour discuter personnellement des faits avec les parties concernées afin de pouvoir régler le contentieux si possible pendant la procédure orale. Celle-ci est publique et est menée par le président. Celui-ci appelle tout d'abord la cause, puis procède à l'instruction des témoins, si des témoins ont été convoqués. Ces derniers quittent ensuite la salle d'audience jusqu'à leur audition. Le président présente alors l'état des faits et du litige. Si cela est nécessaire, il procède à l'administration de la preuve avant d'entendre la partie demanderesse et la partie défenderesse sur le fond. Après la délibération sur le différend, le président clôt la procédure orale.

L'administration de la preuve joue un rôle important dans les procédures engagées auprès des tribunaux du contentieux social. Des témoins ou des experts par exemple – un médecin, etc. – sont entendus au cours de celle-ci. Peuvent également être présentés des documents prouvant des faits donnés. Lors de l'administration de la preuve, le tribunal n'est pas dépendant des offres de preuve des parties. En effet, les procédures devant les tribunaux du contentieux social sont régies par le principe d'enquête d'office. Cela signifie que le tribunal doit d'office faire des recherches sur les faits. Il doit instruire tous les faits qui sont d'importance pour la décision. Dans ce contexte, le concours des parties peut être demandé.

Les parties aux procédures engagées auprès d'un tribunal du contentieux spécial peuvent se faire représenter par des mandataires. Cette représentation n'est impérative que pour la Cour fédérale du contentieux social. Peuvent être par exemple mandataires de procédure des avocats, mais aussi des employés de syndicats ou d'associations patronales.

La procédure se termine normalement par un jugement. En règle générale, le jugement est prononcé à la date à laquelle la procédure orale est close.

Vérification du jugement par un tribunal

Il existe par principe deux voies de recours à l'encontre des jugements: l'appel et le pourvoi en cassation.

Par principe, l'appel peut être interjeté pour tout jugement d'un tribunal du contentieux social; en sont simplement exclus les contentieux dont la valeur permettant l'appel n'est pas supérieure à 750 EUR. Dans ce cas, l'appel doit être expressément autorisé. La valeur du litige permettant l'appel est la différence entre ce que la partie demanderesse en appel a obtenu lors de la procédure auprès du tribunal du contentieux social et ce qu'elle continue à vouloir obtenir avec sa demande d'appel. Au cours de la procédure d'appel, le tribunal régional du contentieux social examine de nouveau tous les aspects factuels et juridiques des faits.

L'arrêt du tribunal régional du contentieux social peut faire l'objet d'un pourvoi en cassation. À la différence de l'appel, le pourvoi en cassation doit sans exception être expressément autorisé par le tribunal régional du contentieux social. Il doit être autorisé par le tribunal régional notamment lorsque l'affaire a une importance fondamentale – si par exemple la Cour fédérale du contentieux social n'a pas encore statué dans ce domaine et si l'affaire touche un intérêt du grand public – ou si le jugement diverge d'une décision de la Cour fédérale du contentieux social. Si le pourvoi en cassation a été refusé par le tribunal régional du contentieux social, un recours contre le refus d'un pourvoi en cassation d'un jugement rendu peut être présenté. Lors de la procédure en cassation, la Cour fédérale du contentieux social n'examine plus les aspects factuels, elle se limite aux aspects juridiques de l'affaire.

L'appel et le pourvoi en cassation doivent être effectués dans un délai de un mois après notification de l'arrêt.

Coûts d'une procédure devant un tribunal du contentieux social

La procédure devant les tribunaux du contentieux social est gratuite pour les assurés, les bénéficiaires de prestations et les personnes handicapées, à moins qu'il s'agisse d'une procédure engagée pour cause de trop longue procédure devant un tribunal. Si la partie demanderesse ou la partie défenderesse n'entre pas dans l'une de ces catégories, ce qui est le cas d'un organisme d'assurance sociale par exemple, elle doit payer un forfait pour frais. Si ni la partie demanderesse ni la partie défenderesse n'entrent dans l'une des catégories mentionnées, les dépens seront fonction de la valeur du litige, à l'instar des procédures devant les autres juridictions.

