



Ministère fédéral
du Travail et des Affaires sociales

LA PROTECTION SOCIALE VUE D'ENSEMBLE 2014

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

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

Notre pays est fort, parce qu'il est social. Nos systèmes de protection sociale comptent parmi les plus performants du monde. Ils sont un atout géographique, car ils renforcent notre potentiel économique. Et ils accroissent les chances de nombreux citoyens à une participation.

De nombreuses générations d'hommes et de femmes ont contribué à l'élaboration de ce tissu social. Pour qu'il reste solide et que ses mailles restent finement tissées, nous devons sans cesse le repenser et l'adapter aux changements de paradigmes.

L'État social, l'économie sociale de marché comptent parmi les grandes traditions de l'Allemagne. Grâce à l'État social, il fait bon vivre dans notre pays. Et cet État social a une bonne réputation à l'étranger. Je veux qu'il en soit encore ainsi à l'avenir.



Andrea Nahles
Ministre fédérale du Travail
et des Affaires sociales

Sommaire

Allocations familiales, revenu parental, congé parental d'éducation, avance sur pension alimentaire, majoration pour enfants, revenu parental Kindergeld, Bundeselterngeld, Elternzeit, Unterhaltsvorschuss, Kinderzuschlag, Bundeselterngeld	S. 7
Protection de la maternité Mutterschutz	S. 14
Promotion de l'emploi Arbeitsförderung	S. 18
Minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi (allocation de chômage II / allocation sociale) Grundsicherung für Arbeitsuchende	S. 36
Droit du travail Arbeitsrecht	S. 42
Organisation des entreprises Betriebsverfassung	S. 47
Cogestion Mitbestimmung	S. 53
Salaire minimum Mindestlohn	S. 60
Sécurité et santé au travail - prévention des accidents Arbeitsschutz und Unfallverhütung	S. 63
Assurance accidents Unfallversicherung	S. 71

Réadaptation et participation des personnes handicapées Rehabilitation und Teilhabe von behinderten Menschen	S. 76
L'initiative « Inclusion » Initiative Inklusion	S. 83
Assurance maladie Krankenversicherung	S. 85
Assurance dépendance Pflegeversicherung	S. 96
Assurance pension légale Rentenversicherung	S. 107
Promotion de l'épargne retraite individuelle complémentaire Förderung der zusätzlichen Altersvorsorge	S. 126
Indemnisation sociale Soziale Entschädigung	S. 130
Aide sociale Sozialhilfe	S. 136
Allocation de logement Wohngeld	S. 143
Assurance sociale internationale Internationale Sozialversicherung	S. 146
Juridiction du contentieux social Sozialgerichtsbarkeit	S. 151
Protection des données sociales à caractère personnel Sozialdatenschutz	S. 154
Conception et réalisation Impressum	S. 156

Allocations familiales, revenu parental

Congé parental d'éducation, avance sur pension alimentaire, majoration pour enfants, revenu parental

Kindergeld, Bundeselterngeld, Elternzeit, Unterhaltsvorschuss, Kinderzuschlag, Bundeselterngeld

Les enfants sont source de joie, naturellement. Mais les enfants coûtent aussi de l'argent. 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 équivalent 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;
- effectue à titre volontaire une année de service social ou écologique en vertu de la Loi sur le

service volontaire (Jugendfreiwilligendienstgesetz), ou effectue un service volontaire dans le cadre du programme d'action «Jeunesse en action» de l'UE ou un autre service à l'étranger au sens de l'art. 5 de la Loi sur le service volontaire allemand (Bundesfreiwilligendienstgesetz), ou encore effectue 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.

Réglementation pour les cas particuliers

Que devez-vous faire pour toucher les allocations familiales?

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

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

Ainsi, l'État verse des allocations familiales pour les fils de plus de 25 ans qui sont encore en formation et ont accompli leurs obligations de service actif militaire ou civil. En ce qui les concerne, la limite de 25 ans est repoussée de la durée du service actif militaire ou civil. Exemple: si le fils a fait 9 mois de service militaire, les parents auront droit aux allocations familiales jusqu'à ce que leur fils ait atteint l'âge de 25 ans et 9 mois.

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 184 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.

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

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.

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 (4.368 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.

Prime de logement à caractère familial

La prime de logement à caractère familial (Kinderzulage, l'ancien «allègement fiscal pour la construction d'un logement familial» (Baukindergeld)) est une prestation dont bénéficient les ayants droit qui ont fait construire ou acquis un appartement ou une maison. La prime susmentionnée leur est accordée en supplément des allocations familiales pour une durée maximale de huit ans, dans le cadre de l'aide à l'accession à la propriété individuelle. Son montant est de 767 EUR par enfant et par année pour les logements occupés par les propriétaires eux-mêmes et acquis avant le 1er janvier 1994 ou dont la construction par les ayants droit a débuté avant le 1er janvier 1994. Les ayants droit ayant commencé la construction ou conclu l'achat jusqu'au 31 décembre 2005 bénéficient d'une aide de 800 EUR. L'aide à l'accession à la propriété individuelle ayant été supprimée au 1er janvier 2006, la prime de logement à caractère familial n'est plus non plus accordée pour les logements neufs. Les ayants droit bénéficiant déjà de l'aide à l'accession à la propriété individuelle continueront de percevoir la prime de logement à caractère familial pour la période résiduelle.

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,
- il n'exerce 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'aide sociale, les parents doivent donc subvenir eux-mêmes à leurs besoins durant cette période.

La demande de congé parental d'éducation doit être notifiée à l'employeur sept semaines avant la date du congé.

Moyennant l'accord de l'employeur, il est également possible de reporter au plus une année ce congé parental à une période située entre le 3^{ème} et le 8^{ème} anniversaire de l'enfant. Cette option est ouverte à chacun des parents.

Chacun des parents optant pour le congé parental d'éducation peut continuer à travailler pendant cette période à raison de 30 heures par semaine 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.

Quel est le montant de l'allocation familiale?

Elle s'élevé par mois à :

- 184 EUR pour le premier et le deuxième enfant;
- 190 EUR pour le troisième enfant;
- 215 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.

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.

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 huit semaines avant le début de celui-ci.

Législation

Vous trouverez les bases juridiques du revenu parental et du congé parental d'éducation dans la brochure «Elterngeld und Elternzeit» (Revenu parental et congé parental d'éducation). 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.

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.

Les avances sur pension alimentaire (Unterhaltsvorschuss) sont servies au maximum jusqu'au douzième anniversaire de l'enfant et pour une période maximale de 72 mois au total. L'avance sur pension alimentaire équivaut à la pension alimentaire minimale légale en vertu de l'art. 1612a al. 1 du Code civil allemand (BGB) diminuée de l'allocation familiale accordée pour un premier enfant. Le montant mensuel de l'avance sur pension alimentaire s'élève donc depuis le 1er janvier 2010, en tenant compte de l'âge de l'enfant, à :

- 133 EUR jusqu'au 6e anniversaire des enfants;
- 180 EUR à partir de 6 ans et jusqu'à la veille du 12e anniversaire des enfants.

Important: Le droit aux avances sur pension alimentaire est exclu si le parent isolé créancier 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 isolé créancier 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 140 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 184 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 140 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, à raison de 10 EUR par mois).

Vous pouvez demander la brochure gratuite «Elterngeld und Elternzeit» (Revenu parental 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 pour la dernière fois par l'article 9 de la loi du 7 décembre 2011 (J.O. : BGBl. I, p. 2592).

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.

Le revenu parental

Le revenu parental représente un soutien important aux familles pendant les douze à quatorze premiers mois 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 sur la période allant jusqu'à 14 mois pour les enfants adoptés et pour les enfants pris en garde dans l'objectif de l'adoption. La période de 14 mois commence à 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 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 aussi en droit de travailler en Allemagne ou y a déjà travaillé de façon légale. 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. Il remplace le revenu disparaissant après la naissance à raison de 65% si le revenu antérieur était égal ou supérieur à 1.240 EUR, à raison de 66% si le revenu antérieur était de 1.220 EUR et à raison de 67% si le revenu antérieur était compris entre 1.000 et 1.200 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. D'après un jugement rendu par la Cour fédérale du Contentieux social en date du

27 juin 2013, les naissances multiples ouvrent droit au versement d'un revenu parental spécifique, ce revenu étant attribué pour chaque enfant issu d'une naissance multiple. Pour obtenir des informations supplémentaires, veuillez consulter le site internet du Ministère fédéral de la Famille, des Personnes Âgées, de la Femme et de la Jeunesse : www.bmfsfj.de (rubrique : Elterngeld - Mehrlinge).

L'un des parents a droit à son montant pour deux mois minimum et douze mois maximum. En principe, le droit à douze mois octroyés pour les douze premiers mois de l'enfant est commun aux deux parents. Deux mois supplémentaires viennent s'y ajouter si les deux parents font appel au revenu parental et si le revenu issu de leur travail est donc diminué en conséquence pendant deux mois (mois accordés en cas de partage du congé parental).

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. Le revenu parental n'est pas déduit des prestations susmentionnées à concurrence de cette somme, et est donc disponible en plus.

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 et Hesse: Versorgungsamt (office 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 Familie und Jugend (bureau de la famille et de la jeunesse);
- Basse-Saxe: les districts et les services administratifs communaux;
- Rhénanie du Nord-Westphalie, Saxe, Saxe-Anhalt et Thuringe: les districts/districts ruraux et villes tenant lieu de district;
- Sarre: Elterngeldstelle beim Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport (bureau du revenu parental auprès du Ministère du Travail, de la Famille, de la Prévention, des Affaires sociales et du Sport);
- Schleswig-Holstein: Landesamt für Soziale Dienste (antennes du bureau régional des services sociaux).

Vous trouverez les principes de base légaux 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) ainsi que dans la brochure «Elterngeld und Elternzeit» (Revenu parental et congé parental d'éducation). 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.

Vous trouverez également de plus amples informations sur le revenu parental dans la brochure «Elterngeld und Elternzeit» (Revenu parental et congé parental d'éducation). Cette brochure est gratuite et peut être demandée auprès du service d'envoi de publications du gouvernement fédéral à l'adresse suivante: Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 48 10 09, 18132 Rostock. E-mail: publikationen@bundesregierung.de

Vous pouvez contacter le service téléphonique du Ministère fédéral de la Famille, des Personnes Âgées, de la Femme et de la Jeunesse du lundi au jeudi de 9h à 18h au numéro suivant : +49 (0) 30 201 791 30.

Protection de la maternité

Mutterschutz

Que faire pour qu'une travailleuse enceinte et son enfant soient protégés des risques, du surmenage et des atteintes à leur santé pouvant se produire au poste de travail? La Loi sur la protection de la maternité et le Règlement relatif à la protection des mères sur le lieu de travail, qui constituent une partie essentielle de la législation sur la sécurité et la santé au travail, apportent une réponse à cette question. Avec le revenu parental et le congé parental d'éducation, la protection de la maternité constitue un élément clé de la politique familiale et sociale.

Protection de la maternité - présentation d'ensemble

En tant que future maman et salariée, 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. Le congé de maternité légal de six semaines avant l'accouchement (congé prénatal) et d'au moins huit semaines après celui-ci (congé postnatal) vous offre 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 part du congé prénatal qui n'a pas été prise avant la naissance vient toujours s'ajouter au congé postnatal obligatoire après la naissance.

Durant cette période, vous percevez l'allocation de maternité versée par votre caisse d'assurance maladie légale 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 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 publique

Durant le congé de maternité pré- et postnatal, votre caisse d'assurance maladie légale vous verse une allocation de maternité, à condition que vous soyez affiliée à une caisse d'assurance maladie publique 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 la législation.
- Dans le cas où votre contrat de travail prend effet pendant la période prénatale, vous pouvez bénéficier

d'un congé de maternité à condition d'être affiliée à une caisse d'assurance maladie légale à ce moment-là.

Si vous êtes affiliée à une caisse d'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 fait le choix de percevoir des indemnités journalières en cas de maladie. Cette option est à signaler à votre caisse d'assurance maladie.

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.

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

Si vous êtes salariée sans être vous-même affiliée à une caisse d'assurance maladie publique (vous êtes par exemple assurée auprès d'une caisse d'assurance maladie privée ou d'une caisse d'assurance maladie publique 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 faiblement rémunérée, dans la mesure où elles perçoivent un salaire mensuel net supérieur à 390 euros.

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 pas le droit de rompre le contrat de travail.

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 légal postnatal 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 restez bénéficiaire 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

Qui a droit à la protection de la maternité?

La Loi sur la protection de la maternité s'applique à toutes les (futurs) mères exerçant une activité salariée, et donc par conséquent:

- 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.

Votre nationalité est sans importance. Il importe seulement, par principe, que votre lieu de travail soit situé sur le territoire de l'Allemagne.

N'ont pas droit à l'octroi de prestations en vertu de la Loi sur la protection de la maternité les femmes au foyer et les travailleuses indépendantes (ces dernières pouvant cependant, si elles sont affiliées à titre volontaire à l'assurance-maladie légale, avoir droit à une allocation de maternité d'un montant égal à celui des indemnités journalières versées en cas de maladie). Toutefois, elles peuvent parfaitement prétendre au revenu parental (voir au chapitre intitulé «Allocations familiales, revenu parental, congé parental d'éducation, avance sur pension alimentaire, majoration pour enfants»).

Pour les fonctionnaires et les femmes soldats, une réglementation particulière est d'application.

date à laquelle vous avez demandé à bénéficier du congé parental (toutefois huit semaines maximum avant le début de ce congé) et pendant ledit congé. Des dérogations à cette règle sont admises dans des cas exceptionnels. Vous-même pouvez résilier votre contrat de travail afin qu'il prenne fin:

- à l'issue du congé parental d'éducation, en observant un préavis de trois mois;
- à une autre date pendant ou après le congé parental, en observant le préavis légal, le préavis prévu aux conventions collectives 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. Cela signifie que votre employeur est tenu d'aménager en conséquence votre poste de travail, y compris les machines, outillages et appareils, et de prendre des mesures particulières là où elles s'imposent pour la protection de votre vie et de votre santé.

En tant que future maman ou mère allaitante, il vous est interdit d'exercer certaines activités durant votre grossesse ou durant la période d'allaitement.

Un certain nombre de cas généraux d'interdiction d'emploi est donc prévu par la loi.

Les femmes enceintes et les mères allaitantes ne doivent pas:

- effectuer de travaux de force;
- effectuer de tâches les exposant aux effets nocifs de substances, radiations, poussières, gaz, vapeurs, chaleur, froid, humidité, vibrations ou bruit s'ils sont nuisibles à la santé;
- travailler aux pièces;
- travailler plus de 8 heures et demie par jour ou plus de 90 heures sur deux semaines consécutives;
- être employées de nuit (entre 20 h et 6 h);
- être employées les dimanches et jours fériés ni effectuer d'heures supplémentaires. Il existe toutefois un nombre limité de dérogations à l'interdiction de travailler la nuit ou les jours fériés (voir plus loin au paragraphe sur les dispositions spéciales).

À l'issue du troisième mois de grossesse, toute activité régulièrement effectuée sur des moyens de transport est interdite. Vous n'avez notamment pas le droit de conduire un autobus ou un poids lourd, pas plus qu'un taxi. En ce qui concerne les femmes employées comme chauffeurs-livreurs, l'interdiction vaut au moins dans les cas où le temps passé au volant est supérieur à la moitié du temps travaillé. À l'issue du cinquième mois de grossesse, il vous est interdit d'effectuer un travail vous obligeant à rester debout en permanence si la durée de celui-ci excède quatre heures par jour.

Une interdiction individuelle d'emploi peut également être formulée à votre rencontre. En effet, si un médecin constate lors d'un examen que votre santé ou celle de votre enfant est menacée – indépendamment des interdictions susmentionnées – si vous continuez d'exercer votre activité telle que vous l'avez exercée auparavant, il vous est interdit de continuer à occuper votre emploi à ce poste. Dans certains cas, la réduction du temps de travail pourrait être une mesure suffisante.

Cette interdiction d'emploi diffère d'un arrêt de travail pour cause de maladie. Vous n'avez à craindre aucune perte de rémunération dans le cas d'une telle interdiction car vous percevez de votre employeur un salaire garanti en cas de maternité (Mutterschutzlohn) (à ne pas confondre avec l'allocation de maternité et avec le complément à l'allocation de maternité versé par l'employeur, octroyés durant les congés de maternité) d'un montant égal à votre salaire net moyen dans la plupart des cas. 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.

Législation

Vous trouverez les bases juridiques dans la Loi sur la protection de la maternité (Mutterschutzgesetz) dans le Règlement relatif à la protection des mères sur le lieu de travail (Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz) 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) du Ministère fédéral de la Famille, des Personnes âgées, de la Femme et de la Jeunesse peut être demandée à l'adresse www.bmfsfj.de. 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. Téléphone: +49 228 619 1888, www.mutterschaftsgeldstelle.de

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

Arbeitsförderung

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;
- aides à l'amélioration des perspectives d'emploi;
- promotion de l'insertion professionnelle par d'autres moyens;
- prestations de remplacement de la rémunération;
- activités de conseil aux employeurs.

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 exercé une activité professionnelle et touché à ce titre un salaire 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 séances d'orientation conduites 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 sont accordées uniquement si une insertion durable sur le marché du travail ou de la formation ne peut réussir sans elles.

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.

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 agents de placement et de 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 qui aspirent à une formation professionnelle soumise à cotisations sociales;
- 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

Des mesures d'activation et d'insertion professionnelle appropriées et adaptées peuvent soutenir les personnes à la recherche d'une formation, les demandeurs d'emploi menacés par le chômage et les chômeurs. Ces mesures peuvent également leur offrir de meilleures perspectives d'insertion professionnelle. Elles 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 par des employeurs dans leur intégralité ou en partie, tout en étant limitées à six semaines par employeur.

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 et en tenant compte 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.

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 art. 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 équivalent 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 du travail 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 d'encouragement variées pour les jeunes aspirant à une formation professionnelle.

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

Passer directement de l'école à une formation professionnelle est la meilleure manière qui soit d'entrer dans le monde du travail. Des accompagnateurs pour l'entrée dans la vie professionnelle vont aider les élèves en difficulté d'apprentissage qui se préparent au diplôme de fin d'étude de l'enseignement secondaire ou à un diplôme délivré par une école d'enseignement spécial à assurer ce passage de l'école à une formation professionnelle en les accompagnant individuellement et de façon continue pendant une période allant de deux ans avant l'examen de fin d'études jusqu'à six mois après le début d'une formation. Si cette transition ne peut se faire directement, l'accompagnement individuel est prolongé jusqu'aux 24 mois suivant la fin des études. Pour qu'un nombre aussi élevé que possible de jeunes gens maîtrise mieux cette transition, le Gouvernement fédéral a, avec la Loi visant une amélioration des chances d'insertion sur le marché du travail (Gesetz zur Verbesserung der Einstiegschancen am Arbeitsmarkt) levé la limitation temporelle touchant l'accompagnement de l'entrée dans la vie professionnelle mis en œuvre à titre de modèle dans quelque 1.000 établissements d'enseignement général et, modifié cet accompagnement pour le reprendre dans le Livre III du Code social sous forme de nouvelle mesure sans limitation temporelle. Ainsi, cet accompagnement peut maintenant être assuré dans toutes les écoles de fin de scolarité et écoles d'enseignement spécial.

La compétence dans ce secteur étant partagée entre l'État fédéral et les Länder, un cofinancement par un tiers à hauteur d'au moins 50% sera nécessaire à l'avenir. C'est avant tout aux Länder qu'il incombe d'y veiller. Un grand nombre de Länder n'a pas été en mesure de cofinancer à court terme le dispositif d'accompagnement d'entrée dans la vie professionnelle. Afin d'en garantir le financement auprès des 1.000 établissements d'enseignement général où il est mis en œuvre à titre de modèle, l'État fédéral a recouru à des fonds supplémentaires prévus pour l'éducation. Considéré comme solution de transition, le recours à ces fonds permettra le financement des mesures appliquées lors de l'année scolaire 2012/2013 et 2013/2014 au sein des classes précédant l'année de préparation du diplôme.

La nouvelle période de financement du Fonds Social Européen (FSE) prévoit, à partir de l'année scolaire 2014/2015, un cofinancement avec les ressources FSE mises à disposition par l'État fédéral. Dès 2015, le dispositif d'accompagnement d'entrée dans la vie professionnelle doit en outre être institué dans quelques 1.000 établissements d'enseignement général supplémentaires participant à l'initiative « Chaînes de formation » (Bildungsketten) mise en œuvre par le Ministère fédéral de l'Éducation et de la Recherche. Il est prévu de revoir légèrement à la hausse ces ressources en fonction des besoins de ces établissements et du montant des ressources du FSE mises à disposition,

Mesures de formation préparant à l'emploi (BvB)

Les agences pour l'emploi peuvent encourager 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.

Depuis le 1^{er} janvier 2013, l'Agence fédérale pour l'emploi propose, en outre, des mesures de formation préparant à l'emploi orientées vers la productivité et à bas seuil d'accès (BvB-Pro). Elles se différencient tout particulièrement des simples mesures de formation préparant à l'emploi en ce qu'elles sont orientées vers la productivité. 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.

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.

Type et étendue de l'encouragement

L'agence pour l'emploi compétente verse jusqu'à 216 EUR par mois plus la 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)

Conditions d'octroi

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 ont besoin d'un logement extérieur.

Dans des cas particuliers, l'allocation de formation professionnelle peut être octroyée pour une deuxième formation après examen obligatoire du dossier. 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.

Depuis le 1er janvier 2009, les étrangers qui ont leur domicile dans le pays peuvent également bénéficier d'un encouragement au cours d'une formation professionnelle effectuée en entreprise s'ils séjournent depuis au moins quatre ans sans interruption sur le territoire fédéral de façon légale sur la base d'une autorisation provisoire de séjour ou d'une suspension temporaire de l'expulsion.

Type et étendue de l'encouragement

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.

