

Mise à jour
Avril 2014

A INSERER DANS n° 3-2

NOTE JURIDIQUE

- SECURITE SOCIALE -

OBJET : L'assurance vieillesse des tierces personnes bénévoles

Base juridique

Assurance vieillesse obligatoire gratuite : Articles L.381-1 et R381-1 et suivants du code de la sécurité sociale

Assurance volontaire : Articles L.742-1 et R742-9 et suivants du code de la sécurité sociale

Rachat de cotisations : Décret n°88-673 du 6 mai 1988

Les tierces personnes bénévoles auprès de personnes en situation de handicap peuvent bénéficier, sous certaines conditions, de l'assurance vieillesse obligatoire gratuite. **Depuis le 1^{er} février 2014, cette affiliation gratuite n'est plus soumise à condition de ressources.**

Si les tierces personnes bénévoles ne remplissent pas les conditions pour bénéficier d'une affiliation gratuite, elles peuvent bénéficier de l'assurance vieillesse volontaire payante. Les personnes qui justifient avoir rempli bénévolement les fonctions de tierce personne auprès de leur conjoint ou d'un membre de leur famille infirme peuvent également être admises, à racheter des cotisations afin d'acquérir des droits à l'assurance vieillesse pour la ou les périodes durant lesquelles elles ont rempli ces fonctions.

Ces dispositifs permettent ainsi aux tierces personnes bénévoles de bénéficier de droits personnels à une pension de vieillesse, que ces personnes aient dû diminuer ou cesser leur activité professionnelle ou qu'elles n'aient jamais travaillé.

Vous trouverez, dans cette note, un descriptif de ces trois dispositifs (conditions et modalités d'affiliation).

SOMMAIRE GENERAL

1. L'assurance vieillesse obligatoire gratuite
 - 1.1. Conditions d'affiliation
 - 1.2. Demande d'affiliation
 - 1.3. Modalités d'affiliation
 - 1.4. Contentieux

2. L'assurance vieillesse volontaire
 - 2.1. Conditions d'affiliation
 - 2.2. Demande d'affiliation
 - 2.3. Modalités d'affiliation
 - 2.4. Liquidation de la pension vieillesse
 - 2.5. Radiation et résiliation de l'assurance volontaire
 - 2.6. Contentieux

3. Le rachat de cotisations
 - 3.1. Conditions
 - 3.2. Demande de rachat
 - 3.3. Modalités de rachat des cotisations
 - 3.4. Liquidation et révision de la pension vieillesse
 - 3.5. Contentieux

1. L'assurance vieillesse obligatoire gratuite

L'assurance vieillesse obligatoire gratuite est réservée aux tierces personnes bénévoles ayant, à leur domicile, la charge d'un enfant ou d'une personne handicapée adulte qui remplit certaines conditions médicales.

Dans ce cadre, les cotisations d'assurance vieillesse, assises sur un montant forfaitaire, sont entièrement à la charge de l'organisme d'allocations familiales.

1.1. Conditions d'affiliation¹

Peut ouvrir droit à l'affiliation gratuite la tierce personne, la personne, homme ou femme, qui remplit certaines conditions :

- 1- Avoir la charge d'une personne lourdement handicapée

L'intéressé doit :

- **soit avoir la charge d'un enfant handicapé :**

- qui n'est **pas admis dans un internat**² (toutefois, lorsque l'enfant est placé dans un centre spécialisé, il peut ouvrir droit à l'affiliation pour les périodes de sortie et de retour au foyer³) ;
- dont l'incapacité permanente est au moins égale à **80%**⁴ ;
- et qui n'a **pas atteint l'âge limite** d'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (20 ans)⁵.

- **soit assumer, au foyer familial, la charge d'une personne adulte handicapée vivant au domicile familial ou bénéficiant d'une prise en charge partielle dans un établissement ou un service médico-social et :**

- dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à **80%**⁶ ;
- et pour laquelle la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées a reconnu la **nécessité de bénéficier à domicile de l'assistance ou de la présence de l'aidant familial** ayant déposé la demande d'affiliation⁷.

¹ Articles L.381-1 R381-1 et D.381-3 du code de la sécurité sociale.

² Article L381-1 du code de la sécurité sociale

³ Assemblée Nationale, réponse ministérielle du 22 mars 1993 à la question n°53963 de M. Bernard Bosson.