Protection des données sociales à caractère personnel

Principes de la protection des données sociales à caractère personnel

La garantie de droits sociaux par les systèmes de protection sociale est indissociable de l'utilisation de données à caractère personnel des citoyens concernés. Toutefois, le traitement de données souvent très sensibles, sur l'état de santé par exemple, doit être considéré, par principe, comme une atteinte au droit, garanti par la constitution, de l'individu à l'autodétermination informationnelle.

C'est la raison pour laquelle s'appliquent des règles particulièrement strictes.

En adoptant les dispositions sur la confidentialité des données sociales dans l'art. 35 du Livre I du Code social (SGB I), les dispositions sur la protection des données sociales à caractère personnel dans le deuxième chapitre (articles 67 à 85a) du Livre X du Code social (SGB X) ainsi que les dispositions particulières complémentaires sur la protection des données dans les différents livres du Code social, le législateur a répondu à l'obligation constitutionnelle consistant à prendre des dispositions législatives sur la protection des données sociales en leur qualité de données à caractère personnel exigeant une protection particulière. Ces dispositions garantissent un niveau de protection élevé et assurent en même temps le bon fonctionnement de l'administration sociale.

Le règlement (UE) 2016/679 (règlement général sur la protection des données, appelé RGPD ci-après) relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données en abrogeant la directive 95/46/CE entrera en vigueur le 25 mai 2018 et sera directement applicable dans tout État membre de l'Union européenne. L'objectif du RGPD est de créer dans tous les États membres un niveau de protection égal quant aux droits et aux libertés des personnes physiques lors du traitement des données à caractère personnel.

Les dispositions du RGPD étant directement applicables, les dispositions du droit régissant la protection des données sociales à caractère personnel des Livres I et X du Code social (SGB I et X) ont été rendues conformes à ce règlement par la Loi relative à l'amendement de la Loi fédérale sur l'assistance aux victimes de guerre et d'autres réglementations (Gesetz zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes und anderer Vorschriften). À l'avenir, les dispositions visant la protection des données sociales à caractère personnel vont systématiquement s'appuyer sur le RGPD et le compléter, le concrétiser ou le limiter; on aura donc à l'avenir un système de normes complémentaires.

En vertu de l'art. 35 du Livre I du Code social (SGB I), toute personne a droit à ce que les données sociales la concernant ne soient pas traitées de manière non admissible par les organismes servant des prestations sociales (confidentialité des données sociales). Les données sociales sont des données à caractère personnel qui sont traitées par un organisme nommé dans l'art. 35 al. 1 du Livre I du Code social (SGB I) en vue de ses missions en vertu du Code social. En vertu de la loi, les secrets d'entreprise et les secrets d'affaires sont assimilés à ces données sociales. Des dispositions spéciales s'appliquent en partie pour les données particulièrement sensibles sur des personnes, dont par exemple les données médicales.

Le traitement de données sociales est admissible uniquement s'il existe un fondement légal à cet effet ou si la personne concernée y a consenti (interdiction sous réserve d'autorisation). La loi doit donc régler avec précision quelles informations concernant un assuré ou un bénéficiaire de prestations un organisme servant des prestations sociales sera autorisé à collecter, à enregistrer, à modifier, à transmettre ou à en limiter le traitement. Les bases légales peuvent découler tant des articles 6 et 9 du RGPD que du Code social. Par contre, les bases juridiques issues d'une autre loi nationale que le Code social ne répondent pas à la même classification que le droit relatif à la protection des données sociales à caractère personnel et ne suffisent donc pas pour permettre le traitement de données sociales.

De surcroît, la protection des données sociales à caractère personnel est marquée par un principe central selon lequel le traitement de données est par principe autorisé uniquement si cela est nécessaire pour que l'institution responsable – en règle générale un organisme d'assurance sociale, par exemple un organisme d'assurance pension ou une caisse d'assurance maladie – puisse remplir ses missions. C'est ainsi que les caisses d'assurance maladie, par exemple, ont le droit de collecter des informations sur des personnes si celles-ci sont nécessaires pour déterminer comment lesdites personnes sont assurées et si elles sont membres.