La participation à une mesure de formation préparant à l'emploi peut également faire l'objet d'un encouragement au titre de l'allocation de formation professionnelle. Pour de telles mesures, les frais de la formation, les frais de transport, les frais de garde d'enfants et les frais de tenue de travail et de matériel pédagogique sont pris en charge indépendamment du revenu.

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 faire l'objet de subventions 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 subvention peut être également octroyée 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.

Cette mesure s'applique également aux apprentis non défavorisés. Si une seconde formation professionnelle est nécessaire à une insertion sur le marché du travail, elle pourra également faire l'objet d'une subvention.

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.

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 juste 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.

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 donné. 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).

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 Äterer 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;
- jusqu'à fin 2014, 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.

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. L'initiative « Formation initiale des jeunes adultes » (Erstausbildung junger Erwachsener)

En février 2013, le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales et l'Agence fédérale pour l'emploi ont lancé une initiative conjointe intitulée « AusBILDUNG wird was - Spätstarter gesucht » (Une formation conduit à des débouchés. Nous recherchons des talents tardifs.). L'objectif est d'offrir à 100 000 jeunes adultes sans qualification professionnelle une seconde chance grâce aux mesures prévues aux Livres II et III du Code social allemand d'ici à 2016.

L'initiative met l'accent sur la promotion ciblée de formations professionnelles continues sanctionnées par un diplôme et adaptées au profil de la personne concernée (qualifications à temps plein et à temps partiel). Cette initiative s'adresse, outre aux demandeurs d'emploi, aux salariés en activité n'ayant pas encore obtenu de qualification professionnelle. Les jeunes adultes handicapés peuvent également bénéficier des mesures prévues par l'initiative. 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

Par principe, les personnes issues de l'immigration ont droit à toutes les prestations visant une insertion dans la vie active en vertu du Livre II (SGB II) et du Livre III (SGB III) du Code social dans la mesure où elles sont juridiquement en droit de travailler. 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, depuis la mi-2011, à une extension du programme d'encouragement «Integration durch Qualifizierung – IQ» (intégration par la qualification - IQ) pour en faire une structure fédérale de réseaux régionaux. L'une des principales missions des réseaux régionaux consiste à renforcer 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 continue et de

relier 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 nouvelle Loi visant à améliorer la vérification de l'équivalence et la reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger (Loi visant la reconnaissance des qualifications, dans la forme courte de son appellation) (Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen, Anerkennungsgesetz dans sa forme courte) qui est entrée en vigueur le 1er avril 2012. Ont également été mis en place des offices régionaux de premier accueil qui fournissent de premières informations, aident les personnes voulant procéder à une reconnaissance de qualifications à trouver le bureau compétent et renvoient à des offres de conseil plus approfondi sur place.

En mettant en œuvre, début 2013, le programme spécial visant à encourager la mobilité professionnelle des jeunes intéressés par une formation et des jeunes professionnels qualifiés en recherche d'emploi - ce programme (MobiPro-EU) s'adresse aux ressortissants de l'Union Européenne - le gouvernement fédéral a créé un instrument d'aide permettant à des jeunes âgés de 18 à 35 ans d'effectuer une formation professionnelle en entreprise ou d'exercer un emploi qualifié dans un secteur touché, en Allemagne, par la pénurie de main d'œuvre qualifiée.

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 est handicapée lorsque ses fonctions physiques, ses aptitudes mentales ou sa santé psychique diffèrent, pour une période très vraisemblablement supérieure à six mois, de l'état typique à l'âge de la personne en question et que sa participation à la vie de la société est de ce fait diminuée. Une personne est menacée par un handicap lorsque cette diminution risque de se produire.

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,
- 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.

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

- primes d'insertion (cf. section sur les primes 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 38a 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 (ex.: perception d'indemnités journalières de maladie), 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).

Depuis le 1er février 2006, les personnes qui dispensent des soins à un membre de la famille, celles qui exercent une activité indépendante à raison d'au moins 15 heures par semaine ou les personnes qui exercent une activité professionnelle à l'étranger en dehors de l'Union européenne (UE) ou de pays associés, 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 d'octroi est de six mois. Elle peut être prolongée par règlement du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales. Elle est de 12 mois pour les demandes déposées jusqu'au 31 décembre 2013.

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 (2014: 5.950 EUR par mois à l'Ouest, 5.000 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;
- les conditions liées à l'entreprise et au personnel sont remplies, et
- la diminution de l'activité a été notifiée à l'agence pour l'emploi.

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 couverture, d'échafaudage, de jardinage et de 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 de la rémunération mensuelle, 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 d'octroi 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 d'octroi.

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 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. Entre le 1er avril 2012 et le 31 décembre 2014, une somme forfaitaire versée pour le placement réussi dans un emploi d'au moins six mois soumis aux assurances sociales peut aussi être prévue comme partie des coûts de la mesure. Cette somme forfaitaire ne doit pas dépasser 1.000 EUR et ne peut être versée qu'une seule fois par travailleur bénéficiant d'un encouragement.

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, le cas échéant, leur proposer des mesures visant à améliorer leurs perspectives d'insertion (mesures de qualification par exemple). Les frais de ces mesures de qualification peuvent faire l'objet d'un encouragement par des fonds du Fonds social européen (FSE).

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. En règle générale, 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 (et prenant fin en décembre 2014).

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.

La présence d'un emploi préalable temporaire bénéficiant d'un encouragement chez l'employeur doit être prise en compte de façon adéquate lors de la décision concernant la durée de l'encouragement. Entre également 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 2e 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. Valeur du plafond d'assujettissement en 2014 5.950 EUR par mois dans les anciens Länder et 5.000 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.

Vous voulez en savoir plus?

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>.

Minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi (allocation de chômage II / allocation sociale) Grundsicherung für Arbeitsuchende

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.

Les prestations octroyées au titre du minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi ont pour objectif premier l'insertion professionnelle. 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. Bénéficiaire 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.

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 bénéficiaires de 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 prestations de logement et de 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 ainsi que coûts appropriés du logement) servie en un montant mensuel global. 105 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, qui augmente graduellement conformément au relèvement de l'âge de perception d'une pension. 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 six mois.

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 de moins de 25 ans faisant une demande d'allocation de chômage II doit être placée sans tarder dans une formation, un travail ou une mesure de qualification.

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.

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, soit d'environ 100 EUR, 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 pure prestation d'assistance qui est fonction des besoins et du degré d'aide requis, et ce caractère doit par principe être pris en compte pour son calcul. Cela signifie également qu'elle est subsidiaire par rapport aux prestations sociales servies par d'autres institutions débitrices 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 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. Les coûts liés à l'électricité, au bus ou à une voiture doivent être couverts par cette prestation.

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) ((J.O.: BGBl. I, n° 12 du 29 mars 2011) se base sur l'enquête de revenu et de consommation de 2008 (sous forme d'échantillon) pour déterminer de manière transparente et cohérente les prestations d'assurance de la subsistance (taux normaux).

Depuis le 1er janvier 2014, le taux normal entrant en ligne de compte est de 391 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 353 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 229 EUR pour les enfants de moins de 6 ans, à 261 EUR pour les enfants de 6 à moins de 14 ans, à 296 EUR pour les adolescents de 14 à moins de 18 ans et à 313 EUR pour la tranche d'âge de 18 à moins de 25 ans.

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 le droit du travail.

Depuis le 1er janvier 2011, 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 (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^e 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 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 pour la subsistance en vertu des points 2 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 peuvent être 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 à prestations uniques 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: l'allocation de chômage II rend superflue une demande d'allocation de logement. Les frais d'un montant approprié pour le logement ainsi que les frais de 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 frais 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.

Quiconque vit dans un logement dont la taille ou le loyer n'est pas approprié bénéficie d'une couverture des frais 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 frais 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 ainsi que la caution. 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 ^e anniversaire	Enfants de 6 ans révolus jusqu'à leur 14 ^e anniversaire	Enfants de 14 ans révolus jusqu'à leur 18 ^e anniversaire	Enfants de 18 ans révolus jusqu'à leur 25 ^e anniversaire	Partenaire à partir de ses 18 ans révolus
391 EUR	229 EUR	261 EUR	296EUR	313 EUR	353 EUR

Cotisations à l'assurance sociale

Les ayants droit en capacité de gain sont obligatoirement affiliés au régime légal de l'assurance maladie et à l'assurance dépendance sociale dans la mesure où ils ne bénéficient pas déjà d'une protection dans le cadre d'une assurance familiale ou d'une assurance maladie privée. 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 140 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. Un modèle de calcul de la majoration pour enfants est disponible sur le site Internet du Ministère fédéral de la Famille, des Personnes âgées, de la Femme et de la Jeunesse à l'adresse <http://www.bmfsfj.de/Kinderzuschlagrechner>.

Vous trouverez de plus amples informations dans la brochure «Grundsicherheit für Arbeitsschende – Fragen und Antworten – SGB II» (Minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi – questions et réponses – Livre II du Code social) publiée par le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales).

Droit du travail

Arbeitsrecht

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: 1) Quelle prestation de travail devez-vous fournir? 2) 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) et de la Loi relative au congé soins aux personnes dépendantes (Pflegezeitgesetz). 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, elle offre aux travailleurs, dans certaines conditions, la possibilité de prodiguer des soins à des parents proches dépendants, chez ceux-ci, pour une période allant jusqu'à six mois, et contribue 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.

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 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 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.

Par dérogation à la loi, il peut être convenu de préavis plus longs dans le contrat de travail et de préavis plus longs ou plus courts dans la convention collective.

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.

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.

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 de l'entreprise ou de l'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 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.

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.

Que devez-vous faire?

Le droit du travail a certes pour objectif essentiel de vous protéger en tant que travailleur salarié, mais il vous contraint aussi à un certain nombre d'obligations.

Obligation majeure, résultant du droit du travail individuel: Vous devez fournir une certaine prestation de travail. De son côté, l'employeur est tenu de vous payer une certaine rémunération en contrepartie.

En outre, le contrat de travail peut imposer d'autres obligations au travailleur et à l'employeur.

Si vous désirez résilier votre relation de travail, vous aussi, en tant que salarié, êtes tenu de respecter certains délais.

Le délai légal de base pour un préavis est de quatre semaines à échéance du quinze ou 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.

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 de la semaine de travail en pourcentage par catégories

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 est présidé par une personne d'opinion neutre et se compose pour moitié de représentants de l'employeur et pour moitié de représentants du conseil d'entreprise.

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 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 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

Betriebsverfassung

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.

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.

La Loi portant réforme de la loi sur l'organisation des entreprises est entrée en vigueur en 2001 et adapte la cogestion au sein de l'entreprise aux nouveaux paramètres du monde du travail et du monde économique. Elle veille à ce que la cogestion reste un modèle solide au service des partenaires sociaux. Sa réforme a instauré des structures modernes et flexibles pour les conseils d'entreprise. Elle facilite la constitution de conseils d'entreprise, intègre des formes particulières d'emploi telles l'intérim à la cogestion au sein de l'entreprise, améliore les conditions de travail du conseil d'entreprise et de la représentation des jeunes travailleurs et des apprentis, renforce les droits de cogestion du conseil d'entreprise dans le domaine du maintien de l'emploi et de la qualification, simplifie la procédure d'élection dans les entreprises ayant jusqu'à 50 employés ayant droit de vote (jusqu'à 100 employés en accord avec l'employeur),

promeut l'égalité entre les hommes et les femmes au sein de l'entreprise et met fin à la différenciation obsolète entre travailleurs et employés.

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.

Dans quelles entreprises y a-t-il un conseil d'entreprise?

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.

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. Depuis l'entrée en vigueur de la Loi portant réforme de la loi sur l'organisation des entreprises, 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 à l'avenir 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 revêtant une grande importance à l'heure actuelle, le conseil d'entreprise a été doté de plus larges prérogatives en la matière. Il peut, par exemple, soumettre à l'employeur des propositions en vue d'une flexibilisation du temps de travail, d'une promotion du travail à temps partiel et 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 certaines catégories d'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'entreprises (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 (Bundespersönalvertretungsgesetz), les différentes lois sur la représentation du personnel de l'administration du Land (Landespersönalvertretungsgesetz);
- 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

Mitbestimmung

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.

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 occupent 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

Composition du conseil de surveillance

Les membres des conseils de surveillance des entreprises cogérées se recrutent à égalité parmi les représentants des porteurs de parts et ceux des salariés. Ils sont au nombre de:

- six pour chacun des deux groupes de représentants, dans les entreprises de moins de 10.000 salariés;
- huit pour chaque groupe, dans les entreprises de plus de 10.000 et de moins de 20.000 salariés;
- dix pour chaque groupe, dans les entreprises de plus de 20.000 salariés.

Les statuts de l'entreprise peuvent stipuler un conseil de surveillance plus grand dans les cas suivants: Si, aux termes de la loi, le conseil de surveillance doit comporter douze membres, ce nombre peut être porté à seize ou vingt. Si le conseil de surveillance à constituer doit avoir seize membres, ce nombre peut passer à vingt par l'effet des statuts.

Les syndicats représentés dans l'entreprise (ou dans le groupe) peuvent revendiquer une partie des sièges détenus par les salariés au conseil de surveillance, à savoir:

- deux sièges dans les entreprises dont le conseil de surveillance se compose de douze ou seize membres;
- trois sièges dans les entreprises dont le conseil de surveillance se compose de vingt membres.

cette loi, le conseil de surveillance comprend en nombres égaux des représentants des porteurs de parts et des représentants des salariés. 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 en faveur des porteurs de parts. En outre, un des sièges des salariés est réservé à un cadre de direction. Lors de la désignation du directeur de travail (= un des membres du directoire), 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 le vote 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.

Important: Les candidats au directoire ont aussi besoin de la majorité des deux tiers pour être élus. Une commission de médiation est formée dès lors que cette majorité n'est pas obtenue.

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.

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, la cogestion en vigueur dans le secteur de l'industrie minière et sidérurgique est alors appliquée sous une forme atténuée 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 réglée dans la Loi sur l'implication des travailleurs au sein d'une SE (SE-Beteiligungsgesetz, SEBG). À l'instar de la directive sur la SE, la Loi sur l'implication des travailleurs au sein d'une SE se fonde sur les structures de base suivantes:

- L'implication des travailleurs des sociétés participant à la constitution de la SE doit par principe se retrouver dans la SE (analyse ex ante / ex post).

- Pour l'implication des travailleurs, une distinction de fond est faite entre droits d'information et de consultation et participation dans les organes de l'entreprise. Cela correspond pour l'essentiel à la différence faite en Allemagne entre la participation des travailleurs par l'intermédiaire du conseil d'entreprise et la cogestion au sein des organes décisionnels des entreprises.
- Les modalités de l'implication des travailleurs au sein de la SE font l'objet de négociations entre les représentants des organes de direction ou d'administration et ceux des travailleurs. À cet effet, les travailleurs sont représentés par un «groupe spécial de négociation».
- En cas d'échec des négociations, des dispositions de référence légales s'appliquent. Elles permettent d'assurer en large mesure les droits d'implication des travailleurs existant déjà dans les sociétés participantes.

Procédure de négociation

En termes de participation également, la SE a exploré de nouvelles voies, l'implication des travailleurs en son sein se faisant par principe par la voie de la négociation. Cette solution offre une grande latitude aux parties concernées.

Côté employeurs, les négociations sont menées par les organes de direction ou d'administration des sociétés participantes. Côté travailleurs, un groupe spécial de négociation doit être institué pour représenter les travailleurs de toutes les sociétés participantes. Dans ce contexte, les dispositions de la directive prévoient d'allouer pour chaque État membre un siège par tranche de travailleurs employés dans cet État membre qui représente 10% du nombre total de travailleurs employés par les sociétés participantes dans les États membres, ou une fraction de ladite tranche. Afin de simplifier la procédure de choix des membres du groupe spécial de négociation, la Loi relative à l'implication des travailleurs au sein de la SE ne prévoit pas, pour les membres du groupe revenant à l'Allemagne, d'élection générale par suffrage direct ou par l'intermédiaire de délégués, mais une élection par un collège électoral utilisant les structures existantes du conseil d'entreprise. Ce sont alors les représentants élus des travailleurs au niveau le plus haut (conseil d'entreprise, conseil d'entreprise central, conseil du groupe) qui choisissent les membres de leur territoire au groupe spécial de négociation. Si plusieurs groupes d'entreprises sont concernés, ce sont leurs représentants qui constituent le collège électoral. Limite maximum: 40 membres. Uniquement à titre exceptionnel en l'absence de représentants des travailleurs, les travailleurs élisent directement les membres de leur territoire au groupe spécial de négociation.

Dispositions de référence

Si aucun accord sur l'implication des travailleurs n'est conclu, des dispositions de référence prévues par la loi sont appliquées. Elles se subdivisent en deux parties et reprennent pour l'essentiel la distinction opérée en Allemagne entre la participation des travailleurs par l'intermédiaire du conseil d'entreprise et la cogestion au sein des organes décisionnels des entreprises.

Conseil d'entreprise de la SE

L'information et la consultation transfrontalière des travailleurs sont assurées au sein d'une SE par l'institution du conseil d'entreprise de la SE. Cet organe est composé proportionnellement de représentants des États membres dans lesquels les travailleurs de la SE sont employés. Les membres du conseil d'entreprise de la SE venant d'Allemagne sont désignés par un collège électoral.

Cogestion dans l'organe de surveillance ou d'administration

Pour l'implication des travailleurs aux organes de la SE, les dispositions de référence légales suivent le principe de l'analyse ex ante / ex post. La part des représentants des travailleurs dans l'organe de surveillance ou d'administration de la SE est calculée en fonction de la part la plus élevée de représentants des travailleurs ayant existé dans une société constituant la SE ou plusieurs d'entre elles. En cas de constitution par fusion, cette règle s'applique si au moins 25 % des travailleurs des entreprises participantes et de leurs filiales disposaient de droits de participation. S'il s'agit de la création d'une société holding ou d'une filiale commune, au moins 50 % des travailleurs des sociétés et filiales participantes doivent avoir des droits de participation. Lors de la constitution d'une SE par transformation, la cogestion

existante reste en place. Pour le cas où les seuils ne sont pas atteints, une décision spéciale du groupe spécial de négociation est nécessaire pour qu'entre en vigueur la part la plus élevée de représentants des travailleurs qui existait dans l'une des sociétés participantes ou dans plusieurs.

Les membres du conseil de surveillance ou de l'organe d'administration venant d'Allemagne sont à leur tour désignés par un collège électoral.

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'exécution de la société coopérative européenne (SCE-Ausführungsgesetz) et la Loi sur l'implication des travailleurs au sein d'une SCE transposent en droit allemand les dispositions 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, 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.

Si la Loi sur l'implication des travailleurs en cas de fusion transfrontalière est comparable à la Loi sur l'implication des travailleurs au sein d'une SCE et à la Loi sur l'implication des travailleurs au sein d'une SE de par sa structure, elle reprend également mot à mot ou du moins en substance de nombreuses dispositions issues de ces deux dernières, et notamment les modalités relatives à la constitution et la composition du groupe spécial de négociation ainsi qu'à la procédure de négociation. Nous renvoyons donc ici aux explications fournies pour la SE et la SCE.

Certaines différences d'avec la SE et la SCE existent toutefois, au-delà des points communs:

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 la participation 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 doit par principe être régie par les dispositions nationales relatives à la cogestion. La cogestion des travailleurs par la voie de la négociation ou celle des dispositions de référence doit toutefois toujours être assurée dans l'un des cas exceptionnels suivants:

- l'une des sociétés qui participent à la fusion emploie pendant la période de six mois précédant la publication du projet de fusion transfrontalière un nombre moyen de travailleurs supérieur à 500 et est gérée selon un régime de participation des travailleurs, ou
- la législation nationale applicable à la société issue de la fusion transfrontalière ne prévoit pas au moins le même niveau de participation que celui qui s'applique aux sociétés concernées qui fusionnent, ou
- la législation nationale applicable à la société issue de la fusion transfrontalière ne prévoit pas que les travailleurs des établissements de la société issue de la fusion transfrontalière situés dans d'autres Etats membres puissent exercer les mêmes droits de participation que ceux dont bénéficient les travailleurs employés dans l'Etat membre où le siège statutaire de la société issue de la fusion transfrontalière est établi.

La présence régulière de l'une de ces conditions, et de façon prépondérante de la troisième disposition exceptionnelle, se soldera en fait par le recours à la négociation pour la cogestion des travailleurs.

Dispositions de référence modifiées

En cas d'échec des négociations, des dispositions de référence légales s'appliquent afin d'assurer les droits de cogestion existants.

Dans le cas d'une société créée par fusion transfrontalière, le seuil pour l'application automatique des dispositions de référence prévues pour la SE et la SCE est porté à un tiers dans le cadre de la dixième directive. En d'autres termes, au moins un tiers du nombre total des travailleurs a dû être géré par un régime de participation aux organes décisionnels de l'entreprise avant l'inscription de la société issue de la fusion transfrontalière. Si ce pourcentage n'est pas atteint, le groupe spécial de négociation peut, par le biais d'une décision particulière, instituer la cogestion dans la société issue de la fusion transfrontalière en vertu de la loi.

Application des dispositions de référence sans négociation préalable

Les dispositions de référence légales s'appliquent en vertu du droit régissant la SE lorsque les parties en conviennent ou en cas d'échec des négociations sur les droits d'implication des travailleurs. En harmonie avec le droit européen, la Loi sur l'implication des travailleurs en cas de fusion transfrontalière ouvre une autre possibilité d'application des dispositions de référence. En vertu de celle-ci, les directions des sociétés participant à la fusion transfrontalière peuvent décider d'appliquer les dispositions relatives à la cogestion en vertu de la loi sans négociation préalable, à partir de l'inscription de la société. Le cadre juridique régissant la SE et la SCE ne connaît pas ce droit de détermination unilatéral de la direction.

Garantie de la cogestion en cas de fusion nationale subséquente à la fusion transfrontalière

Le principe de base de la garantie des droits acquis s'applique à la société issue de la fusion transfrontalière même au-delà de la prise d'effet de cette fusion lorsque la fusion transfrontalière est suivie plus tard d'une ou de plusieurs fusions nationales. La protection de la cogestion se termine sans exception trois ans après l'enregistrement de la fusion transfrontalière. Ce sont alors les dispositions nationales relatives à la cogestion qui s'appliquent.

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

Mindestlohn

Dans quelle mesure un travailleur peut-il faire valoir des droits à une rémunération minimum vis-à-vis de son employeur sur la base de dispositions légales? La Loi sur le détachement transfrontalier de travailleurs (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) et la Loi portant sur des conditions minimum de travail (Mindestarbeitsbedingungen-gesetz) y répondent. Ces deux lois permettent en effet la fixation d'un salaire minimum dans certains secteurs d'activité. En 2009, la Loi sur le détachement transfrontalier de travailleurs a été totalement refondue et la Loi portant sur des conditions minimum de travail modernisée.

Vos droits

Dans certains secteurs, vous pouvez en tant que travailleur exiger de votre employeur le versement d'un salaire minimum. Le montant de ce salaire minimum peut varier en fonction de l'activité exercée, de votre qualification et de la région dans laquelle vous êtes affecté.

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 secteur par secteur 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.

Le salaire minimum au sens de la Loi sur le détachement transfrontalier de travailleurs peut s'appliquer uniquement aux secteurs visés par ladite loi.

Il s'agit des secteurs suivants:

- construction et secteurs annexes de la construction;
- nettoyage industriel;
- services postaux;
- services de sécurité;
- travaux particuliers dans les mines de houille;
- services de blanchisserie-teinturerie de gros;
- gestion des déchets y compris nettoyage des rues et sablage ou salage hivernal;
- services d'éducation et de formation au sens du Livre II ou du Livre III du Code social (SGB II / III) et
- secteur des soins (soins aux personnes âgées et soins ambulatoires).

Pour que les travailleurs puissent bénéficier de ce salaire minimum, une convention collective en ce sens doit avoir été conclue et l'État a dû l'étendre aux secteurs correspondants. Cette extension peut être effectuée par une déclaration de force obligatoire générale ou un texte réglementaire particulier.

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

Les dispositions en matière de salaire minimum s'appliquent uniquement aux établissements et services indépendants d'établissement qui fournissent en majeure partie les services normalement 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.

Loi portant sur des conditions minimum de travail

La loi portant sur des conditions minimum de travail (Mindestarbeitsbedingungengesetz) fournit une base pour la fixation d'un salaire minimum dans des secteurs où moins de 50% des entreprises sont liées aux conventions collectives. C'est aux experts de la Commission principale sur les minima salariaux instituée par le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales qu'il revient de décider si un salaire minimum doit être fixé pour un secteur d'activité donné. Le montant du salaire minimum est déterminé par un comité technique composé de représentants du secteur en question. Sur proposition du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales, les salaires minimum fixés par le comité technique peuvent être rendus contraignants pour tous les employeurs et pour les travailleurs du secteur sur règlement du gouvernement fédéral.

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 à ceux de ce seuil inférieur des salaires. Pour le cas où une convention collective du travail intérimaire fixe un salaire inférieur aux montants prévus par le seuil inférieur des salaires, les travailleurs concernés ont alors droit à être payés comme des travailleurs fixes d'un niveau comparable de l'entreprise qui fait appel à eux. Le premier texte réglementaire visant la fixation d'un seuil inférieur des salaires dans le domaine de la mise à disposition de travailleurs intérimaires est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2012.¹

À quels secteurs d'activité s'applique un salaire minimum?

Le montant d'un salaire minimum ne découle pas des lois, mais des textes réglementaires ou des déclarations de force obligatoire générale 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.

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?

C'est le délai de prescription normal de trois ans qui s'applique aux droits découlant de la relation de travail. Quant au droit à paiement du salaire minimum, il ne peut être forclus. Une renonciation est admissible uniquement par règlement judiciaire. Des délais ne peuvent s'appliquer pour faire valoir les droits au salaire minimum en vertu de la Loi sur le détachement transnational de travailleurs que s'ils sont admis dans les conventions collectives servant de base et si leur durée minimale est de six mois; ils ne sont pas admis pour les minima salariaux en vertu de la Loi portant sur des conditions minimum de travail.

¹ Le second texte réglementaire visant la fixation d'un seuil inférieur des salaires dans le domaine de la mise à disposition des travailleurs intérimaires est entré en vigueur au 1^{er} avril 2014.

Le respect du salaire minimum est-il contrôlé?

Les services de l'administration des douanes sont habilités à contrôler si les employeurs respectent les salaires minimums fixées par la Loi sur le détachement transfrontalier de travailleurs, la Loi portant sur des conditions minimum de travail et la Loi relative à la mise à disposition de travailleurs intérimaires. Les enfreintes à l'obligation de paiement du salaire minimum constituent une infraction à la réglementation et peuvent faire l'objet d'une amende administrative allant jusqu'à 500.000 EUR.

Le salaire minimum légal à partir de 2015

L'introduction d'un salaire minimum généralisé légal en Allemagne est prévue au cours de l'année 2014. Selon l'accord de coalition ratifié entre les deux partis au pouvoir, l'Union chrétienne-démocrate (CDU)/l'Union chrétienne-sociale (CSU) et le Parti social-démocrate d'Allemagne (SPD), un salaire minimum légal de 8,50 €/heure devrait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2015. Il s'agirait dans un premier temps d'un dispositif de transition, le dispositif final devant entrer en vigueur au plus tard au 1^{er} janvier 2017. La loi portant sur le salaire minimum est, à l'heure actuelle, élaborée par le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales. Elle devrait être adoptée par le Bundestag avant l'été 2014.

Législation

Vous trouverez les bases juridiques du salaire minimum dans les lois suivantes:

- Loi sur le détachement transfrontalier de travailleurs (Arbeitnehmer-Entsendegesetz)
- Loi portant sur des conditions minimum de travail (Mindestarbeitsbedingungengesetz)
- Loi relative à la mise à disposition de travailleurs intérimaires (Arbeitnehmerüberlassungsgesetz).

Sécurité et santé au travail - Prévention des accidents

Arbeitsschutz, Unfallverhütung

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.

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.

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.

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 prescription en matière de prévention des accidents du travail «Médecins du travail et spécialistes de la sécurité du travail» (prescription 2 DGUV).

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

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.

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 ayant toujours l'âge de la 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'oriente 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 concernant la prévention sanitaire sur le lieu de travail est l'une des missions du Comité pour la médecine du travail.

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.

Règlement relatif au travail sur écran de visualisation

Le règlement relatif au travail sur écran de visualisation (Bildschirmarbeitsverordnung) regroupe des prescriptions indispensables en matière de protection des travailleurs lors d'un travail sur écran de visualisation, auxquelles tous les employeurs sont tenus de se conformer. Il s'agit d'exigences minimales requises pour l'appareil de visualisation lui-même, pour le poste de travail et pour l'environnement de ce dernier ainsi que pour l'équipement logiciel et l'organisation du travail. Le règlement prévoit également un examen ophtalmologique facultatif ainsi que la mise à disposition de verres correcteurs spéciaux pour le travail sur écran de visualisation.

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.

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 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) refondu en 2010 offre une vaste panoplie de mesures modernes et d'application flexible visant la protection des travailleurs lors d'activités impliquant des substances dangereuses, et notamment des produits chimiques dangereux.

Le règlement fournit à l'employeur une latitude supplémentaire 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. L'employeur est guidé dans sa prise de décision par des dispositions visant l'évaluation du risque et par un concept échelonnant les mesures de protection en fonction du risque. Cette délégation accrue de la responsabilité à l'employeur s'accompagne de consignes claires sur la marche à suivre. 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 assez 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.

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.

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.

Règlement relatif aux rayonnements optiques artificiels

Le nouveau 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.

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 travaux de soudure, le travail du verre et du quartz, la fabrication et l'usinage des métaux ainsi que les applications laser de plus en plus fréquentes sont notamment sources de rayonnements optiques artificiels nocifs pour la santé. L'exposition aux rayonnements optiques provenant de sources artificielles (laser ou rayonnements UV/IR par exemple) peut provoquer des lésions oculaires et cutanées graves et mettre ainsi en péril la santé et la sécurité des travailleurs à de nombreux postes de travail. Les lésions à court terme apparaissent notamment sous forme de brûlures cutanées et de lésions cornéennes, conjonctivales et rétiniennes. Les expositions prolongées de la peau à des rayonnements UV intenses peuvent avoir des conséquences tardives sous forme de cancer de la peau.

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.

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 de plein droit obligatoires pour les employeurs, membres de ces caisses mutuelles, 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. L'axe prioritaire choisi pour 2010 s'intitule «Les mutations démographiques dans le secteur de la

construction». 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.

Réorientation de l'Initiative nouvelle qualité du travail

L'Initiative nouvelle qualité du travail (Initiative Neue Qualität der Arbeit, INQA) a été lancée en 2002 à l'initiative commune de l'État fédéral, des Länder, d'institutions de l'assurance sociale, de syndicats, de fondations et d'employeurs. Son objectif consiste à améliorer la qualité du travail, condition indispensable pour que l'économie de l'Allemagne puisse être durablement compétitive et innovante. 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.

Sous les auspices de cette initiative, représentants de la classe politique, du monde économique, du secteur scientifique et de la société se penchent sur la question de savoir comment aménager les conditions de travail de manière à ce qu'elles soient à la fois attrayantes pour le personnel et rentables 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.

Un comité directeur servant d'organe central de prise de décision a été mis en place en 2012 pour renforcer encore ce caractère, avec pour mission de déterminer les grandes lignes du travail de l'initiative tout en formulant des idées pour les activités du réseau. Représentants du monde de l'entreprise et des syndicats y sont présents de façon paritaire.

Y sont également présents le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales, l'Agence fédérale pour l'emploi, la conférence des Ministres du Travail et des Affaires sociales représentant les Länder ainsi que quatre ambassadeurs thématiques.

Le contexte des mutations démographiques exige de plus en plus des entreprises et des administrations qu'elles mettent au point des concepts visant à garder leur personnel spécialisé afin d'augmenter leur propre capacité d'innovation et leur attraction pour les travailleurs, qu'elles s'engagent dans des voies nouvelles pour le recrutement de main d'œuvre et qu'elles dégagent de nouveaux potentiels d'emploi. Pour l'évolution du potentiel des personnes dans la vie active, une importance particulière revient toutefois 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 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.

- **Gestion 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.

Les offres de l'Initiative nouvelle qualité du travail sont flanquées par le programme «l'homme, valeur active de l'entreprise» du FSE. Ce programme 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, ces problèmes pouvant aller de l'encouragement de la santé à la qualification et la formation continue des personnels en passant par la flexibilisation du temps de travail ou encore la compatibilité entre vie professionnelle et vie familiale. 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. Jusqu'à 80% des coûts de conseil encourus par les entreprises participantes employant jusqu'à 249 personnes peuvent faire l'objet d'un encouragement.

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 (+49 180 321 43 21; 0,09 EUR la minute à partir du réseau fixe allemand de Deutsche Telekom) 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.

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.

En résumé, les conclusions suivantes peuvent être tirées : Après 10 ans de bons et loyaux services, l'Initiative nouvelle qualité du travail a procédé à son propre réajustement «en service». Avec les institutions qui la soutiennent et leurs réseaux partenaires, elle contribue à atteindre une «nouvelle qualité du travail» qui essaie en même temps d'aménager la capacité au travail et l'employabilité des effectifs ainsi que la compétitivité des entreprises avec pour toile de fond les mutations démographiques et structurelles du monde du 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

Unfallversicherung

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 sociale 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.

Le ticket modérateur pour les médicaments ainsi que la participation financière aux traitements paramédicaux et aux appareils thérapeutiques ne sont pas à votre charge.

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 accélérée 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 une participation à la vie au sein de la collectivité 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 une 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.

Si les orphelins âgés de plus de dix-huit ans disposent de leur propre revenu, celui-ci est pris en compte, comme pour la rente de conjoint survivant, à raison de 40 % pour le calcul de la rente d'orphelin, déduction faite d'un montant progressif exempt de prise en compte.

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.

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.

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).

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.

Le site Internet suivant, notamment, contient également des informations:

- www.dguv.de

Vous informez également sur l'assurance accidents les brochures suivantes publiées par le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publikation, Redaktion, Postfach 500, 53107 Bonn:

- «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

Rehabilitation und Teilhabe von behinderten Menschen

Par réadaptation, on entend toutes les prestations destinées à l'insertion des personnes handicapées dans la société. En République fédérale, nul ne doit se sentir exclu. Voilà pourquoi 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. Peu importe l'origine du handicap (éventuel). 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 ces aides, sans compter, bien évidemment, les personnes handicapées depuis leur naissance.

Le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales a mis en place un numéro d'appel (+49 30 221 911 006, service pour sourds et malentendants, e-mail info-gehoerlosbmas.bund.de) pour l'information du public. Ce service opère du lundi au jeudi de 8 h à 20 h et répond à vos questions sur les handicaps. Aux mêmes heures, il met aussi à disposition un service téléphonique en langage des signes. Pour assurer la communication, il vous faut un téléphone SIP-IP ou un ordinateur avec Softphone et webcam afin de vous connecter via DSL. gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

Le Livre IX du Code social allemand (SGB IX) – Participation et réadaptation des personnes handicapées – est entré en vigueur le 1er juillet 2001. Il met un terme au manque de clarté juridique régnant jusqu'à présent en regroupant les dispositions s'appliquant à plusieurs catégories de prestations sociales. 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. Conformément à cet objectif, les prestations ont été regroupées sous le terme de «Prestations visant une 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.

Prestations/conditions

Si vous êtes handicapé physique, mental ou psychique ou menacé de le devenir, vous avez droit à une aide. Cette aide peut s'avérer nécessaire 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.

Cette aide doit servir à vous garantir une place adéquate dans la collectivité. En termes de vie professionnelle notamment, cette place doit correspondre à vos goûts et vos aptitudes.

Prestations visant une 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;
- 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 une participation à la vie active

Les prestations visant une 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'adaptation, 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 d'une participation à la vie active permettant aux personnes handicapées d'avoir une occupation appropriée et adaptée ou une activité indépendante et de la maintenir.

Depuis 2004, les employeurs sont tenus d'offrir aux salariés malades depuis longtemps une gestion de l'intégration au sein de l'entreprise (Betriebliches Eingliederungsmanagement, BEM). Cette procédure a pour objectif de rétablir l'employabilité du salarié longtemps malade, de l'assurer durablement et d'éviter la perte d'un emploi.

Lors du choix des prestations visant une 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 une participation l'exigent.

Prestations visant une participation à la vie au sein de la collectivité

En font notamment partie:

- des mesures de pédagogie thérapeutique pour les enfants handicapés en âge préscolaire;
- des aides visant à promouvoir la communication avec l'entourage;
- des aides en vue d'une vie autonome dans des logements où une certaine assistance et prise en charge sont offertes;
- des aides visant à promouvoir la participation à la vie au sein de la collectivité et à la vie culturelle.

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. Celles-ci sont considérées comme étant en incapacité de travail également durant cette période.

Dans le cas de prestations visant une 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. 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.

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.

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 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

Il s'agit de centres de réadaptation spéciaux s'occupant de types particuliers de maladie et de handicap et dans lesquels est assurée une réadaptation au cours d'une procédure combinant étroitement des prestations de réadaptation médicale et des prestations visant une participation à la vie active («phase II»).

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.

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

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. Par ailleurs, en tant que personne gravement handicapée, vous avez droit à des congés payés supplémentaires (5 jours ouvrables en règle générale).

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 emploi obligatoire non occupé par une personne gravement handicapée est grevé d'une taxe de compensation dont le montant est échelonné comme suit:

- 115 EUR par mois pour un taux de réalisation de 3% à moins de 5%,
- 200 EUR par mois pour un taux de réalisation de 2% à moins de 3%,
- 290 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 et de défendre les intérêts de toutes les personnes gravement handicapées de l'entreprise ou du 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 une 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 du handicap 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», généralement accordées sous réserve que d'autres conditions de santé soient remplies. Font notamment partie des compensations de handicap susvisées:

- des allègements fiscaux, en particulier 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 pouvez utiliser gratuitement les services de transports publics locaux ou vous bénéficiez 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. 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 72 EUR pour un an ou 36 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, 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?

Chaque institution de notre système des assurances sociales s'occupe, en plus de ses autres attributions, du domaine de réadaptation qui relève de sa compétence:

- 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;
 - l'Institution d'assurance des marins (celle-ci fait aujourd'hui partie de l'Institution d'assurance des travailleurs de l'industrie minière);
 - les caisses de substitution;
 - l'Institution d'assurance des travailleurs de l'industrie minière;
- - 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 vie au sein de la collectivité, dont les institutions responsables 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 et à la vie au sein de la collectivité. 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.

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 une participation à la vie active dès lors qu'aucune autre institution n'est compétente. Pour les demandeurs d'emploi en capacité de gain et ayant besoin d'une aide, les institutions chargées du minimum individuel garanti pour les demandeurs d'emploi prennent en charge les prestations visant une participation à la vie active conformément aux dispositions du Livre II du Code social.
- L'aide sociale et l'aide à la jeunesse interviennent pour toutes les prestations nécessaires visant une 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.

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, les institutions ont créé dans presque tous les districts et villes tenant lieu de district des «services d'information et de conseil communs» qui informent à un niveau interinstitutionnel sur la compétence, les conditions d'octroi,

les prestations et les démarches administratives et offrent un soutien aux personnes concernées pour la présentation de leur demande. La création de ces services d'information et de conseil communs permet un octroi des prestations coordonné et proche du domicile du demandeur et offre un «guichet unique» pour le soutien aux personnes handicapées et menacées de le devenir. Les institutions sont également tenues de clarifier définitivement les compétences en l'espace de deux semaines et de fournir des prestations rapides et adaptées aux demandeurs.

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, les agences pour l'emploi et les offices de l'intégration. Les offices de l'indemnisation sociale sont localisés au sein des autorités administratives régionales, ou encore, selon l'organisation prévue par le droit des Länder, auprès des communes. 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

L'obligation d'assurer un conseil et une assistance interinstitutionnels et neutres par des services d'information et de conseil communs, à laquelle sont soumises les institutions de réadaptation, constitue un point central du Livre IX du Code social.

Ces services d'information et de conseil communs sont chargés, entre autres, des tâches suivantes:

- information sur les prestations existant et sur les conditions auxquelles elles sont soumises;
- aide aux personnes concernées pour la détermination du besoin en matière de réadaptation;
- identification de l'institution de réadaptation compétente;
- aide pour la présentation de la demande;
- réception et transmission des demandes à l'institution de réadaptation;
- préparation du dossier, si possible suffisante pour la prise de décision;
- assistance lors du recours aux prestations;
- assistance jusqu'à la décision de l'institution de réadaptation ainsi que coordination et entremise entre plusieurs institutions de réadaptation et les personnes concernées;
- information et aide aux personnes susceptibles de bénéficier d'un budget personnel, notamment au sujet des possibilités de recourir à un tel budget, et, plus spécifiquement, à un budget personnel interinstitutionnel;
- conseils précis aux entreprises sur la législation de base et les possibilités de gestion de l'intégration au sein de l'entreprise;
- aide aux employeurs dans la recherche de solutions adaptées aux entreprises pour résoudre la question de l'incapacité de travail ou pour maintenir un emploi.

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.

L'initiative « Inclusion »

Initiative Inklusion

L'initiative « Inclusion » est appliquée depuis 2011 dans le cadre du plan d'action national pour la mise en œuvre de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Celle-ci a été élaborée par le gouvernement fédéral allemand avec le concours des Länder, de l'Agence fédérale pour l'emploi, des chambres des métiers et des offices de l'intégration afin de permettre une meilleure inclusion des personnes gravement handicapées sur le marché général de l'emploi. L'initiative « Inclusion » est, comme le programme du gouvernement fédéral portant sur le marché du travail, « Job 4000 », un dispositif spécial institué par le gouvernement. Il complète les prestations de base visant à encourager la participation des personnes gravement handicapées à la vie active et permet à celles d'entre elles devant faire face à des difficultés particulières d'améliorer leurs chances sur le marché général de l'emploi.

Objectifs de l'initiative

- informations précises et conseil à l'attention des élèves gravement handicapés sur les perspectives professionnelles envisageables et assistance lors de la phase de transition de l'école à la vie active (orientation professionnelle) ;
- aider les jeunes gravement handicapés à trouver un poste d'apprentissage dans une entreprise en créant de nouveaux postes d'apprentissage (postes d'apprentissage dans les entreprises et les services administratifs) ;
- intégrer davantage les personnes gravement handicapées âgées d'au moins 50 ans dans le marché général de l'emploi (emplois dans les entreprises et les services administratifs)
- mettre en place, auprès des chambres de métiers de l'artisanat, des chambres de commerce et d'industrie et des chambres de l'agriculture, des compétences d'inclusion visant à améliorer la participation des personnes gravement handicapées à la vie active sur le marché général de l'emploi (Mise en place de compétences en matière d'inclusion auprès des chambres).

Comment parvenir à la réalisation de ces objectifs ?

Par l'intensification de l'orientation professionnelle

40 000 élèves gravement handicapés pourront bénéficier d'une orientation professionnelle plus intensive. L'organisation du dispositif d'orientation professionnel repose sur une coopération entre l'Agence fédérale pour l'emploi et les Länder.

Par la création de postes d'apprentissage dans les entreprises et les services administratifs

Il est prévu de subventionner 1300 nouvelles formations en entreprise pour les personnes gravement handicapées. Ces postes d'apprentissage seront créés en milieu ordinaire du travail.