De plus, les données peuvent par principe être traitées ou utilisées uniquement aux fins auxquelles elles ont été collectées (principe de la finalité).

Transmission de données

La transmission de données sociales en tant que forme particulière de l'utilisation des données est licite uniquement si une disposition de l'art. 6 ou de l'art. 9 du RGPD l'autorise directement (par exemple sur la base du consentement de la personne concernée) ou en présence d'une autorisation de transmission légale en vertu du Code social. Par transmission, on entend ici la divulgation de données sociales par leur communication à un tiers ou par la connaissance ou l'interrogation par un tiers de données prêtes pour la prise de connaissance ou l'interrogation (art. 67d al. 1 phrase 1 du Livre X du Code social).

Cas importants de transmission:

- transmission de données particulières énumérées telles que le nom ou l'adresse pour des missions des autorités de police et du ministère public,
- transmission pour l'exécution de missions sociales,
- transmission pour l'exécution de la sécurité et de la santé au travail,
- transmission pour l'accomplissement de missions et l'exécution de droits de communication à caractère légal particulier,
- transmission pour la recherche et la planification.

La transmission pour l'exécution de missions sociales en vertu de l'art. 69 du Livre X du Code social (SGB X) revêt une importance pratique particulière.

Exemples:

- Une caisse mutuelle d'assurance accidents communique à un organisme d'assurance pension des données sur une rente d'accident afin que celui-ci puisse vérifier si des prestations de l'assurance pension peuvent être prises en compte en vertu de l'art. 93 du Livre VI du Code social et, le cas échéant, à raison de quel montant.

Les personnes et services auxquels des données sociales ont été transmises sont tenus de garantir la confidentialité des données au même titre que les services tenus directement au secret social (extension de la protection des données sociales à caractère personnel, art. 78 du Livre X du Code social).

Droits des personnes concernées

Le RGPD prévoit pour les personnes dont les données à caractère personnel sont traitées des droits étendus dans ses articles 12 à 22, 34 et 82; les droits des personnes concernées représentent en même temps les obligations du responsable du traitement. Parmi les droits des personnes concernées, citons le droit à l'information lors de la saisie des données, au renseignement, à la suppression des données les concernant ainsi qu'à la non autorisation du traitement des données. Ces droits sont limités en partie par les dispositions des articles 82 à 84 du Livre X du Code social afin de protéger la sécurité sociale et d'assurer la capacité de fonctionnement de l'administration sociale.

Toute personne estimant que ses droits ont été lésés lors du traitement de données sociales peut s'adresser aux autorités chargées de la supervision de la protection des données à caractère personnel (au Délégué à la protection des données du Gouvernement fédéral ou aux institutions compétentes en vertu du droit des Länder ou déposer une plainte contre le responsable auprès des tribunaux du contentieux social.

Conception et réalisation

Editeur

Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales,
Département Information, publications et rédaction
53107 Bonn

Février 2018

À commander en indiquant la référence (A996) sous l'une des formes suivantes:

Téléphone: +49 30 18 272 272 1
Télécopieur: +49 30 18 10 272 272 1

Par écrit: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 481009 – 18132 Rostock
E-mail: publikationen@bundesregierung.de
Internet: <http://www.bmas.de>

Service pour sourds et malentendants (en langue allemande):
E-mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de
Télécopieur: +49 30 221 911 017
Service téléphonique en langage des signes: gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

Mise en page: Division graphique du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales, Bonn
Photos: Colourbox.com; ©iStockphoto.com

Pour le cas où vous souhaiteriez citer des extraits de la présente publication, nous vous prions d'en indiquer avec précision l'éditeur, le titre et la date de publication. Veuillez également faire parvenir à l'éditeur une copie de l'article faisant référence à cette publication.