Cette subvention spéciale sous forme d'un montant forfaitaire de 10.000 euros au maximum est prévue au cas par cas. Afin de motiver à l'embauche, sur la base d'un contrat de travail avec obligation d'affiliation à la sécurité sociale, du personnel formé, la subvention fera l'objet d'un versement échelonné. Elle ne sera entièrement versée à l'entreprise à l'issue de la formation et en cas d'embauche pour l'exercice d'une activité assujettie à la sécurité sociale.

C'est aux Länder qu'il incombe de mettre en œuvre cette mesure.

De surcroît, les Länder sont chargés d'élaborer et d'instituer des mesures ainsi que des stratégies permettant aux jeunes gravement handicapés et aux entreprises souhaitant proposer des postes d'apprentissage de surmonter les barrières qui les séparent. Ces mesures et stratégies n'ont pas vocation à remplacer les instruments existants (préparation à la vie active, emplois aidés, etc.). Au contraire, il est nécessaire qu'elles soient plus offensives pour donner aux jeunes gravement handicapés ou ayant le statut de personnes gravement handicapées la possibilité d'acquérir plus d'expérience pratique au sein des entreprises et de mieux connaître le milieu ordinaire du travail (initiation et préparation à la formation en entreprise) À cet effet, les Länder doivent s'appuyer notamment sur une coopération avec les services publics de l'emploi, les chambres des métiers et les partenaires sociaux. En ce qui concerne la mise en œuvre des mesures d'initiation et de préparation à la formation en entreprise, la participation de l'institut fédéral de la formation professionnelle est envisageable.

Emplois dans les entreprises et les services administratifs

Il est prévu de subventionner 4000 nouveaux emplois sur le marché général du travail pour les chômeurs âgés d'au moins 50 ans.

Cette subvention spéciale octroyée sous forme d'un montant forfaitaire de 10.000 euros au maximum est prévue au cas par cas.

Cette mesure doit être mise en œuvre par les Länder, qui s'appuieront à cet effet sur les coopérations et réseaux existants. Les Länder peuvent choisir d'utiliser cette subvention spéciale pour concentrer la création d'emplois dans des régions spécifiques.

Cette mesure doit être mise en œuvre notamment de manière à garantir, à l'issue de la période de financement, le maintien des personnes ayant fait l'objet d'une subvention dans une activité assujettie à la sécurité sociale

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette mesure, les Länder doivent coopérer étroitement avec l'Agence fédérale pour l'emploi et les organismes servant les prestations relevant de l'assurance sociale de base pour les demandeurs d'emploi.

Mise en place de compétences en matière d'inclusion auprès des chambres de métiers

Une subvention spéciale visant à mettre en place des compétences en matière d'inclusion pourra être octroyée sur demande à 50 chambres de métiers et de l'artisanat ainsi qu'à des chambres de commerce et d'industrie et à des chambres de l'agriculture. Cette subvention spéciale consiste en un montant forfaitaire de 100.000 euros au maximum par chambre. Chacune des chambres devra utiliser ces fonds pour instituer les mesures qu'elle jugera adaptées pour améliorer ses propres compétences en matière d'inclusion. Cette mesure doit amener les chambres de métiers à faire en sorte que les entreprises qui y adhèrent proposent davantage de formations et d'emplois pour les personnes gravement handicapées. Pour pouvoir bénéficier de ces fonds, les chambres de métiers devront créer ou consolider des structures durables favorisant la formation et l'emploi des personnes gravement handicapées et assurer ensuite la continuité de leur financement sans recourir au Fonds ou à la taxe de compensation.

Montant total des subventions

Le montant total des subventions s'élève à 140 millions d'euros alloués au ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales par le Fonds de compensation.

Assurance maladie

Krankenversicherung

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 peut aussi être choisie depuis le 1er avril 2007. Les caisses agricoles d'assurance sont soumises à des conditions.

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

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

- mesures de prévention et de dépistage précoce de certaines maladies (durant les six premières années avec un examen en début de puberté pour l'enfant, et tous les deux ans pour les adultes à partir de 35 ans). Les femmes ont droit à un examen de dépistage de certaines maladies cancéreuses à partir de 20 ans, les hommes, à partir de 35 ans;
- 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;
- prothèses ou couronnes dentaires nécessaires du point de vue médical;
- soins en établissement hospitalier;
- 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;

- 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;
- 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), le congé postnatal étant porté à douze semaines à compter de l'accouchement en cas de naissance prématurée ou de naissances multiples. 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.

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 2014, le plafond général de rémunération annuelle est de 53.550 EUR et reste donc égal à 75% du plafond annuel d'assujettissement retenu pour le calcul de la cotisation à l'assurance pension légale (Ouest). 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 une assurance maladie de substitution contractée auprès d'une compagnie d'assurance maladie privée, le nouveau droit prévoit un plafond de rémunération annuelle moins élevé de 48.600 EUR en 2014 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.

La Loi visant un financement pérenne et socialement équilibré du régime légal d'assurance maladie (Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, GKV-FinG) a réformé l'exemption d'affiliation au régime légal d'assurance maladie pour les travailleurs dont la rémunération a dépassé le plafond d'affiliation obligatoire. Depuis le 31 décembre 2010, il suffit de nouveau que le plafond de rémunération annuelle ait été dépassé une fois pour que cette exemption s'applique.

Outre les salariés, 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 promotion professionnelle;
- 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 et 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.

Aucune participation aux frais n'est due lorsque vous avez recours aux mesures de dépistage précoce, aux vaccinations, à d'autres mesures préventives et aux mesures de prophylaxie dentaire. De surcroît, les caisses d'assurance maladie peuvent prévoir une dispense partielle ou totale de la participation aux frais des assurés si ceux-ci choisissent certaines formes de soins par exemple.

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 1^{er} 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 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 1^{er} avril 2007. Cette règle s'applique également aux personnes n'ayant auparavant jamais été affiliées au régime légal d'assurance maladie ou 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 1^{er} 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 1^{er} 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, ne peuvent pas être affiliées 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.

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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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.

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 1^{er} 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 sont obligatoirement assujetties à l'assurance maladie privée si elles sont devenues bénéficiaires de ces prestations depuis le 1^{er} 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.

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 du conjoint et des enfants ne dépasse pas 395 EUR en 2014 et qu'ils ne soient pas eux-mêmes affiliés à une assurance maladie. 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.

Participation des assurés aux frais

L'assurance maladie doit rester finançable. Il est donc évident qu'elle ne peut tout prendre en charge et qu'elle ne peut non plus être sollicitée pour le moindre bobo. Son financement en serait vite menacé.

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

Prestations	Participation aux frais depuis le 1 ^{er} 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. C'est aussi l'une des raisons pour lesquelles ils participent aux coûts de certaines prestations. Cette participation est prescrite par la législation relative à l'assurance maladie. Le législateur veut ainsi 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'applique 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 4.977 EUR pour 2014, tandis que celle appliquée à chaque membre supplémentaire de la famille est de 10% de la grandeur de référence annuelle, soit 3.318 EUR pour 2014. Quant à la franchise s'appliquant aux enfants, elle est de 7.008 EUR. La plage d'application de la règle des 10% pour les autres membres de la famille ne s'applique plus qu'à l'assurance maladie des exploitants agricoles.

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 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 regroupant médecins et caisses d'assurance maladie donne une définition plus précise des maladies chroniques par le biais de directives. En vertu de cette directive, 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 de la catégorie 2 ou 3;
- 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 bénéficiaires de prestations d'aide 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 besoin normal pour personnes vivant seules ou pour personnes élevant seules des enfants (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).

Législation

L'assurance maladie légale est la catégorie la plus ancienne des assurances sociales.

Vous en trouverez les bases juridiques correspondantes dans différentes lois, dont:

- le Livre V du Code social (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch),
- la deuxième Loi sur l'assurance maladie des agriculteurs (Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte).

Les bénéficiaires de l'aide doivent payer la participation aux frais avec leur besoin normal. Celui-ci ne fait pas l'objet d'une augmentation. Le besoin normal est de 4.692 EUR par année civile. 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. 46,92 EUR
- Participation aux frais de 2%: («cas normal») env. 93,84 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.

Le Ministère fédéral de la Santé a mis en place un numéro d'appel (+49 30 340 60 66-01) 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 15 h et répond à vos questions sur l'assurance maladie.

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. 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 de l'argent de poche concernés, au 1er janvier, une dispense de participation aux frais.

Le bénéficiaire de l'argent de poche 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 destinées à la subsistance. 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, le régime légal d'assurance maladie est soumis sur tout le territoire fédéral à un taux général de cotisation et à un taux réduit de cotisation.

Si ces taux de cotisation étaient encore fixés, au 1er janvier 2009, par décret du Gouvernement fédéral sur la base de calculs d'un groupe d'estimation au sein de l'Office fédéral des assurances, ils sont définis par la loi depuis le 1er janvier 2011.

Le taux général de cotisation, qui s'applique entre autres aux cotisations issues de la rémunération du travail et des pensions, est de 15,5%. Il se compose d'un taux de 14,6% paritairement financé par employeurs et travailleurs pour les personnes dans la vie active et institutions de l'assurance pension légale et retraités pour les personnes en retraite, ainsi que d'une part de 0,9% du taux de cotisation qui n'est payée que par les affiliés des caisses d'assurance maladie.

Le taux réduit de cotisation, qui s'applique par principe aux assurés sans droit aux indemnités journalières de maladie, est de 14,9%. Ce taux comporte lui aussi une part de 0,9% du taux de cotisation qui est payée par les affiliés des caisses d'assurance maladie.

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 ayant des besoins en financement s'avérant inférieurs aux montants alloués par le fonds peuvent choisir de verser le solde sous forme de primes à leurs affiliés dans la mesure où elles disposent de réserves financières suffisantes. 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 indépendante des revenus. Simultanément, l'introduction d'une péréquation sociale au niveau de toutes les caisses d'assurance maladie garantit un financement socialement équilibré. La péréquation sociale garantit que les affiliés au régime légal d'assurance maladie ne soient pas sollicités de façon excessive. Si la cotisation supplémentaire moyenne des caisses d'assurance maladie excède deux pour cent des revenus soumis à cotisation, une péréquation sociale est automatiquement effectuée par l'employeur ou l'institution d'assurance pension légale. La cotisation supplémentaire moyenne des caisses d'assurance maladie a été de zéro euros pour 2011. Le recours à la péréquation sociale n'a donc pas été nécessaire pour cette année-là. Il en est de même pour les années 2012 à 2014.

En vue d'éviter les cotisations supplémentaires, 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. Ces cotisations supplémentaires sont à leur entière charge s'ils n'y procèdent pas.

S'il y procèdent, c'est à l'employeur de la personne obligatoirement soumise au régime légal d'assurance qu'il incombe de prendre en charge la moitié de la cotisation paritairement financée.

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 (2014: 4.050 EUR). 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.

Depuis le 1^{er} avril 2003, une réglementation particulière régit la rémunération mensuelle d'une activité située entre 400,01 EUR et 800 EUR. 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 nouvelles 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.

Informations sur la carte de santé électronique (au 1^{er} janvier 2014)

Aujourd'hui, la qualité des soins médicaux dépend de plus en plus du fait que le médecin traitant dispose, ou non, de toutes les informations nécessaires pour le traitement médical. Avec la carte de santé électronique et un réseau santé électronique indépendant du réseau Internet (infrastructure télématique), les données de santé requises pour le traitement pourront à l'avenir être mises à disposition rapidement et de façon sûre par voie électronique, si le patient y consent. L'objectif est d'améliorer la qualité des soins médicaux et de renforcer le rôle du patient tout en réduisant les coûts.

A l'heure actuelle, presque tous les assurés ont reçu leur carte de santé électronique personnelle. La Fédération centrale des caisses d'assurance maladie informe que, depuis le 1^{er} janvier 2014, la carte de santé électronique est reconnue comme preuve du droit à prestations. Toute personne ayant reçu une carte de santé électronique doit la présenter comme preuve de ce droit à prestations lors d'une consultation médicale. Afin d'éviter que des problèmes ne se produisent dans les cabinets médicaux pendant cette phase de passage de la carte d'assuré médical à la carte de santé électronique, la Fédération centrale des caisses d'assurance maladie et l'Association fédérale des médecins conventionnés ont donné leur accord pour que les médecins **puissent** encore continuer d'accepter la carte d'assuré maladie de façon provisoire. Ces derniers ne sont toutefois **pas obligés** de le faire. Par conséquent, la Fédération centrale des caisses d'assurance maladie et l'Association fédérale des médecins conventionnés conseillent aux assurés qui n'ont pas encore reçu de carte de santé électronique de contacter leur caisse d'assurance maladie dans les meilleurs délais.

L'expérience acquise jusqu'à présent montre que la carte de santé électronique peut être lue sans problème au même titre que la carte d'assuré maladie. Les cabinets médicaux, les cabinets dentaires et les hôpitaux ont été équipés de terminaux modernes de lecture financés par les caisses d'assurance maladie.

Le grand nombre de parties prenantes ainsi que des exigences très diverses posées à la carte de santé électronique et à l'infrastructure télématique font de l'introduction de cette carte de santé électronique une opération très complexe.

Par conséquent, les applications de la carte de santé électronique seront introduites successivement. Tout d'abord, ce sont les données administratives de l'assuré telles que nom, date de naissance et adresse ainsi que des informations sur l'assurance maladie telles que le numéro d'assuré ou le statut de l'assuré (membre, assuré familial ou retraité) qui sont stockées sur la carte. La carte de santé électronique est dotée d'une photo d'identité, sauf pour les assurés de moins de 15 ans et les assurés ne pouvant pas faire de photo d'identité (personnes exigeant des soins ou personnes immobiles par exemple). La photo aide à éviter les confusions sur l'identité d'une personne et à endiguer la fraude aux prestations. Elle contribue donc ainsi à réduire les coûts. Le sexe est aussi indiqué, ce qui ne l'était pas auparavant sur la carte d'assuré maladie. Cette information et la présence de la photo d'identité doivent aussi éviter d'autres confusions possibles sur la personne. Le verso de la carte de santé électronique peut être utilisé pour la «carte européenne d'assuré maladie», qui permet un traitement sans bureaucratie au sein de l'Europe.

La prochaine étape consiste à effectuer une mise à jour en ligne des données de l'assuré enregistrées sur la carte de santé électronique avec les données actuelles dont disposent les caisses d'assurance maladie. Ainsi, les changements que l'assuré aurait déjà notifiés à sa caisse d'assurance maladie, un changement d'adresse par exemple, seront automatiquement pris en compte sur la nouvelle carte de santé lors de la prochaine consultation. Les caisses d'assurance maladie réalisent ainsi des économies, n'ayant pas à délivrer de nouvelle carte. Simultanément, les cartes non valides ainsi que les cartes perdues ou déclarées comme volées pourront être plus facilement détectées. Ainsi, la fraude au détriment de la communauté des assurés peut être encore réduite. Une carte de santé électronique à jour fournit automatiquement des données correctes au cabinet médical.

A l'heure actuelle, la communication entre médecins a lieu par voie postale la plupart du temps. Il s'ensuit fréquemment que l'un des médecins traitants ne dispose pas à temps d'informations importantes. Lorsque le courrier arrive enfin, il doit être numérisé pour que les données puissent être enregistrées dans le système informatique du cabinet, une opération qui prend du temps. C'est la raison pour laquelle les médecins demandent depuis longtemps déjà que les conditions soient créées pour que les diagnostics puissent être transmis électroniquement d'un médecin à l'autre, rapidement et de façon sûre, puis repris dans leur forme déjà numérisée. Les organisations dotées de l'autonomie administrative responsables de l'introduction de la carte de santé électronique (médecins, dentistes, hôpitaux, caisses d'assurance maladie, pharmacies) ont déjà commencé à préparer cette transition.

En cas d'urgence, il peut s'avérer vital que le médecin ait accès à certaines informations telles que par exemple des antécédents médicaux ou des allergies de l'assuré. C'est pourquoi la phase suivante prévoit que l'assuré puisse, s'il le souhaite, faire enregistrer ces informations sur la carte comme données d'urgence. En cas d'urgence, les médecins ou le personnel médical de secours y aura accès avec ou sans l'aide du patient. Le consentement du patient par code PIN n'est pas nécessaire pour l'accès à ces données, contrairement aux autres applications médicales.

Le moment venu, c'est à l'assuré qu'il revient de décider s'il souhaite bénéficier des nouvelles possibilités offertes par la carte de santé électronique pour le stockage de données médicales, et desquelles. C'est également lui qui décide s'il souhaite utiliser une application telle que les données d'urgence et dans quelle étendue, s'il souhaite utiliser sa carte afin de notifier qu'il est donneur d'organes et s'il souhaite avoir recours plus tard au dossier médical électronique. Avant que ces applications soient proposées, elles devront avoir fait leurs preuves dans les tests pratiques et répondre aux règles de sécurité strictes.

Le patient a un droit de regard sur les données, il peut les imprimer ou demander à ce qu'elles soient effacées. Seules les données administratives du patient devront obligatoirement être enregistrées sur la carte de santé, ce qui est aussi le cas aujourd'hui avec la carte d'assuré maladie.

La protection des données à caractère personnel et la praticabilité sont une priorité absolue et sont assurées par des mesures législatives et techniques. Il est prévu que la communication de données sensibles liées à la santé se fasse par un réseau sûr qui devra être créé à cet effet. Ce réseau n'est absolument pas comparable à l'Internet, qui est un réseau public. Les données médicales envoyées d'un cabinet médical auront été cryptées au préalable. Lorsqu'un patient souhaite qu'un autre médecin traitant ait accès à ces données, elles ne pourront être décryptées qu'après introduction simultanée dans le lecteur de cartes de la carte de santé électronique dudit patient et de la carte de professionnel de la santé du médecin. Tout «décryptage» par des tiers est donc exclu. Ce «cryptage de bout en bout» correspond aux directives de l'Agence fédérale pour la sécurité des systèmes d'information. De plus, le patient doit saisir

un code PIN pour autoriser l'accès à des données médicales. Y font exception les données d'urgence, dont l'accès est soumis à l'utilisation d'une carte de professionnel de la santé mais pas au consentement du patient par code PIN, la situation pouvant ne pas le permettre.

La carte de santé électronique est donc un outil technique permettant aux patients de protéger efficacement l'accès à leurs données médicales. Ce sont eux qui déterminent qui peut enregistrer, lire et modifier quelles données et quand. Les mesures relatives à la protection des données à caractère personnel qui ont été prises offrent un maximum de protection pour les données médicales sensibles. Elles sont l'objet d'un perfectionnement technique constant et d'une coopération étroite avec le Délégué à la protection des données du Gouvernement fédéral

Assurance dépendance

Pflegeversicherung

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 nécessitant 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. De plus, les soins grèvent aussi fréquemment le budget. Avant l'introduction de l'assurance dépendance, peu de personnes étaient assurées contre ce risque.

L'ampleur du problème soulevé par la dépendance apparaît nettement à la lumière de quelques chiffres. Ainsi, de nos jours, on dénombre environ 2,55 millions de personnes nécessitant constamment des soins en République fédérale d'Allemagne, un chiffre qui est supérieur à la population de la ville de Hambourg. Environ 0,77 million de personnes dépendantes résident en établissements. Les autres, soit environ 1,77 million 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. Dans leur cas, il s'agit d'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 395 EUR. Pour le cas où ces personnes exercent une activité minime, 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.

Qu'entend-on par dépendance au sens de l'assurance dépendance?

Le terme répond à une définition précise: Est considérée comme dépendante toute personne qui, en raison d'une maladie ou d'un handicap physique, psychique ou mental nécessite en permanence – ce pour une période présumée d'au moins six mois – et dans une très large ou une assez large mesure, une aide pour exécuter les actes courants et périodiques qui rythment la vie quotidienne.

Les actes courants et périodiques de la vie quotidienne sont:

1. dans le domaine de l'hygiène corporelle: faire sa toilette, se doucher, prendre un bain, se brosser les dents, se coiffer, se raser, déféquer ou uriner,
2. dans le domaine de l'alimentation: préparer des portions appropriées et les ingérer,
3. dans le domaine de la mobilité: être autonome pour se lever, se coucher, s'habiller et se déshabiller, se déplacer, se tenir debout, monter ou descendre des escaliers ou encore quitter le domicile et y revenir,
4. dans le domaine de l'entretien du ménage: faire les commissions, la cuisine, nettoyer l'appartement, faire la vaisselle, changer et laver le linge et les vêtements ou assurer le chauffage du domicile.

L'aide à apporter peut consister à assister une autre personne dans la réalisation des actes rythmant la vie quotidienne, à exécuter ces actes entièrement ou partiellement ou à veiller sur la personne et à la guider lorsqu'elle exécute ces tâches. Le but poursuivi à travers l'aide est toutefois de parvenir, dans la mesure du possible et au sens d'une activation, à ce que la personne dépendante exécute elle-même ces tâches.

Quelles sont les différentes catégories de dépendance?

Les personnes dépendantes sont classées en trois catégories (I, II et III) en fonction de l'aide dont elles ont besoin. Il existe en plus la «catégorie 0». Le montant des prestations est aussi fonction de la catégorie. En présence d'une dépendance de catégorie III, il peut y avoir un cas critique si les soins exigés vont au-delà de l'assistance normalement exigée pour cette catégorie.

«Catégorie 0»

Les personnes de toutes catégories d'âge souffrant de troubles de leurs facultés en raison d'une démence, souffrant d'un handicap mental ou de troubles psychiques peuvent être fortement limitées dans l'exercice des actes de la vie quotidienne même si leur besoin en soins de base et en assistance pour l'entretien du ménage ne suffit pas encore pour remplir les critères de la catégorie de dépendance I.

Catégorie I – grande dépendance

Une personne dépendante entre dans la catégorie de grande dépendance I lorsqu'elle a besoin d'aide au moins une fois par jour, dans les domaines des actes courants (hygiène corporelle, alimentation ou mobilité) pour l'exécution d'au moins deux actes relevant d'un ou de plusieurs de ces domaines, ainsi que plusieurs fois par semaine pour ce qui est de l'entretien du ménage. Le temps hebdomadaire consacré à une personne dépendante de catégorie I doit être d'au moins 90 minutes en moyenne journalière, dont plus de 45 minutes pour les soins de base.

Catégorie II – dépendance lourde

Une personne dépendante entre dans la catégorie de dépendance lourde II lorsqu'elle a besoin d'aide au moins trois fois par jour et à différentes heures de la journée pour ce qui est des soins de base (hygiène corporelle, alimentation ou mobilité) ainsi que plusieurs fois par semaine pour ce qui est de l'entretien du ménage. Le temps hebdomadaire consacré à une personne dépendante de catégorie II doit être d'au moins trois heures en moyenne journalière, dont au moins deux heures pour les soins de base.

Catégorie III – dépendance absolue

Une personne dépendante entre dans la catégorie de dépendance absolue III lorsqu'elle a besoin d'aide nuit et jour, 24 heures sur 24. Elle doit aussi avoir besoin d'aide plusieurs fois par semaine pour l'entretien du ménage. Le temps hebdomadaire consacré à une personne dépendante de catégorie III doit être d'au moins cinq heures en moyenne journalière, dont au moins quatre heures pour les soins de base (hygiène corporelle, alimentation ou mobilité).

Quand s'appliquent les dispositions pour cas critiques?

Les dispositions relatives aux cas critiques peuvent s'appliquer lorsque sont remplies les conditions pour une dépendance de catégorie III et que les soins exigés vont au-delà de l'assistance normalement exigée pour cette catégorie. Les prestations sont alors plus élevées. Les conditions suivantes doivent être réunies pour pouvoir constater un besoin en soins exceptionnellement élevé au sens des dispositions régissant les cas critiques:

- l'aide pour les soins de base (hygiène corporelle, alimentation ou mobilité) doit durer au moins six heures par jour, et avoir lieu au moins trois fois la nuit, ce calcul tenant aussi compte des soins médicaux permanents apportés aux personnes dépendantes se trouvant dans un établissement de soins à séjour permanent, ou
- les soins de base dispensés à la personne dépendante ne peuvent être dispensés que par plusieurs personnes formées aux métiers des soins et les prodiguant ensemble, même la nuit. Pour effectuer au moins un acte le jour et la nuit, au moins une autre personne doit intervenir en plus de la personne exerçant les soins à titre professionnel. Cette autre personne n'a pas besoin d'être employée par un service de soins (membre de la famille par exemple). Ce constat sert à éviter que plusieurs personnes d'un service de soins soient impliquées dans un tel cas.

Chacune de ces deux conditions répond déjà en elle-même aux caractéristiques d'un besoin en soins dépassant largement, en quantité comme en qualité, la mesure normale des exigences de la catégorie de dépendance III. Dans chacun de ces cas, une assistance constante doit aussi être requise dans le domaine de l'entretien du ménage.

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. Dès la réception de la demande, la caisse d'assurance dépendance demande au service médical de l'assurance maladie de procéder à une expertise afin de déterminer la dépendance.

En combien de temps la demande est-elle traitée?

La loi prévoit que les demandes de prestations d'assurance dépendance soient traitées dans les cinq semaines. 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 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 soins aux personnes dépendantes. Si la personne demandant les prestations est chez elle sans avoir de soins palliatifs et si une tierce personne a annoncé à son employeur vouloir faire valoir un congé soins aux personnes dépendantes en vertu de la Loi relative au congé soins aux personnes dépendantes ou s'il a été convenu d'un congé soins avec l'employeur, le délai de traitement de la demande est de deux semaines.

Remarque: Si la caisse d'assurance dépendance ne donne pas sa réponse écrite à la demande dans les cinq semaines suivant la réception de celle-ci, ou si les délais d'expertise plus courts ne sont pas respectés, la caisse d'assurance dépendance doit 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 une grande dépendance (catégorie I au minimum). Si aucune expertise n'a été effectuée dans les quatre semaines suivant le dépôt de la demande, la caisse d'assurance dépendance est, en outre, tenue de proposer à l'assuré un choix d'au moins trois experts.

L'assuré peut faire appel contre la décision de la caisse d'assurance dépendance.

Comment la dépendance est-elle constatée?

La caisse d'assurance dépendance demande au service médical de l'assurance maladie 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. Cette expertise est en règle générale menée au domicile du demandeur lors d'une visite (annoncée) d'un expert (professionnel des soins ou médecin). Cet expert détermine le besoin en assistance pour les soins de base (hygiène corporelle, alimentation et mobilité) ainsi que pour l'entretien du ménage. Les personnes ayant une assurance privée déposent la demande auprès de leur caisse d'assurance dépendance privée. L'expertise est alors assurée par des experts du service médical MEDICPROOF.

La dépendance des enfants doit en règle générale être déterminée par des experts du service médical formés à cet effet. Il s'agit en général de personnel infirmier ou de pédiatres. Le classement des enfants dépendants dans l'une ou l'autre catégorie de dépendance est fonction de l'aide supplémentaire dont ils ont besoin par rapport à des enfants du même âge et en bonne santé. Ce n'est pas le besoin en assistance normal pour son âge d'un nourrisson ou d'un enfant en bas âge qui est décisif pour la détermination du degré de dépendance, mais seulement l'assistance nécessaire allant au-delà de ce besoin normal.

Soins à domicile ou en établissement

Les prestations de l'assurance dépendance sont fonction de la catégorie 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. Et c'est une bonne chose, car les personnes dépendantes préfèrent en règle générale continuer de vivre aussi longtemps que possible avec leurs proches dans un milieu qui leur est familier. Les soins à domicile doivent donc avoir la priorité sur ceux en établissement. 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 de la catégorie de dépendance. La personne nécessitant des soins a le droit de choisir entre la prestation en nature (soins dispensés par une institution liée par contrat à la caisse d'assurance dépendance: par ex. centre d'action sociale ou service de soins à domicile) 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).

Par ailleurs, dans le cadre du droit aux prestations en nature, les soins à domicile peuvent également être dispensés par des professionnels de soins. Les caisses d'assurance dépendance sont tenues de conclure des contrats avec différents professionnels de soins qualifiés si rien ne s'y oppose. Le recours à cette aide individuelle peut aider la personne dépendante à mener une vie aussi indépendante et autonome que possible ou, par exemple, permettre de mieux tenir compte des souhaits spécifiques de la personne dépendante quant à l'aide concrète qui pourra lui être fournie.

Depuis le 1^{er} janvier 2013, les personnes dont les compétences pour les tâches de la vie quotidienne sont très limitées (catégorie 0) ont aussi droit aux prestations en nature ou à l'allocation dépendance. Il est également possible de combiner prestations en nature et prestations en espèces. Les aides peuvent donc être configurées en adéquation avec les besoins personnels de la personne dépendante. Plusieurs ayants-droit peuvent aussi regrouper leurs droits à prestations en nature (constitution de «pools»), notamment si elles vivent dans de nouvelles formes de logement. Les membres du pool bénéficient ainsi tous des gains réalisés en matière d'efficience, en particulier pour les prestations d'assistance générale.

L'assurance dépendance prévoit d'autres prestations telles que:

- équipements nécessaires aux personnes dépendantes (par ex. lit adapté);
- indemnités pour travaux de transformation du logement exigés par les soins, jusqu'à hauteur de 2.557 EUR par mesure de transformation, pour autant que d'autres moyens de financement n'entrent pas en ligne de compte. Les assurés de «catégorie 0» dont les compétences pour les tâches de la vie quotidienne sont très limitées peuvent aussi bénéficier de cette indemnité. Cette indemnité peut aller jusqu'à quatre fois 2.557 EUR, soit 10.228 EUR au maximum, si plusieurs personnes dépendantes ou personnes dont les compétences pour les tâches de la vie quotidienne sont très limitées vivent ensemble;
- cours gratuits de soins à l'intention des proches et des tierces personnes bénévoles.

Les assurés qui bénéficient d'une aide aux frais médicaux ou de l'indemnité pour frais médicaux en cas de maladie ou de dépendance en vertu de statuts de la fonction publique ne reçoivent les prestations correspondantes que pour moitié, pour autant qu'ils soient affiliés à l'assurance dépendance sociale. De ce fait, ils ne paient que la moitié du montant de la cotisation. Les fonctionnaires affiliés à une assurance dépendance privée obligatoire perçoivent de celle-ci toutes les prestations susmentionnées au prorata de l'aide aux frais médicaux à laquelle ils ont droit.

Supplément pour les membres de communautés recevant des soins ambulatoires

Les personnes dépendantes des catégories I, II ou III qui perçoivent l'allocation dépendance et/ou des prestations en nature bénéficient, en plus des autres prestations, d'un forfait de 200 EUR par mois si elles partagent avec d'autres personnes dépendantes un logement dans lequel elles bénéficient de soins ambulatoires et dans lequel un professionnel des soins intervient pour l'organisation, la gestion ou les soins. Pour cela, aux moins trois personnes dépendantes doivent cohabiter régulièrement, cette communauté doit avoir pour objectif d'organiser des soins communs pour le groupe et les personnes dépendantes ou la communauté peuvent décider de façon indépendante quelles prestations de soins et d'assistance doivent être apportées à ses membres et quel prestataire sera choisi pour les apporter.

Suppléance pour soins

Si la tierce personne qui assure des soins à domicile à une personne dépendante part en voyage ou est empêchée pour d'autres raisons, cette dernière a droit à une suppléance pour une durée allant jusqu'à quatre semaines, à concurrence d'un montant total de 1.550 EUR par an. Si la suppléance est assurée par une tierce personne qui est apparentée avec la personne dépendante, directement ou par alliance, jusqu'au deuxième degré ou vit dans le même ménage, on part du principe que cette suppléance n'est pas assurée à titre professionnel; dans de tels cas, les coûts pour la caisse d'assurance dépendance ne doivent pas être supérieurs au montant de l'allocation dépendance pour la catégorie de dépendance constatée. Néanmoins, la tierce personne peut présenter à la caisse d'assurance dépendance un justificatif des dépenses nécessaires qu'elle a engagées au titre de la suppléance, tels que manque à gagner et frais de transport par exemple, et ces dépenses pourront être prises en charge. Les coûts pour la caisse d'assurance dépendance ne doivent pas dépasser le montant global de 1.550 EUR. Les assurés dépendants de «catégorie 0» dont les compétences pour les tâches de la vie quotidienne sont très limitées peuvent aussi bénéficier des prestations de suppléance. Pendant les soins de suppléance, le moitié de l'allocation de dépendance servie jusqu'alors continuera d'être versée jusqu'à quatre semaines par année civile.

Soins avec séjour partiel en établissement et soins de courte durée

Que se passe-t-il lorsque les soins à domicile ne peuvent être garantis de façon suffisante ou lorsque la situation exige un complément à ces soins et un renfort de ceux-ci? Dans ce cas, la personne dépendante peut être confiée à un établissement d'accueil partiel pour soins de jour ou de nuit ou, si cela ne suffit pas, à un établissement pour soins de courte durée. L'assurance dépendance apporte son soutien à l'intéressé, car elle prend en charge, sans limitation de durée, les soins de base, l'encadrement social et les soins nécessités par un traitement médical dispensés en établissement pour soins de jour ou de nuit jusqu'à concurrence de 450, 1.100 ou 1.550 EUR par mois selon le degré de dépendance ainsi que les soins de courte durée jusqu'à concurrence de 1.550 EUR pour un total de 4 semaines par année civile.

Un droit à la moitié de la prestation en nature de soins à domicile correspondante ou à l'allocation dépendance est maintenu en plus du droit à des soins de jour ou de nuit. Pour le cas où il ne serait fait usage qu'à moitié des soins de jour ou de nuit, le droit à la totalité de la prestation en nature ou de l'allocation dépendance subsiste.

Pendant les soins de courte durée, la moitié de l'allocation dépendance perçue jusque là continue d'être versée jusqu'à une durée de quatre semaines par année civile. Les soins de courte durée pour les enfants de moins de 25 ans nécessitant des soins peuvent aussi être dispensés dans des établissements d'aide aux personnes handicapées ou autres structures adaptées.

Compléments au titre d'un besoin élevé en assistance générale

Les assurés dont les compétences pour les tâches de la vie quotidienne sont très limitées (personnes souffrant de troubles psychiques ou d'un handicap mental, personnes souffrant de démence) et qui sont soignées chez elles ont droit à un complément allant jusqu'à 100 EUR par mois (montant de base) ou jusqu'à 200 EUR par mois (montant plus élevé) au titre de l'assistance, soit respectivement 1.200 et 2.400 EUR maximum par an. Les assurés entrant dans la «catégorie 0» y ont également droit.

De surcroît, ces personnes ont aussi droit à une visite de conseil tous les semestres. Ces visites de conseil peuvent également être assurées par des centres de conseil agréés. Aucune expertise en matière de soins n'est requise pour obtenir l'agrément.

Le complément au titre de l'assistance doit être mis en œuvre à des fins données pour des prestations d'assistance précisées par la loi et soumises à une assurance-qualité. Il sert à compenser les frais encourus par l'assuré pour faire appel à des prestations au titre des soins de jour ou de nuit, des soins de courte durée, à des services de soins homologués dans la mesure où il s'agit de prestations particulières de ces services en vue d'une familiarisation et d'une assistance et non de prestations de soins de base et d'entretien du ménage, ou pour faire appel à des offres de services dites «faciles d'accès» reconnues par le droit des Länder (groupes d'assistance aux personnes souffrant de démences par exemple, ou encore cercles d'aide destinés à soulager pendant quelques heures un membre de la famille prodiguant des soins

à domicile, assistance de jour en petits groupes ou assistance individuelle par des aides agréées ainsi que des services aidant les familles).

Secteur des soins en établissement :

Dans les établissements de soins avec séjour permanent, dans les établissements de soins de courte durée ainsi que dans les établissements de soins de jour et de nuit, du personnel d'assistance supplémentaire peut être mis à la disposition des résidents ou des bénéficiaires à titre ambulatoire qui ont un besoin important en assistance générale afin de leur proposer des offres particulières d'assistance supplémentaire et d'activation. Les frais encourus sont intégralement pris en charge par les caisses d'assurance dépendance légales et privées en vertu des règlements conclus. Les personnes dépendantes et les bénéficiaires de l'aide sociale n'auront pas de frais à charge.

La protection sociale des tierces personnes

Celui qui soigne 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 améliore la protection sociale des tierces personnes. De surcroît, ces dernières sont également couvertes par l'assurance accidents légale pendant qu'elles dispensent des soins (brochure sur l'assurance accidents, cf. chapitre assurance accidents).

Toute personne qui apporte des soins à domicile à une personne dépendante au moins 14 heures par semaine et à titre non professionnel, et qui n'exerce pas d'activité professionnelle ou dont le temps de travail hebdomadaire n'excède pas 30 heures est affiliée à l'assurance pension légale si la personne dépendante a droit aux prestations de l'assurance dépendance sociale ou privée. Si des soins sont prodigués à deux personnes ou plus, les heures qui y sont consacrées peuvent être cumulées. L'assurance dépendance prend les cotisations à sa charge. Le montant de ces cotisations est fonction du degré de dépendance et du temps que la tierce personne consacre en conséquence aux soins nécessaires. Pendant les vacances de la tierce personne, ses cotisations à l'assurance pension légale continuent d'être versées par la caisse d'assurance dépendance.

L'assurance dépendance ne verse pas de cotisations à l'assurance chômage pour les périodes autres que les périodes de soins. Depuis le 1^{er} février 2006, il est toutefois possible, sous certaines conditions, de continuer à s'assurer à titre volontaire et donc de conserver la protection fournie par l'assurance chômage. Veuillez vous adresser à l'Agence fédérale pour l'emploi pour de plus amples informations.

Conciliation de la vie professionnelle et des soins – mesures de soutien

Congé soins aux personnes dépendantes

Les soins à domicile sont également renforcés par la Loi relative au congé soins aux personnes dépendantes (Pflegezeitgesetz), qui a été élaborée dans l'intérêt des membres de la famille nécessitant des soins et prend en compte les différentes situations encourues et les différents besoins. Les dispositions de cette loi sont basées sur deux piliers afin que les soins puissent être garantis quelle que soit la situation rencontrée.

- En présence d'une situation particulière inattendue où un membre de la famille exige des soins, les salariés ont le droit de manquer dix jours de travail maximum (empêchement de courte durée). 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 cependant également servir à ce que les personnes exigeant des 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 membre de la famille jusqu'à ce qu'une solution soit trouvée. Ce droit est accordé aux salariés indépendamment du nombre de personnes normalement employées par leur employeur.
- De surcroît, les salariés qui soignent à domicile un membre de leur famille nécessitant des soins

ou souhaitent l'accompagner dans la dernière phase de sa vie 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 un congé à temps partiel.

A droit au congé soins aux personnes dépendantes tout personne dont l'employeur emploie en règle générale plus de quinze personnes. Après ce congé, la personne doit pouvoir revenir au travail dans les mêmes conditions qu'avant le congé soins aux personnes dépendantes (protection spéciale contre le licenciement). Cette mesure permet aux personnes prêtes à soigner des membres de leur famille d'éviter de quitter la vie professionnelle. Simultanément, la possibilité de prendre un congé à temps partiel et le droit au retour à un emploi à temps plein évitent que ces personnes aient de moins bonnes chances de développement professionnel.

La protection sociale nécessaire est garantie pendant le congé soins aux personnes dépendantes. Dans le cadre de l'assurance chômage, ce congé est considéré comme durée d'affiliation à l'assurance et les cotisations à cette assurance sont prises en charge par l'assurance dépendance. Pour ce qui est de l'assurance maladie et de l'assurance dépendance, l'assurance dépendance octroie une allocation pour la cotisation à une assurance volontaire si la personne n'est pas assurée autrement, en particulier dans le cadre d'une assurance familiale. En pratique, cette allocation est calculée de manière à ce qu'elle couvre généralement le montant de la cotisation. En termes d'assurance pension légale, les périodes de soins à domicile prodigués de façon non professionnelle sont considérées comme des périodes de cotisations obligatoires, comme c'était déjà le cas avant l'introduction du congé soins aux personnes dépendantes, dans la mesure où les soins à domicile exigent au moins 14 heures par semaine et où la personne les recevant perçoit des prestations au titre de l'assurance dépendance. En présence d'un congé soins à temps partiel, la durée du temps de travail hebdomadaire ne doit toutefois pas excéder 30 heures. C'est aussi l'assurance dépendance qui prend en charge les cotisations au régime légal de l'assurance pension, en fonction de la catégorie de dépendance et de l'étendue des soins.

Congé de soutien familial

Le congé de soutien familial constitue une seconde possibilité pour concilier vie professionnelle et soins à des personnes dépendantes. La Loi relative au congé de soutien familial (Familienpflegezeitgesetz) prévoit depuis le 1^{er} janvier 2012 la possibilité de réduire le temps de travail hebdomadaire jusqu'à 15 heures sur une période maximale de 24 mois pour prodiguer des soins à un parent proche. Les personnes faisant appel à ce congé de soutien familial bénéficient pendant cette période, de la part de l'employeur, d'un complément à leur salaire d'un montant de la moitié de la rémunération diminuée en raison du temps partiel dû aux soins. Une fois le congé de soutien familial terminé, le salaire réduit continuera d'être versé dans la phase suivant le congé de soutien familial jusqu'à ce que l'avance sur salaire ait été compensée. Les personnes faisant appel au congé de soutien familial bénéficient pendant cette période d'une protection contre le licenciement qui s'applique à la période de soins et à la phase suivant le congé de soutien familial. Le congé de soutien familial n'est pas fondé sur un droit. Pour pouvoir en bénéficier, les salariés doivent conclure un accord écrit avec leur employeur.

Vous trouverez de plus amples informations sur ce congé de soutien familial à l'adresse www.familienpflege-zeit.de.

Les soins en établissement

L'assurance dépendance prend en charge les dépenses liées aux soins de base, à l'encadrement social et aux soins d'un traitement médical si un séjour en établissement de soins est nécessaire. Cette prise en charge est de 1.023 EUR pour les personnes dépendantes de catégorie I, de 1.279 EUR pour les personnes dépendantes de catégorie II et de 1.550 EUR pour les personnes dépendantes de catégorie III. Pour éviter que n'apparaissent des situations critiques, les personnes dont la dépendance est absolue reçoivent à titre dérogatoire jusqu'à 1.918 EUR par mois. Les frais d'hébergement et de nourriture sont à la charge de l'assuré, comme pour les soins à domicile.

Le montant à prendre en charge par la caisse d'assurance dépendance ne doit pas dépasser 75% de la rémunération exigée par l'établissement. L'assuré doit donc prendre en charge au moins 25% de cette rémunération.

Conseil dépendance et centres d'orientation dépendance

Toute personne dépendante a un droit opposable à un conseil dépendance, c'est-à-dire à une aide et à une assistance fournies par une conseillère ou un conseiller dépendance de la caisse d'assurance dépendance ou de la compagnie d'assurance privée auprès de laquelle elle est assurée. Ces conseillers ont les missions suivantes:

- consigner et analyser systématiquement le besoin en dépendance en tenant compte des constats de l'expertise du service médical de l'assurance maladie;
- élaborer un plan d'intervention individuel comportant toutes les prestations sociales ainsi que les aides favorables à la santé, à caractère préventif, curatif, de réadaptation ou autres aides médicales, de soins et sociales nécessaires pour le cas donné;
- veiller à ce que les mesures nécessaires pour la réalisation du plan d'intervention, y compris leur approbation par l'institution compétente, soient mises en œuvre;
- surveiller la réalisation du plan d'intervention et l'adapter à d'éventuels changements des besoins, et
- évaluer et consigner le processus d'aide pour les cas particulièrement complexes.

Le conseil dépendance doit réunir toutes les parties impliquées dans les soins.

S'il existe un centre d'orientation dépendance près de chez vous, celui-ci assure un conseil sur toutes les prestations de soins, médicales et sociales. C'est sous la tutelle du centre d'orientation dépendance que les employés des caisses d'assurance maladie et des caisses d'assurance dépendance, de l'aide aux personnes âgées ou des institutions de l'aide sociale se concertent et expliquent leurs prestations sociales aux personnes concernées qui viennent demander conseil et assistance.

La Fédération des caisses d'assurance dépendance a formulé des recommandations tant sur le nombre que sur la qualification des conseillères et des conseillers dépendance.

Le conseil dépendance peut avoir lieu au domicile de la personne dépendante ou des membres de sa famille s'ils le souhaitent, et il est gratuit. Dès que la caisse d'assurance dépendance a reçu d'un demandeur la première demande de prestations au titre de l'assurance dépendance, elle est tenue

- de proposer une date concrète pour le conseil dépendance avec indication d'une personne à contacter, le rendez-vous devant avoir lieu dans les deux semaines suivant la réception de la demande, ou
- d'établir un bon pour un conseil dépendance portant le nom de centres de conseil indépendants et neutres auprès desquels le demandeur pourra demander conseil également dans les deux semaines, les frais en étant couverts par l'assurance dépendance.

Le conseil dépendance peut également avoir lieu plus tard si cela est souhaité.

De surcroît, les caisses d'assurance dépendance sont tenues d'informer les demandeurs qu'ils ont le droit de demander le rapport d'expertise du service médical de l'assurance maladie ou d'un autre expert mandaté par la caisse d'assurance dépendance ainsi que la recommandation de réadaptation séparée.

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 numéro +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

Toutes les prestations susmentionnées peuvent également bénéficier dans leur intégralité aux personnes handicapées dépendantes moins âgées. De plus, l'assurance dépendance participe, par une allocation forfaitaire, aux dépenses courantes générées par les séjours en centres relevant de l'aide aux personnes handicapées, lesquels ne sont pas des établissements de soins, mais des centres s'occupant en premier lieu de l'insertion des personnes handicapées. Les personnes dépendantes séjournant dans des centres relevant de l'aide aux personnes handicapées ont droit à l'intégralité de l'allocation dépendance pour les journées pendant lesquelles elles bénéficient de soins à domicile.

Organisation financière

4, celui-ci est de 4.050,00 EUR par mois tant dans les anciens que dans les nouveaux Länder.

Depuis le 1^{er} janvier 2013, le taux de cotisation s'élève à 2,05% de la rémunération soumise à cotisations.

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 2,05% est assumé à parts égales de 1,025% par les salariés et les employeurs. En Saxe, où aucun jour férié n'a été supprimé, le salarié assume 1,525% du taux et l'employeur 0,525%.

Depuis le 1^{er} janvier 2005, les personnes sans enfants, quelle qu'en soit la raison, sont soumises à une majoration de 0,25%. Ainsi, la part de cotisation assumée par un salarié sans enfants, par exemple, passe de 1,025% à 1,275%. 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 1^{er} 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 retraités paient eux-mêmes leur cotisation à l'assurance dépendance sociale due sur leur pension ainsi que les cotisations dues au titre de rentes 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 charge 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 minimale, 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 15 h 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), «Pflegen zuhause» (Les soins de dépendance chez soi) et «Wenn das Gedächtnis nachläßt» (Quand la mémoire décline).

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)», Pennefeldsweg 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 légale

Rentenversicherung

La sécurité sociale est indissociable de l'assurance pension légale. 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 le service militaire ou le service civil fédéral à titre volontaire 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 2014, à 5.950 EUR dans les anciens Länder et à 5.000 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 1^{er} janvier 2013 exercent une activité dont la rémunération mensuelle est inférieure ou égale à 450 EUR sont obligatoirement assujettis au régime général de l'assurance pension au titre de salariés faiblement rémunérés. En 2014, le taux de cotisation à l'assurance-pension a été fixé à 18,9%. Celui-ci est réparti comme suit : l'employeur verse une cotisation forfaitaire à hauteur de 15% pour un salarié exerçant un mini-job en entreprise, le taux de cotisation du salarié s'élevant à 3,9%. Dans le cas d'un mini-job exercé dans un ménage privé, le taux de cotisation s'élève à 5 % pour l'employeur et à 13,9% pour l'employé.

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 totale à l'assurance sociale (assurance maladie, assurance pension légale, assurance dépendance et assurance chômage d'un taux actuel 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 cotisation totale du salarié pour un salaire de 850 EUR. L'employeur, quant à lui, prend en charge par principe la part entière des cotisations à l'assurance sociale dues pour la rémunération. Ces dispositions ne s'appliquent toutefois pas aux apprentis.

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 légale (pour une contribution personnelle égale à la moitié du montant de leur 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 1^{er} 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 légale. 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 à ce régime dans les cinq ans suivant le début de son activité indépendante. Cet assujettissement 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 aux enfants nés depuis le 1^{er} janvier 1992 jusqu'aux trois ans révolus de l'enfant. Un an d'affiliation est reconnu au père ou à la mère pour les enfants nés avant cette date². Les cotisations y afférentes sont payées par l'État fédéral.

Tierces personnes: Pour les personnes qui dispensent des soins à domicile à un membre de la famille dont la dépendance est grande (au moins catégorie I), les périodes de soins à domicile dispensés à titre non professionnel constituent des périodes obligatoires d'affiliation au régime légal de l'assurance pension légale. 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.

Les bénéficiaires de prestations de remplacement de la rémunération, à l'exception des bénéficiaires de l'allocation de chômage II, 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 de l'assurance pension légale. 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. La cotisation est versée par l'institution compétente pour la prestation sociale concernée.

² À partir du 1^{er} janvier 2014, les périodes d'éducation concernant les enfants nés avant 1992 (ce que l'on désigne également par « retraites des mères » [Mütterrenten]) seront revalorisées d'un point de rémunération par enfant. Cette disposition est prévue par la Loi relative à la revalorisation des prestations de l'assurance pension légale (RV - Leistungsverbesserungsgesetz).

Qui est dispensé de l'obligation d'assurance?

Les personnes non assujetties à l'obligation d'assurance en sont dispensées. En font partie les personnes exerçant une activité faiblement rémunérée ou ayant de faibles revenus issus d'une profession libérale qui ont commencé l'exercice de leur activité ou de leur profession avant le 1^{er} janvier 2013. Par ailleurs, les personnes qui, en raison de leur statut ou parce qu'elles sont affiliées à un autre régime (fonctionnaires, juges ou adhérents à des organismes d'assurance professionnels par exemple), ou encore les personnes bénéficiant d'une pension de retraite sont également dispensées de l'obligation d'assurance.

Les personnes exerçant une activité de courte durée en sont également dispensées. Une activité de courte durée se caractérise par le fait que, l'emploi est limité à une durée maximale de deux mois ou cinquante jours ouvrés au cours d'une année et qu'il n'est pas exercé à titre professionnel. Dans les deux cas, la rémunération ne joue aucun rôle.. 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?

Depuis le 1^{er} janvier 2013, les personnes exerçant une activité de longue durée à rémunération minimale peuvent se faire dispenser de l'obligation d'assurance lorsque le salaire mensuel régulier ne dépasse pas 450 EUR. Jusqu'à fin 2012, ce seuil était de 400 EUR par mois et les personnes ayant une rémunération ne le dépassant pas étaient automatiquement dispensées de l'obligation d'assurance. L'employeur verse une cotisation forfaitaire de 15 % à l'assurance pension légale. Dans le cas des mini-jobs dans des ménages privés, qui sont considérés comme une forme particulière d'activité minimale, la cotisation forfaitaire de l'employeur à l'assurance pension légale est de 5%.

La personne exerçant l'activité minimale est tenue d'augmenter la cotisation forfaitaire due par l'employeur au titre de l'assurance pension légale pour que soit obtenue la cotisation intégrale (en 2014, celle-ci est de 18,9%. Les personnes exerçant une activité minimale dans des ménages doivent donc augmenter de 13,9% la cotisation forfaitaire de 5%, tandis que les autres personnes exerçant une activité minimale doivent augmenter de 3,9% leur cotisation de 15%). Ces cotisations obligatoires permettent d'acquérir des droits à toutes les prestations de 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 et à une aide au titre de la retraite Riester. Si la rémunération du travail est inférieure à 175 EUR par mois, une cotisation minimum est à payer sur la base de 175 EUR, laquelle vient s'ajouter à la cotisation de l'employeur. Pour le cas où la personne exerçant une activité 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, qui devra alors la transmettre à la caisse d'assurance pension légale.

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 minimale 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.

Plusieurs emplois:

Plusieurs activités minimales 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 minimale 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'emplois principaux assujettis à l'assurance:

Une activité de longue durée à rémunération minimale peut être exercée en plus d'un emploi principal assujéti 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 de longue durée à rémunération minimale en plus de l'emploi principal assujéti à l'assurance, il y a cumul avec ce dernier et assujétissement obligatoire à l'assurance (à l'exception de l'assurance chômage) sans droit de dispense à l'obligation d'assurance à l'assurance pension légale pour chacune de ces activités de longue durée à rémunération minimale à compter de la seconde. 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 minimale, pas plus qu'elle ne s'applique à l'exercice simultané d'une activité de courte durée et d'un emploi principal assujéti à l'assurance.

Exceptions: Des réglementations spéciales existent pour certaines catégories telles que les personnes en cours de formation ou les personnes handicapées. Ces personnes sont assujéties à l'assurance sans droit de dispense à l'obligation d'assurance même lorsqu'il s'agit en soi de conditions correspondant à une activité minimale.

C'est à la caisse d'assurance maladie légale compétente pour votre localité qu'il appartient de décider s'il y a assujétissement ou non en vertu du droit de la sécurité sociale, et 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'organe de perception central (www.minijobzentrale.de) pour ce qui est des activités minimales. 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 générale. C'est avant tout le cas des travailleurs indépendants et 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 ne permettraient pas d'éviter le versement d'une pension.

Qui a droit à une pension?

Pour avoir droit à une pension, il faut réunir un certain nombre de conditions personnelles et de conditions ouvrant droit aux prestations. Les pensions suivantes sont servies par le régime légal de l'assurance pension légale:

- 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 assurés un certain temps peuvent se prévaloir de prestations servies au titre de l'assurance pension légale. Cette période est appelée durée minimale d'assurance. La durée minimale d'assurance de cinq ans incluant périodes de cotisation et périodes de substitution est requise 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. Il est également tenu compte des périodes de cotisation et des périodes de substitution pour la durée minimale d'assurance de 15 ans requise pour l'ouverture des droits à la pension de vieillesse en cas de chômage ou à l'issue de la préretraite progressive et pour la pension de vieillesse des femmes. Pour ce qui est de la durée minimale d'assurance 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 minimale d'assurance de 45 ans est requise pour l'ouverture des droits à une pension de vieillesse. Les cotisations obligatoires pour un emploi soumis à l'assurance légale obligatoire, à l'exception du bénéfice de l'allocation de chômage, ainsi que les périodes de substitution sont prises en compte.³ Les périodes non cotisées sont notamment certaines périodes consacrées à la formation, les périodes de maladie ou les périodes de chômage.

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 de la durée minimale d'assurance de 5 ans généralement requise. Toutefois, celle-ci peut également être réalisée par anticipation dans les cas où un accident du travail 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 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 légale (Loi d'adaptation de la limite d'âge de l'assurance pension légale) prévoit un relèvement graduel de la limite d'âge normale de 65 à 67 ans à partir de 2012 et jusqu'en 2029 ainsi que des relèvements identiques pour les autres pensions. La protection de la confiance des assurés en la législation antérieure est pour l'essentiel assurée par le fait que le relèvement de l'âge de départ à la retraite décidé dès 2007 n'est entré en vigueur qu'en 2012 et est effectué très graduellement. 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 1^{er} 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.

³ La Loi allemande relative à la revalorisation des prestations de l'assurance pension légale (RV-Leistungsverbesserungsgesetz) prévoit, à partir du 1^{er} juillet 2014, la prise en compte des périodes de chômage dans le calcul de la durée minimale d'assurance de 45 ans requise pour l'ouverture des droits à une pension de vieillesse. Les périodes de versement de l'aide sociale (selon l'ancien dispositif) et de l'allocation de chômage II en restent exclues.

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. Les gains d'appoint pour ce type de pension 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 après 1963, la limite d'âge normale est de 67 ans.

Les assurés nés en 1949 atteindront la limite d'âge normale en 2014 à 65 ans et 3 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. Auront 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 et de périodes d'éducation d'enfants jusqu'à leurs 10 ans révolus⁴. Ce type de pension ne pourra pas être octroyé avant l'âge réglementaire de départ à la retraite et ne fait donc pas l'objet de décotes.

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. 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. 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.

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.

⁴ L'âge réglementaire de départ à la retraite pour les assurés de particulièrement longue durée nés avant le 1^{er} janvier 1953 devrait être avancé à 63 ans au 1^{er} juillet 2014. Cette disposition s'appliquera pour une durée provisoire. Pour les assurés nés après le 31 décembre 1952, l'âge réglementaire de départ à la retraite sera relevé progressivement à la limite d'âge normale de 65 ans actuellement en vigueur. Pour chaque année de naissance, l'âge réglementaire de départ à la retraite sera repoussé de deux mois, la limite d'âge de 65 ans sera donc atteinte pour les personnes nées en 1964. Ces nouvelles dispositions sont prévues par la Loi allemande relative à la revalorisation des prestations de l'assurance pension légale.

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%.

Bénéficiaire 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 1^{er} janvier 2007 du statut de personne gravement handicapée en vertu de l'art. 2 al. 2 du Livre IX du Code social (SGB IX).

Le bénéfice anticipé de cette pension de vieillesse, avec décote, n'est pas soumis au relèvement de la limite d'âge de 63 ans ou 60.

Pour des raisons de protection de la confiance en la législation antérieure, les assurés qui ont 50 ans révolus avant le 16 novembre 2000 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 Etat 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 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.

5. Pension de vieillesse pour cause de chômage ou à l'issue de la préretraite progressive

Les assurés nés avant le 1er janvier 1952 ont droit au service avec décotes de cette pension de vieillesse anticipée à condition qu'ils:

- aient atteint la limite d'âge,
- aient accompli la durée minimale d'assurance de 15 ans,
- aient versé des cotisations obligatoires pour un emploi ou une activité assujettie à l'assurance pendant 8 ans au cours des 10 années ayant précédé le départ à la retraite et
- soient chômeurs avant le départ à la retraite et, après avoir atteint l'âge de 58 ans et six mois, soient restés sans emploi pour une durée totale de 52 semaines ou aient exercé une activité à temps partiel au titre de la préretraite progressive pendant au moins 24 mois avant le départ à la retraite.

Le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales a mis en place un numéro d'appel (+49 30 221 911 001) 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 légale.

L'âge réglementaire de départ à la retraite a été fixé à 65 ans. Les assurés nés après le 31 décembre 1948 pourront prendre leur retraite dès 63 ans moyennant décote. Bénéficiaire toutefois d'une clause de protection de la confiance en la législation antérieure les assurés qui ont convenu de façon juridiquement liante, avant le 1er janvier 2004, d'une fin de leur relation de travail (contrat de travail à temps partiel au titre de la préretraite progressive par exemple, ou accord de résiliation de la relation de travail) ou qui étaient déjà chômeurs ou sans activité à ce moment. L'âge minimum pour pouvoir commencer à bénéficier de leur pension est de 60 ans.

La limite d'âge de 60 ans (avec clause de protection de la confiance en la législation antérieure) ou de 63 ans (sans clause de protection) pour le bénéfice anticipé d'une pension de vieillesse pour cause de chômage ou au titre de la préretraite progressive et la limite d'âge de 65 ans pour son bénéfice normal restent inchangées et ne seront pas non plus relevées dans le cadre du relèvement des limites d'âge.

La période de dix ans au cours de laquelle des cotisations ont dû être versées pendant huit ans est rallongée au bénéfice des assurés grâce à des éléments liés au type de la pension tels que des périodes assimilées, notamment en raison du chômage où il n'y a pas eu paiement des cotisations obligatoires.

Il y a activité à temps partiel au titre de la préretraite progressive lorsqu'une telle activité a été exercée pendant au moins 24 mois; dans ce contexte, il n'est pas nécessaire que le travail à temps partiel au titre de la préretraite progressive ait bénéficié d'une promotion de la part de l'agence pour l'emploi.

La preuve du chômage est par principe apportée par une attestation de l'agence pour l'emploi.

6. Pension de vieillesse pour les femmes

Ont droit à ce type de pension de vieillesse – avec décote – les femmes nées avant 1952 qui ont:

- 60 ans révolus,
- accompli la durée minimale d'assurance de 15 ans et
- ont versé des cotisations obligatoires pendant plus de dix ans après l'âge de 40 ans révolus pour un emploi ou une activité assujettie à l'assurance obligatoire.

L'âge réglementaire de départ à la retraite a été fixé à 65 ans. La limite d'âge de 60 ans pour le bénéfice anticipé de la pension de vieillesse pour les femmes et celle de 65 ans pour son service normal n'ont pas été modifiées et ne seront pas non plus relevées dans le cadre du relèvement graduel de la limite d'âge.

Année de naissance	Pension de vieillesse normale	Pension de vieillesse pour assurés de particulièrement longue durée	Pension de vieillesse pour assurés de longue durée				
			Sans décote	Sans décote	Sans décote	Pension de vieillesse anticipée à partir de :	
			Âge Année/Mois	Âge Année/Mois	Âge Année/Mois	Âge Année/Mois	Décote en %
1945	65			65	63	7,2	
1946	65			65	63	7,2	
1947	65/1	65		65	63	7,2	
1948	65/2	65		65	63	7,2	
1/1949	65/3	65		65/1	63	7,5	
2/1949	65/3	65		65/2	63	7,8	
3-12/1949	65/3	65		65/3	63	8,1	
1950	65/4	65		65/4	63	8,4	
1951	65/5	65	63	65/5	63	8,7	
01/1952	65/6	65	63	65/6	63	9	
02/1952	65/6	65	63	65/6	63	9	
03/1952	65/6	65	63	65/6	63	9	
04/1952	65/6	65	63	65/6	63	9	
05/1952	65/6	65	63	65/6	63	9	
06-12/1952	65/6	65	63	65/6	63	9	
1953	65/7	65	63/2	65/7	63	9,3	
1954	65/8	65	63/4	65/8	63	9,6	
1955	65/9	65	63/6	65/9	63	9,9	
1956	65/10	65	63/8	65/10	63	10,2	
1957	65/11	65	63/10	65/11	63	10,5	
1958	66	65	64	66	63	10,8	
1959	66/2	65	64/2	66/2	63	11,4	
1960	66/4	65	64/4	66/4	63	12	
1961	66,6	65	64/6	66/6	63	12,6	
1962	66/8	65	64/8	66/8	63	13,2	
1963	66/10	65	64/10	66/10	63	13,8	
1964	67	65	65	67	63	14,4	

⁵ L'âge réglementaire de départ à la retraite pour les assurés de particulièrement longue durée nés avant le 1er janvier 1953 devrait être avancé à 63 ans au 1er juillet 2014. Cette disposition s'appliquera pour une durée provisoire. Pour les assurés nés après le 31 décembre 1952, l'âge réglementaire de départ à la retraite sera relevé progressivement à la limite d'âge normale de 65 ans actuellement en vigueur. Pour chaque année de naissance, l'âge réglementaire de départ à la retraite sera repoussé de deux mois, la limite d'âge de 65 ans sera donc atteinte pour les personnes nées en 1964. Ces nouvelles dispositions sont prévues par la Loi allemande relative à la revalorisation des prestations de l'assurance pension légale (RV-Leistungsverbesserungsgesetz)

Année de naissance	Pension de vieillesse pour personnes gravement handicapées			Pension de vieillesse pour cause de chômage ou à l'issue d'une pré-retraite progressive (sans changement)			Pension de vieillesse pour les femmes (sans changement)		
	Sans décote	Sans décote		Sans décote	Pension de retraite anticipée à partir de :		Sans décote	Pension de retraite anticipée à partir de :	
		Âge Année/ Mois	Âge/ Année/ Mois		Décote en %	Âge Année/ Mois		Âge Année/ Mois	Décote en %
1945	63	60	10,8	65	60	18	65	60	18
1946	63	60	10,8	65	60-61	17,7-14,4	65	60	18
1947	63	60	10,8	65	61-62	14,1-10,8	65	60	18
1948	63	60	10,8	65	62-63	10,5-7,2	65	60	18
1/1949	63	60	10,8	65	63	7,2	65	60	18
2/1949	63	60	10,8	65	63	7,2	65	60	18
3-12/1949	63	60	10,8	65	63	7,2	65	60	18
1950	63	60	10,8	65	63	7,2	65	60	18
1951	63	60	10,8	65	63	7,2	65	60	18
01/1952	63/1	60/1	10,8	D'après le droit en vigueur, les personnes nées à partir de 1952 ne peuvent plus prétendre à ces pensions.					
02/1952	63/2	60/2	10,8						
03/1952	63/3	60/3	10,8						
04/1952	63/4	60/4	10,8						
05/1952	63/5	60/5	10,8						
06-12/1952	63/6	60/6	10,8						
1953	63/7	60/7	10,8						
1954	63/8	60/8	10,8						
1955	63/9	60/9	10,8						
1956	63/10	60/10	10,8						
1957	63/11	60/11	10,8						
1958	64	61	10,8						
1959	64/2	61/2	10,8						
1960	64/4	61/4	10,8						
1961	64/6	61/6	10,8						
1962	64/8	61/8	10,8						
1963	64/10	61/10	10,8						
1964	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 diminution de la capacité de gain pour des raisons de santé ne sont pas en mesure d'exercer 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 diminution de la capacité de gain pour des raisons de santé, ne sont pas en mesure d'exercer 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 plus 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. Le montant de la pension pour cause de diminution totale de la capacité de gain équivaut à celui d'une pension de vieillesse pour personnes gravement handicapées prise de façon anticipée.
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 pour raisons de santé 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.

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 rentes d'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 rentes 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 pas et du type de pension perçue (pension intégrale ou pension partielle).

2. Pensions de vieillesse normales

La perception de la pension de vieillesse 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 réglementaire

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. Pour les assurés percevant une pension intégrale, les gains d'appoint maximum sont de 450 EUR bruts par mois. Au cours d'une année civile, il est permis de dépasser deux fois le plafond mensuel des gains d'appoint, jusqu'à concurrence d'un montant égal au double de ce plafond (sous forme de prime de Noël ou de prime de vacances par exemple). Le dépassement du plafond des gains d'appoint ne se solde toutefois pas automatiquement par la suppression de la pension. Celle-ci peut alors être convertie en une pension partielle permettant des gains d'appoint plus importants.

La pension de vieillesse est servie comme pension partielle équivalant aux deux tiers, à la moitié ou à un tiers de la pension intégrale en fonction du revenu issu de la rémunération. Le plafond individuel des gains d'appoint s'oriente sur le salaire des trois dernières années civiles ayant précédé le début du service de la pension. En l'absence de salaire au cours des dernières années ou en présence d'un salaire très faible, la moitié d'une rémunération moyenne est prise comme base pour un plafond de gains d'appoint dit minimum.

Les institutions de l'assurance pension légale vous renseigneront sur les plafonds de gains d'appoint individuels s'appliquant à votre cas.

Les retraités trouveront les plafonds des gains d'appoint dans leur avis de paiement de la pension de vieillesse. Ils sont tenus d'informer les institutions de l'assurance pension légale du dépassement du plafond des gains d'appoint.

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, à concurrence d'un certain plafond, en plus de leur pension. Les gains d'appoint mensuels des personnes percevant le montant intégral d'une pension pour diminution totale de la capacité de gain sont limités à 450 EUR bruts. À l'instar des pensions de vieillesse partielles, les pensions partielles sont soumises à un plafond individuel des gains d'appoint proportionnel au dernier salaire soumis à cotisation et à un plafond général minimum des gains d'appoint valable pour tous les assurés. Au cours d'une année civile, il est permis de dépasser deux fois le plafond mensuel des gains d'appoint, jusqu'à concurrence d'un montant égal au double de ce plafond (sous forme de prime de Noël ou de prime de vacances par exemple).

Toute personne percevant une pension pour cause de diminution de la capacité de gain est tenue d'informer son institution d'assurance pension légale en cas de prise d'un emploi. Si cette prise d'emploi est due au fait que l'état de santé de la retraitée ou du retraité s'est fondamentalement amélioré, l'institution d'assurance pension légale doit vérifier si les conditions donnant droit à la pension sont encore réunies. Dans certains cas, une pension pour cause de diminution de la capacité de gain peut être supprimée si les limitations en termes de santé qui ont conduit à son octroi n'existent plus. C'est à l'institution d'assurance pension légale d'en décider.

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 légale 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 (contre 60 % de la pension d'assuré du conjoint décédé sans majoration pour enfants dans l'ancienne législation) si la veuve ou le veuf est âgé d'au moins 45 ans révolus 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 limite d'âge pour la grande pension de veuve ou de veuf va aussi être graduellement relevée dans le cadre du relèvement graduel de la limite d'âge pour passer de 45 à 47 ans. Les dispositions sur le droit à une telle pension en raison de l'éducation d'enfants en cours ou en présence d'une diminution de la capacité de gain ne sont pas modifiées.

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'une durée illimitée dans l'ancienne législation) 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 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 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 formation ou service volontaire) ou s'il effectue à titre volontaire une année de service social ou écologique 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 due à l'assuré décédé et les orphelins de père ou de mère, un dixième. En outre, ils bénéficient d'une majoration. Le revenu d'un orphelin âgé de plus de 18 ans est pris en compte pour le calcul de la pension d'orphelin qui lui est due.

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,
- 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	742,90 EUR
Nouveaux Länder	679,54 EUR

Le montant exempt de prise en compte est majoré comme suit pour chaque enfant ayant droit à une pension d'orphelin:

Anciens Länder	157,58 EUR
Nouveaux Länder	144,14 EUR

Les montants actuellement exempts de prise en compte pour les pensions d'orphelin versées à des orphelins de plus de 18 ans sont les suivants:

Anciens Länder	495,26 EUR
Nouveaux Länder	453,02 EUR

Ces montants sont adaptés à la valeur actuelle de la pension et sont donc dynamiques.

La prise en compte des revenus en vertu de l'ancienne législation -prise en compte des revenus d'activité et des revenus de substitution - est maintenue pour des raisons de protection de la confiance en la législation antérieure pour les couples déjà mariés au 1^{er} 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 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 rente d'assuré de leur vivant et, au décès du premier conjoint, le conjoint survivant perçoit en plus de sa propre rente d'assuré une pension de veuf ou de veuve subsidiaire découlant de la rente d'assuré du conjoint décédé). 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 votre pension dépend en premier lieu des salaires et revenus que vous avez perçus au titre de votre travail et qui sont assurés par suite du versement de cotisations. Sont également considérées comme périodes de cotisation celles au cours desquelles vous avez élevé des enfants ou celles consacrées à dispenser des soins à quelqu'un à titre non professionnel.

La valeur d'une période de cotisation donnée dépend de l'importance de votre rémunération annuelle brute par rapport à la rémunération moyenne de tous les assurés. C'est la raison pour laquelle sont appliquées, par exemple, des dispositions spéciales pour les périodes de formation professionnelle ainsi que pour les périodes d'éducation d'enfants et de soins dispensés à titre non professionnel.

Périodes de substitution

Les périodes de substitution sont destinées à éviter, dans le cadre du rôle de compensation sociale que joue de 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 (à raison d'une durée minimale de 14 heures par semaine) sont assimilées, depuis le 1^{er} avril 1995, à des périodes de cotisations obligatoires au régime légal de l'assurance pension légale, 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 prestations 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.

Périodes d'éducation d'enfants

La période consacrée à l'éducation d'enfants est d'un an⁶ pour les naissances survenues au plus tard le 31 décembre 1991. Pour les naissances survenues à partir du 1^{er} janvier 1992, elle a été élargie aux trois premières années.

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 cinq enfants ou qui ont élevé deux enfants et cotisé au régime légal d'assurance pension légale pendant trois ans. Pour les naissances survenues à partir du 1^{er} janvier 1992, l'éducation de deux enfants suffit pour accomplir cette durée minimale d'assurance.

⁶ À partir du 1^{er} janvier 2014, les périodes d'éducation concernant les enfants nés avant 1992 (ce que l'on désigne également par « retraites des mères » [Mütterrenten]) seront revalorisées d'un point de rémunération par enfant. Cette disposition est prévue par la Loi relative à la revalorisation des prestations de l'assurance pension légale (RV - Leistungsverbesserungsgesetz).

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. En 2014, il en découle un gain mensuel de pension de 28 EUR environ dans les anciens Länder et de 26 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, pour la couverture élargie pour les 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.

3 facteurs déterminent le montant de la pension

PEP Points de rémunération individuels (Persönliche Entgeltspunkte)

Salaires 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 28,14 EUR à l'Ouest et 25,74 EUR à l'Est).

$PEP \times RF \times AR =$ montant mensuel de la pension

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 également 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 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 l'assuré ou ses 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 l'assuré avait occupé un emploi assujéti à l'assurance jusqu'à ses 60 ans révolus.⁷

Pension pour revenu minimum

Les personnes versant de faibles cotisations obligatoires bénéficient d'un relèvement de toutes les cotisations obligatoires à part entière versées avant 1992, lequel les fait passer à 1,5 fois la valeur atteinte, toutefois jusqu'à concurrence de 75 % de la valeur de cotisation d'une rémunération moyenne. Les assurés concernés doivent avoir accompli 35 années au titre des périodes ouvrant droit à pension pour en bénéficier.

Valorisation de certaines périodes de cotisation obligatoire

- 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 2014, elle s'élève à 2.765 EUR par mois dans les anciens Länder et à 2.345 EUR dans les nouveaux Länder.
- Cotisations obligatoires des personnes effectuant un service actif militaire ou civil:
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. Les cotisations sont versées par la Fédération.

La formule de calcul des pensions

La pension contributive assise sur le salaire répond au principe suivant: Le montant de votre pension est avant tout fonction de l'importance des rémunérations de votre travail salarié et des revenus de votre travail non salarié qui sont assurés par l'intermédiaire des cotisations versées durant votre carrière. Les rémunération et 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 même être attribués à des périodes non cotisées. La valeur de tels points de rémunération est fonction de l'importance des revenus et rémunérations 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.

⁷ Pour les pensions pour cause de diminution de la capacité de gain ou pour cause de décès versées à compter du 1^{er} juillet 2014, la période additionnelle d'affiliation est prise en compte pour une durée supplémentaire de deux ans, soit jusqu'à l'âge de 62 ans (disposition prévue par la Loi allemande relative à la revalorisation des prestations de l'assurance pension légale). De surcroît, la période additionnelle d'affiliation portant sur les retraites pour cause de diminution de la capacité de gain sera évaluée en fonction des 4 dernières années précédant la survenance de la diminution de la capacité de gain. On examinera si, au cours de cette période, l'ayant-droit aurait déjà essuyé des pertes de revenus dues par exemple à une diminution de son état de santé. Le cas échéant, cette période ne sera pas prise en compte dans le calcul de la retraite (application du calcul le plus favorable).

Si vous recourez de manière anticipée à une pension de vieillesse ou si vous décidez de ne pas encore en bénéficier le jour où vous atteignez la limite d'âge normale, 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.

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 les périodes non cotisées et les périodes cotisées de valeur réduite, une valeur est calculée pour le calcul de la pension à partir de toutes les périodes de cotisation (cotisation versée à titre obligatoire ou volontaire) et constitue de la valeur globale de cotisation. Ainsi, il est certes vrai que les périodes manquantes dans le profil d'assurance ont en général pour effet de diminuer la validation, ce qui n'est toutefois pas le cas pour les périodes non cotisées ou cotisées 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 revalorisation est d'abord déterminée par l'évolution des revenus (bruts) des assurés actifs et tient compte de l'évolution des recettes de l'assurance pension légale. Sont également pris en compte pour la revalorisation les dépenses encourues par les salariés au titre du régime légal (taux de cotisation) et de leur prévoyance individuelle (part consacrée à la prévoyance vieillesse). Vient s'y ajouter un facteur de pérennité, qui constitue une prise en compte de l'évolution du rapport quantitatif entre le nombre de retraités et le nombre de cotisants. Une baisse du nombre des cotisants se solde par une revalorisation tendant à être inférieure. Une hausse du nombre de cotisants se solde par contre, en règle générale, par une plus forte revalorisation. Ce facteur de pérennité permet de reporter sur les retraités, en partie, tant les conséquences de la hausse de la durée de vie que celles de l'évolution des naissances et de l'activité professionnelle sur le financement du système légal d'assurance pension légale.

Une clause de protection veille toutefois, lors de la revalorisation des pensions, à ce que les facteurs d'atténuation (part consacrée à la prévoyance vieillesse, facteur de pérennité encore dû à une évolution négative des salaires) ne se soldent pas par une diminution du montant mensuel de la pension («pension brute») servie jusqu'à présent («garantie des pensions»).

Les atténuations de la revalorisation non réalisées en raison de la clause de protection (besoin dit en compensation) sont soustraites depuis 2011 à des revalorisations positives, celles-ci étant diminuées de moitié jusqu'à ce que le besoin en compensation soit totalement éliminé.

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 la 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.

Droit des pensions constituées à l'étranger

Le droit des pensions constituées à l'étranger intègre au régime légal de l'assurance pension légale une catégorie de personnes bien déterminée (notamment les réfugiés, les rapatriés et rapatriés tardifs reconnus comme tels). Ces personnes sont traitées comme si elles avaient passé leur vie active en Allemagne.

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 portera 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.

Pour ce qui est du droit des pensions, vous pouvez vous informer auprès du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales, à l'adresse suivante:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publikation, Redaktion, 53107 Bonn. Le Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales a également mis en place un numéro d'appel (+49 030 221 911 001) 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 des pensions.

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 2014, taux de cotisation égal à 18,9 %). 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 5.950 EUR/mois dans les anciens Länder et à 5.000 EUR/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 à l'assistance des «doyens des assurés» (Versichertenältester) ou des conseillers et conseillères des différentes institutions.

Promotion de l'épargne retraite individuelle complémentaire

Förderung der zusätzlichen Altersvorsorge

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.

I. L'épargne retraite d'entreprise

L'épargne retraite d'entreprise en son sens classique était une prestation que chaque employeur était libre d'offrir. Depuis 2002, 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).

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).

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'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 2014, 4.656 EUR peuvent par principe être investis dans une épargne retraite d'entreprise et être exonérés d'impôts. Les fractions converties de la rémunération sont de surcroît exonérées de cotisations sociales à concurrence de 2.856 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.

II. 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 (c.f. ci-après).

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 des produits, 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.

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.

Ont droit à l'encouragement au titre de la retraite Riester les personnes affiliées d'office à l'assurance pension légale, les personnes affiliées d'office au régime de prévoyance vieillesse des agriculteurs et les fonctionnaires, les bénéficiaires 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.

La prime d'épargne retraite est sujette à une cotisation minimum (cf. tableau). 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.

De surcroît, les possibilités de déduction fiscale des montants consacrés à l'épargne vieillesse ont connu une amélioration fondamentale avec le passage à l'imposition différée amorcé depuis 2005. Le nouveau système offre notamment aux travailleurs indépendants la possibilité de se constituer une prévoyance vieillesse encouragée par l'État (retraite dite «de base» ou «Rürup»).

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 Loi visant une meilleure intégration dans l'épargne retraite privée encouragée par l'État d'un bien immobilier utilisé par son propriétaire pour se loger (Eigenheimrentengesetz) améliore depuis 2008 l'intégration d'un bien immobilier utilisé par son acquéreur pour se loger dans l'épargne retraite privée encouragée par l'État. 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 directe du capital de prévoyance vieillesse déjà constitué et bénéficiant d'un encouragement, 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.

La première disposition s'applique à une utilisation à des fins de logement débutée après le 31 décembre 2007. Quant aux autres variantes, elle s'appliquent aussi à des biens immobiliers utilisés par leur acquéreur pour se loger et qui ont été acquis ou construits avant 2008.

Pour de plus amples informations, consultez les sites

[www.deutsche-
rentenversicherung.de](http://www.deutsche-
rentenversicherung.de)

www.bundesfinanzministerium.de

www.warentest.de

www.vzbv.de

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.

Vous trouverez des informations plus précises à ce sujet sur Internet sous http://www.bundesfinanzministerium.de/DE/Buergerinnen_und_Buerger/Alter_und_Vorsorge/Altersvorsorge

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.

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	154 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) cotisation minimum toutefois de 60 EUR (socle de cotisation)

Indemnisation sociale

Soziale Entschädigung und Kriegsopferversorgung

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 la guerre (qui constituent actuellement la grande majorité des bénéficiaires de l'assistance en vertu de la Loi sur l'assistance aux 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

Vous trouverez les bases juridiques du droit de l'indemnisation sociale dans:

- la Loi fédérale sur l'assistance aux victimes de guerre (Bundesversorgungsgesetz, BVG);
- la Loi sur l'indemnisation des victimes (Opferentschädigungsgesetz, OEG);
- la Loi sur l'assistance aux soldats (Soldatenversorgungsgesetz, SVG);
- la Loi sur le service civil (Zivildienstgesetz, ZDG);
- la Loi sur la protection contre les infections (Infektionsschutzgesetz, IfSG);
- la Loi sur l'assistance aux détenus politiques en pays étranger (Häftlingshilfegesetz, HHG);
- la Loi sur la réhabilitation selon le droit pénal (strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz, StrRehaG);
- la Loi sur la réhabilitation selon le droit administratif (verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz, VWRehaG).

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 ex. si 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 p. ex.).

En tant que personne ayant une infirmité au sens de la législation relative à l'indemnisation sociale, vous avez droit à un traitement curatif des suites reconnues du préjudice subi, notamment:

- soins médicaux et dentaires hors hospitalisation;
- soins en établissement hospitalier;
- fourniture de médicaments, pansements et traitements paramédicaux;
- fournitures d'appareils thérapeutiques;
- fourniture de prothèses dentaires;
- prestations supplétives en espèces destinées à compléter les appareillages divers (lors de l'achat de véhicules automobiles ou de l'adaptation nécessaire par exemple);
- cures thermales;
- aide ménagère;
- participation à des exercices de gymnastique pour personnes victimes de graves préjudices.

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. Vous n'en bénéficiez toutefois que si ce traitement n'est pas déjà garanti par des droits opposables à d'autres institutions débitrices de prestations. Vous n'y avez pas non plus droit si votre gain est supérieur au plafond de rémunération annuelle qui est pris en compte dans l'assurance maladie légale. Celui-ci s'élève à 53.550 EUR en 2014, soit 4.462,50 EUR par mois.

Y ont droit:

- 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 pouvez aussi bénéficier de prestations visant une participation à la vie active qui vous aideront à 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, cf. page suivante).

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 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 du 65^{ème} anniversaire;
- 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 leur est octroyée 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, 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 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 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 une participation à la vie active pour les personnes infirmes;
- 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.

Prestations en espèces au titre de l'assistance aux victimes de guerre (montants depuis le 1^{er} juillet 2013)

Bénéficiaires / Prestations	GdS*	EUR	
Aveugles (Allocation pour guide (prestation pour les aveugles)		147151	
Pension de base des personnes infirmes**	30	123127	
	40	168174	
	50	226234	
	60	286296	
	70	396410	
	80	479496	
	90	576596	
	100	646668	
Majoration vieillesse de la pension de base	50, 60	2526	
	70, 80	3132	
	90, 100	3839	
Majoration pour personne ayant une infirmité extrêmement lourde	Échelon I	7477	
	Échelon II	154159	
	Échelon III	229237	
	Échelon IV	306317	
	Échelon V	382395	
	Échelon VI	460476	
Pension de compensation des personnes infirmes	50, 60	396410	
	70, 80	479496	
	90	576596	
	100	646668	
Majoration pour conjoint		7174	
Majoration pour tierce Personne	Échelon I	272282	
	Échelon II	466482	
	Échelon III	661685	
	Échelon IV	849678	
	Échelon V	1.1041.142	
	Échelon VI	1.3571.404	
Pension de base des veuves/veufs		387401	
Pension de compensation des veuves/veufs		429443	
Pension de base			
- orphelins de père ou de mère		110113	
- orphelins de père et de mère		204211	
Pension de compensation			
- orphelins de père ou de mère		192199	
- orphelins de père et de mère		266276	
Pension d'ascendants			
- pour deux parents		525543	
- pour un parent		366379	
Majoration (art. 51 al. 2 BVG)			
- pour deux parents		9699	
- pour un parent		7174	
Majoration (art. 51 al. 3 BVG)			
- pour deux parents		297308	
- pour un parent		215223	
Allocation pour frais funéraires			
- plein tarif		1.5601.613	
- demi-tarif		781808	
Forfait pour usure des vêtements (multiplicateur)		1,84319***	

*) Gravité des suites du préjudice subi

Les pensions versées en vertu de la Loi fédérale sur l'assistance aux victimes de guerre sont revalorisées, dans les nouveaux Länder, sur la base de la Loi portant modification de la loi fédérale sur l'assistance aux victimes de guerre et d'autres dispositions en date du 20 juin 2011.

***) 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 allemands et que votre santé en a subi un préjudice, vous bénéficiez d'une assistance de même étendue que celle d'une victime de guerre.

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 1^{er} 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 1^{er} 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 aucun autre système de protection n'intervient. Les victimes bénéficient d'un traitement curatif; les victimes ainsi que les ayants droit survivants bénéficient 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 1^{er} 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.

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 «Hilfswerk für behinderte Menschen» (Secours aux personnes handicapées). 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.

Vous trouverez de plus amples informations entre autres sur le site internet du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales (www.bmas.bund.de) ainsi que dans la brochure intitulée « Hilfe für Opfer von Gewalttaten » (Aide aux victimes d'actes de violence) que vous pouvez demander gratuitement.

Aide sociale

Sozialhilfe

L'aide sociale protège de la pauvreté, de l'exclusion sociale et d'une charge particulière; elle fournit des prestations aux personnes et aux ménages 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.

Le droit de l'aide sociale a fait l'objet d'une réforme profonde en 2003 et a été intégré au Code social, dont il est devenu le Livre XII. Il est entré en vigueur au 1er janvier 2005 (à de rares exceptions près). Le présent chapitre s'attache à fournir un aperçu de ses grandes lignes et des principales modifications.

Objectifs du nouveau droit et 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 dans la société. 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. La subdivision de l'aide sociale en deux formes d'intervention, appelées « aide à la subsistance» et «aide dans des circonstances particulières», a été abolie au profit d'une différenciation en sept chapitres régissant les prestations servies dans des circonstances définies de façon plus précise.

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:

- Les prestations sont fonction des besoins personnels et prennent en compte, dans ce contexte, la circonstance, les souhaits et les facultés des ayants 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 ou encore 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 toujours un conseil, des mesures d'activation et d'autres formes d'assistance visant une indépendance vis-à-vis de l'aide sociale (art. 11 du Livre XII du Code social).
- La présence 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.

- Des prestations complémentaires, dont un conseil, une information et un soutien étendus (préparation des prises de contact, accompagnement aux services sociaux, possibilité d'obtenir des prestations de conseil encore élargies, etc.) permettent de renforcer la capacité à se venir en aide soi-même et l'activation.

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: 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;
- un recul de la cohésion 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.

L'adoption au fil des années de lois autonomes couvrant des catégories données de personnes (1993: demandeurs d'asile, 2003: personnes âgées et personnes souffrant d'une diminution durable de leur capacité de gain) ou des charges particulières (1995: dépendance) s'est soldée par un retrait de ces domaines de l'aide sociale. Désormais les ayants droit (au sens de l'art. 8 du Livre II) âgés de 15 à 64 ans et aptes au travail ainsi que les membres de leur famille ne relèvent plus des prestations de l'aide sociale, mais bénéficient en cas de besoin des prestations au titre du Livre II (minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi). Le minimum de base servi aux personnes âgées ou inaptes au travail constitue maintenant le quatrième chapitre du Livre XII.

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. La Loi portant sur les prestations aux demandeurs d'asile (Asylbewerberleistungsgesetz) est entrée en vigueur en 1993 et la Loi sur l'assurance dépendance (Pflegeversicherungsgesetz), en 1995. 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, bien que la loi n'ait pas eu pour objectif d'établir une loi prévoyant des prestations à part ni de soulager l'aide sociale. 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, a créé une prestation servie en amont depuis janvier 2003 et a été intégrée depuis à l'aide sociale, en constituant le quatrième chapitre.

Parallèlement à l'insertion au Code social de l'aide sociale à titre de Livre XII, a été institué le Livre II du Code social (SGB II) destiné aux demandeurs d'emploi aptes au travail ayant entre 15 et 64 ans qui bénéficient maintenant de prestations au titre du nouveau minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi. Cette catégorie de personnes est par principe exclue des prestations d'aide à la subsistance au titre du troisième chapitre du Livre XII du Code social (art. 21 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 et 64 ans 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). 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). 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 prévoit les taux réglementaires 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. La dérivation en pourcentage à partir de l'ancien forfait de base, qui est maintenant le taux normal de catégorie 1, a été supprimée.

Classification des prestations d'aide sociale

L'aide sociale dans sa forme remaniée 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)

La subdivision de l'aide sociale en une «aide à la subsistance» et une «aide dans des circonstances particulières» a été abolie au profit d'un classement en sept chapitres dans lesquels des prestations d'aide sociale sont spécifiées pour différentes circonstances.

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 27 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 comprenant la 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:

- De nouvelles catégories de taux normaux (RBS) sont en vigueur depuis le 1er janvier 2011; les montants en EUR leur correspondant sont d'application depuis le 1^{er} janvier 2013:
 - Taux normal de catégorie 1 (RBS 1; 391 EUR) :Il est accordé à un adulte ayant droit aux prestations, qui constitue son propre ménage en qualité de personne célibataire ou assurant seule l'éducation d'enfants; ce taux est également servi quand un ou plusieurs autres adultes relevant du taux normal de catégorie 3 font partie du ménage.

- Taux normal de catégorie 2 (RBS 2; 353 EUR):

Il s'applique à chacun des deux adultes ayant droit aux prestations qui vivent dans un ménage commun en tant que conjoints, partenaires ou en une communauté assimilée à un mariage ou à un partenariat enregistré.

- Taux normal de catégorie 3 (RBS 3; 313 EUR):

Il est accordé à un adulte ayant droit aux prestations qui ne constitue pas son propre ménage ni ne dirige un ménage commun en tant que conjoint, partenaire ou dans le cadre d'une communauté assimilée à un mariage ou à un partenariat enregistré.

- Taux normal de catégorie 4 (RBS 4; 296 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; 261 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; 299 EUR):

Il est consenti à un enfant jusqu'à ses 6 ans ayant droit aux prestations.

- Les nouveaux 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).
- Des frais supplémentaires (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 (voir encadré bleu).
- 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). 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);

- Des prestations uniques sont servies dans trois cas seulement: pour le premier équipement du ménage, le premier équipement en habillement et le premier équipement pour la grossesse et la naissance ainsi que pour l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques, les réparations d'appareils et équipements orthopédiques ainsi que la location d'appareils orthopédiques.
- Les forfaits de besoin supplémentaire sont à l'avenir plafonnés à 36%, mais leur référence est maintenant le taux normal relevé qui englobe la plupart des prestations uniques. Les majorations sont légèrement relevées pour les personnes assurant seules l'éducation d'enfants, tandis que leur montant n'a pas bougé pour les autres catégories de personnes. Les personnes assurant seules l'éducation d'un enfant de plus de 7 ans bénéficient maintenant aussi d'une majoration (de 12%).
- La prise en charge de loyers d'un montant inapproprié dans les cas où un déménagement n'est pas acceptable ou pas possible est limitée à six mois.
- La forfaitisation des frais de logement et de chauffage est permise aux organismes prestataires de l'aide sociale dans des conditions données.
- Les autres besoins particuliers compris dans le taux normal mais considérés comme indispensables ne peuvent pas être couverts sous forme de «prestation unique», mais uniquement sous forme de prêt devant aussi être remboursé pendant la période de versement de l'aide à la subsistance.
- Le montant en espèces accordé aux personnes vivant en établissement équivaut au niveau du montant minimum en espèces actuel.
- Le droit à prestations des Allemands vivant à l'étranger est restreint et réduit à quelques rares cas d'urgence.

- 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 arriérés de loyer doivent également être pris en charge pour éviter les pertes de logement (art. 36 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.

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. 37b 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).

Quatrième chapitre: minimum de base individuel aux personnes âgées ou inaptes au travail (articles 41 à 46a du Livre XII)

En vertu du quatrième chapitre, les personnes ayant atteint la limite d'âge ainsi que les personnes de plus de 18 ans ayant une diminution totale durable de leur capacité de gain 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 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 généralement 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 de corps et de fait 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 ou parents soumis à l'obligation alimentaire lorsque le revenu annuel de ces enfants ou parents ne dépasse pas 100.000 EUR.

Les bénéficiaires de l'aide sociale qui ne sont pas affiliés au régime légal d'assurance maladie sont par principe assimilés aux assurés légaux en termes de prestations. Leur traitement en cas de maladie est en règle générale pris en charge par les caisses légales d'assurance maladie. Les coûts afférents aux traitements sont remboursés aux caisses d'assurance maladie par les institutions de l'aide sociale.

La possibilité de servir les prestations d'aide à l'intégration également en tant que part d'un «budget personnel interinstitutionnel» (art. 57 du Livre XII) a été améliorée. Ce budget personnel permet aux personnes handicapées et dépendantes de décider des prestations de services qu'elles recevront, de leur forme et de l'organisme prestataire les servant.

Les dispositions de l'aide en cas de dépendance reprennent ou ont repris pour l'essentiel celles de la Loi fédérale sur l'aide sociale. Elles renvoient également à la possibilité de percevoir la prestation en tant que composante d'un budget personnalisé interinstitutionnel.

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.

Le minimum de base individuel aux personnes âgées ou inaptes au travail introduit en janvier 2003 comme prestation servie en amont a été intégré au Livre XII du Code social, dont il constitue le quatrième chapitre. La réglementation particulière affectant le non recours aux personnes soumises à l'obligation alimentaire ainsi que la renonciation au

recours aux héritiers de l'ayant droit sont maintenues. De surcroît, il n'y a pas application de la présomption selon laquelle des ayants droit 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.

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. Auprès 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)

L'aide à l'intégration des personnes handicapées a un triple caractère de prévention, de réadaptation et d'intégration: sa tâche consiste à «prévenir un handicap imminent ou encore à éliminer ou atténuer un handicap existant ou les conséquences de celui-ci et à intégrer les personnes handicapées à la société» (art. 53 al. 3 du Livre XII du Code social). Ont droit à ses prestations toutes les personnes souffrant de façon non passagère d'un handicap physique, mental ou psychique ou menacées d'un tel handicap.

Les prestations d'aide à l'intégration des personnes handicapées telles qu'elles étaient stipulées dans la Loi fédérale sur l'aide sociale et dans le Livre IX du Code social ont été pour l'essentiel reprises dans le Livre XII. L'article 92 du Livre XII établit l'imputation limitée du revenu et du patrimoine pour les personnes handicapées. En plus de leurs formes habituelles, les prestations d'aide à l'intégration peuvent également être servies sous forme de budget personnel interinstitutionnel.

Septième chapitre: aide en cas de dépendance (§§ 61 – 66 SGB XII)

L'aide sociale offre également une assistance aux personnes dépendantes en prenant en charge une partie ou l'intégralité des coûts liés aux soins.

L'introduction de l'assurance dépendance (Livre XI du Code social) a nettement réduit les dépenses encourues par l'aide sociale pour les personnes dépendantes. Ce système d'assurance intervenant en amont offre des prestations de soins à domicile, de soins avec séjour partiel en établissement et de soins de courte durée depuis avril 1995 et des prestations de soins en établissement depuis juillet 1996.

Depuis l'introduction de l'assurance dépendance, l'aide sociale est surtout compétente pour les personnes dépendantes ne remplissant pas le critère de «grande dépendance» (catégorie I en vertu de l'art. 15 du Livre XI du Code social), pour les cas de dépendance (absolue) entraînant des coûts très élevés pour lesquels les prestations plafonnées de l'assurance dépendance ne suffisent pas, pour le financement des frais d'hébergement, de nourriture et des frais d'investissement en cas de soins en établissement, non pris en charge par l'assurance dépendance ainsi que pour les personnes n'ayant pas d'assurance dépendance.

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.

Le nouveau 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 organisées par l'école ou l'établissement d'accueil,
- prestations pour voyages de plusieurs jours organisés par l'école,
- 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 à l'école et
- un budget participation mensuel de 10 EUR pour la participation à la vie sociale et culturelle de la communauté.

Les taux au titre de la participation à la vie sociale et culturelle s'appliquent bien entendu à titre de supplément pour les personnes handicapées dans le cadre de l'aide à l'insertion.

Remarques sur les dispositions relatives à la prise en compte du revenu:

Les ayants droit peuvent garder pour eux 30% du revenu issu de leur travail, ce point supposant que l'activité des ayants droit en vertu du Livre XII est inférieure à 3 heures par jour, une capacité de gain supérieure les faisant passer dans le domaine de compétence du Livre II (font exception à cette règle les personnes employées dans des ateliers pour personnes handicapées, pour lesquelles le montant non pris en compte reste un huitième du taux normal de catégorie 1 plus 25% de la rémunération le dépassant).

L'allocation de promotion du travail en vertu de l'art. 43 phrase 4 du Livre IX n'est généralement pas prise en

compte, et pas seulement en cas d'aide à la réadaptation en établissement.

Pour les prestations servies au titre du cinquième et du neuvième chapitre, le Livre XII a 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 31,07 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 23,90 EUR pour des prestations de subsistance. 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.

Allocation de logement

Wohngeld

Un bon logement est cher, trop cher même pour certaines personnes. C'est la raison pour laquelle existe l'allocation de logement. Elle constitue une subvention de l'État aux dépenses de logement.

Locataires et propriétaires peuvent bénéficier de l'allocation de logement dès lors que le loyer ou les charges de propriétaire qu'ils doivent payer sollicitent le budget du ménage de façon excessive. Peu importe que ce logement soit de construction neuve ou ancienne, qu'il ait fait l'objet de subventions, d'avantages fiscaux ou d'un financement par des capitaux privés.

Quand l'allocation de logement est attribuée aux locataires, on parle d'allocation pour dépenses locatives; quand elle est attribuée aux propriétaires d'un logement qu'ils occupent eux-mêmes, on parle d'allocation pour charges de propriétaire.

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);
- d'allocations au titre de l'art. 22 al. 7 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.
- C'est avant tout aux membres du foyer 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

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	780	790	800	820	840	860
2	1050	1070	1100	1120	1140	1170
3	1310	1340	1350	1380	1410	1430
4	1710	1750	1780	1810	1850	1880
5	1980	2010	2040	2080	2110	2150

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.

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).

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.

Assurance sociale internationale

Internationale Sozialversicherung

Les lois allemandes sur les assurances sociales prévoient dans de nombreux cas que les prestations de celles-ci ne soient servies qu'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 sociales puissent également être perçues au-delà des frontières ou que l'on puisse y recourir dans un pays étranger.

C'est la raison pour laquelle il existe, au sein de l'Union européenne (Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grande-Bretagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède), une base juridique qui permet de servir des prestations sociales aux ayants droit par-delà les frontières et, par exemple, de vous garantir, à vous et aux membres de votre famille, le traitement nécessaire en cas de maladie dans tous les États membres de l'Union européenne.

En vertu de l'accord sur l'Espace économique européen (EEE), cette base juridique s'applique également à la Norvège, à l'Islande et au Liechtenstein. Elle est 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'Australie;
- la Bosnie-Herzégovine;
- le Brésil (convention sur les rentes et pensions);
- le Canada (convention sur les rentes et pensions);
- le Chili (convention sur les rentes et pensions)
- la Chine (convention sur le détachement);
- la Corée du Sud (convention sur les rentes et pensions);
- les États-Unis (convention sur les rentes et pensions);
- l'Inde (convention sur le détachement);
- Israël;
- le Japon (convention sur les rentes et pensions);
- la Macédoine;
- le Maroc;
- le Monténégro;
- la Serbie;
- la Tunisie;
- la Turquie.

Les conventions de sécurité sociale existant dans les relations avec la Chine et l'Inde sont des dispositions évitant 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.

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 et les prestations servies en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

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 sociaux.
2. Le séjour dans un pays membre ou un État contractant est par principe assimilé au séjour dans l'autre pays membre ou État contractant.

Important: Les dispositions internationales ne visent pas seulement l'assurance obligatoire, mais aussi l'assurance volontaire, pour les conditions applicables dans chaque cas de figure. Les dispositions de l'Union européenne vous concernent par exemple si vous êtes ou avez été assuré selon la législation en vigueur dans l'un ou plusieurs des États membres. De plus, vous devez être ressortissant d'un État membre ou résider sur le territoire d'un État membre en qualité de ressortissant d'un État tiers, d'apatride ou de réfugié.

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.

Législation

Le règlement (CE) n° 883/2004 constitue 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 ce règlement, ce sont les conventions de sécurité sociale mentionnées ci-avant qui s'appliquent.

Des conventions de sécurité sociale existent dans les relations avec les pays européens et non européens mentionnés ci-avant.

Assurance maladie

Prestations/conditions

Si vous vous rendez dans un autre État membre ou État contractant pour y travailler, vous êtes également couvert par l'assurance maladie de cet État et l'institution compétente vous sert les prestations nécessaires.

Par ailleurs, même si vous êtes touriste, vous avez droit, dans un autre État membre de l'UE, aux prestations médicales qui ne peuvent attendre la date prévue de votre retour. Pour le cas où vous vous rendez dans un autre État membre de l'UE pour y bénéficier de prestations médicales, vous pouvez demander à votre caisse d'assurance maladie le remboursement des sommes que vous avez avancées au titre de ces prestations à concurrence du montant qu'elles auraient coûté en Allemagne. Pour les traitements hospitaliers, l'accord préalable de votre caisse d'assurance maladie est toutefois obligatoire. Ces dispositions ne s'appliquent pas à l'Australie, au Brésil, au Chili, à la Chine, à l'Inde, à Israël, au Japon, au Canada, au Maroc, à la Corée du Sud et aux États-Unis.

Si un travailleur étranger travaille en Allemagne et que sa famille habite par exemple en Turquie, ses ayants droit bénéficient aussi de la couverture intégrale de l'assurance maladie en Turquie, comme si le père travaillait dans ce pays.

Que devez-vous faire?

Si vous êtes touriste, il vous est recommandé de vous procurer une carte européenne d'assurance maladie auprès de votre caisse d'assurance maladie avant votre départ et de l'avoir avec vous. En cas de séjour en Bosnie-Herzégovine, au Monténégro, en Serbie, en Turquie et en Tunisie, vous devriez vous procurer un certificat de droit aux prestations. Ce certificat est aussi accepté en Macédoine. Il contient également des indications sur les personnes ou services à contacter dans le pays où vous passez vos vacances pour pouvoir bénéficier des prestations nécessaires, servies par l'assurance maladie.

Si vous êtes travailleur et que vous êtes détaché dans un autre pays, vous restez affilié à l'assurance de votre pays d'origine et continuez d'y cotiser. Dans ce cas, il serait bon que vous ayez un «certificat de détachement» («Entsendebescheinigung»). Ce certificat vous préserve d'une double affiliation.

L'allocation de soins est à verser, dans les États membres de l'UE ou de l'EEE ainsi qu'en Suisse, aux personnes affiliées à l'assurance dépendance allemande ou aux membres de leur famille y ayant droit.

Informations

Vous pouvez obtenir conseils et informations auprès de votre caisse d'assurance maladie ainsi qu'auprès de 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), Postfach 200 464, 53134 Bonn.

Assurance accidents

Que devez-vous faire?

Si vous êtes à l'étranger et que vous êtes affilié à l'assurance allemande, vous continuez de cotiser à cette assurance. Lorsque les conditions d'octroi sont remplies, adressez votre demande à l'institution d'assurance du pays où vous résidez. Vous pouvez obtenir les prestations d'un pays étranger aussi bien par l'intermédiaire des institutions situées à l'étranger que par l'intermédiaire de l'institution allemande.

même s'ils résident en Allemagne.

Prestations/conditions

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.

Si vous êtes victime d'un accident du travail à l'étranger et que vous en décédez, vos ayants droit perçoivent une rente de la part de l'institution d'assurance étrangère, cette rente leur étant versée

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.

Informations

Vous pouvez obtenir conseils et informations auprès de la Caisse d'assurance accidents légale allemande à l'adresse suivante: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Alte Heerstrasse 111, 53757 Sankt Augustin.

Assurance pension légale

Prestations/conditions

Vous avez exercé une activité dans différents États membres de l'Union européenne ou États contractants au cours de votre carrière? Si oui, les différentes périodes d'affiliation à l'assurance pension légale seront totalisées pour que soit remplie la durée minimale d'assurance. Si vous avez droit au versement d'une pension et qu'il y a réalisation du risque couvert, la pension vous sera également transmise à l'étranger, dans l'État membre de l'Union européenne ou dans l'autre État contractant. 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.

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 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 Slovénie, la République tchèque, la Bosnie-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 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

Si vous êtes assujéti à l'impôt en Allemagne en qualité de résident ou si vous y êtes employé comme travailleur salarié, vous pouvez bénéficier d'allocations familiales au titre de vos enfants résidant dans certains autres pays. Pour ce qui est des États membres de l'Union européenne ainsi que des enfants vivant au Liechtenstein, en Suisse, en Norvège et en Islande, les allocations familiales sont payées intégralement. Des taux convenus sont applicables dans le cas d'enfants vivant dans d'autres pays (la Turquie par exemple).

Si vous êtes employé dans l'un de ces États comme travailleur salarié (non détaché), vous bénéficiez en règle générale d'allocations familiales au titre de vos enfants vivant en Allemagne, servies d'après les dispositions en vigueur dans le pays où vous travaillez.

Que devez-vous faire?

Déposez votre demande de prestations 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 de l'UE, 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-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 de l'UE, 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

Conseil et informations auprès de
l'Agence pour l'emploi locale ou auprès
de l'Agence fédérale pour l'emploi à
Nuremberg.

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.

Juridiction du contentieux social

Sozialgerichtsbarkeit

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 1^{er} janvier 2005, ceux-ci sont également compétents pour les différends liés au minimum de base servi aux demandeurs d'emploi («Hartz IV») et à l'aide sociale.

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 de 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. 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

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.

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.

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 membres et 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 trois 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

Sozialdatenschutz

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, la collecte, le traitement ou l'utilisation de données souvent très sensibles des personnes concernées, sur leur état de santé par exemple, doit être considéré(e), 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, les dispositions sur la **protection des données sociales à caractère personnel** dans le deuxième chapitre du Livre X du Code social (articles 67 à 85a) 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.

Les **données sociales** sont des informations à caractère personnel ou factuel sur une personne physique identifiée ou identifiable qui sont par exemple collectées, traitées ou utilisées par un organisme servant des prestations sociales 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.

La collecte, le traitement ou l'utilisation de données sur des personnes 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 un organisme servant des prestations sociales sera autorisé à collecter, à traiter ou à utiliser. De surcroît, la protection des données à caractère personnel est marquée par un principe central selon lequel la collecte, le traitement ou l'utilisation de données sur des personnes est par principe autorisé(e) 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 surcroît, les données peuvent être traitées ou utilisées uniquement aux fins auxquelles elles ont été collectées (**principe de la finalité**).

Les dispositions relatives à la confidentialité et à la protection des données sociales à caractère personnel sont d'application, peu importe que le Code social soit appliqué par des administrations fédérales ou des administrations des Länder.

Transmission de données

La **transmission de données sociales** en tant que forme particulière de l'utilisation des données est licite uniquement si la personne concernée y a **consenti** ou en présence d'une **autorisation de transmission légale** en vertu du Code social. Par **transmission** au sens de la définition légale, on entend la communication à un tiers de données sociales enregistrées ou obtenues par traitement de données d'une manière telle que les données soient remises à ce tiers ou que le tiers ait connaissance ou interroge des données mises à disposition en vue de la prise de connaissance ou de l'interrogation.

Cas importants de transmission:

- transmission de données particulières énumérées telles que le nom ou l'adresse pour des missions des autorités de police, 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 revêt une importance pratique particulière.

Droits des personnes concernées

La protection des données à caractère social reconnaît différents droits particuliers aux personnes concernées. Toute personne estimant que ses droits ont été lésés lors de la collecte, du traitement ou de l'utilisation de données sociales peut s'adresser notamment au Délégué à la protection des données du Gouvernement fédéral ou aux institutions compétentes en vertu du droit des Länder (en général le Délégué à la protection des données du Land en question). De surcroît, le Livre X du Code social prévoit différentes possibilités d'information, de renseignement et de rectification pour les personnes concernées. C'est ainsi que les données sociales par exemple doivent être rectifiées si elles sont incorrectes.

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 les données sociales ont été transmises sont tenus de garantir la confidentialité des données au même titre que les services tenus au secret social.

Conception et réalisation

Editeur

Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales,
Département Information, publications et rédaction
53107 Bonn

Janvier 2014

A 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:

E-mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de

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

Photo page de couverture: Colourbox.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.