⁴ Article D381-3 du code de la sécurité sociale

⁵ Article L381-1 du code de la sécurité sociale

⁶ Article D381-3 du code de la sécurité sociale

⁷ Article R381-1 du code de la sécurité sociale

Pour rappel, sont, entres autres, des établissements et services médico-sociaux⁸ :

- Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;
- les centres d'action médico-sociale précoce ;
- les établissements ou services d'aide par le travail, à l'exception des entreprises adaptées ;
- les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;
- les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert.

Ainsi, une personne ayant la charge d'une personne handicapée prise en charge partiellement dans un établissement ou un service médico-social peut bénéficier d'une affiliation gratuite à l'assurance vieillesse, si les autres conditions requises sont également remplies.

A noter en outre que depuis octobre 2011, a été supprimée la nécessité de bénéficier **de manière permanente** de cette présence ou assistance⁹.

La Cour de cassation a pu considérer que le seul fait que l'adulte en situation de handicap soit accueilli en CAT de 8h30 à 17h n'exclut pas d'office le besoin de présence de l'aidant¹⁰.

2- Ne pas exercer d'activité professionnelle ou seulement une activité à temps partiel

La tierce personne ne doit pas exercer d'activité professionnelle ou doit exercer seulement une activité à temps partiel¹¹.

Elle sera réputée avoir une activité à temps partiel si ses revenus professionnels ne dépassent pas 63% du plafond annuel de sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année considérée soit, pour 2014, si son revenu professionnel annuel ne dépasse pas 23655 €¹².

Les modalités de prise en compte des ressources sont les mêmes que pour les prestations familiales¹³.

3- Etre un proche de la personne handicapée

La personne en situation de handicap doit être¹⁴ :

- le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle la tierce personne a conclu un pacte civil de solidarité
- ou son ascendant, descendant ou collatéral
- ou l'ascendant, descendant ou collatéral d'un des membres du couple

⁸ Article L.312-1 Code de l'action sociale et des familles.

⁹ Décret n°2011-1278 du 11 octobre 2011 qui a supprimé l'article D 381-4 du code de la sécurité sociale et complété l'article R381-1 du même code

¹⁰ Arrêt de la chambre sociale de la Cour de cassation, n°88-11178 du 4 octobre 1990

¹¹ Article L381-1 du code de la sécurité sociale

¹² Article R381-2-1 du code de la sécurité sociale

¹³ Article R532-3 du code de la sécurité sociale

¹⁴ Article L381-1 du code de la sécurité sociale

4- Suppression de la condition de ressources :

A compter du 1^{er} février 2014, la condition de ressources pour pouvoir bénéficier d'une affiliation à l'assurance vieillesse obligatoire gratuite est supprimée.

Jusqu'alors les ressources de la tierce personne ou celles du ménage (on ne prenait en compte que les ressources du conjoint, concubin ou partenaire de PACS, pas celles des autres membres du foyer, enfant ou autres) ne devaient pas dépasser le plafond du complément familial¹⁵.

Par ailleurs :

- Il n'y a pas de condition d'âge. Le droit à l'affiliation gratuite peut donc être ouvert à une personne retraitée (mais alors, une pension déjà liquidée par le régime général ne pourra pas être recalculée).
- L'affiliation gratuite ne requiert pas non plus de condition de nationalité¹⁶. Cependant, le bénéficiaire de nationalité étrangère n'appartenant ni à un Etat membre de l'Espace économique Européen (comprenant les 27 pays membres de l'Union Européenne, la Norvège, l'Islande et le Liechtenstein) ni à la Suisse, doit justifier d'un titre de séjour sur toute la période d'affiliation¹⁷.
- Enfin, il n'est pas indispensable que la personne handicapée à charge soit bénéficiaire d'une allocation ou majoration pour tierce personne, ouvre droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH - ancienne AES) ou à l'allocation aux adultes handicapés (AAH)¹⁸

1.2. Demande d'affiliation¹⁹

- 1- Si la personne handicapée prise en charge est un enfant de moins de 20 ans

L'affiliation de la personne ayant la charge d'un enfant handicapé est faite soit à sa demande, soit à la diligence de l'organisme ou du service chargé de la liquidation de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé. (CAF, MSA ou pour les allocataires relevant de régimes spéciaux, le service débiteur des prestations familiales).

Le formulaire de demande est disponible auprès l'organisme ou le service débiteur des prestations familiales ou de la maison départementale des personnes handicapées.

¹⁵ Article L.381-1 du code de la sécurité sociale modifié par l'article 38 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites

¹⁶ CJCE, Gaumain-Cerri et Barth, 8 juillet 2004, aff. C-502/01 et C-31/02 qui a conclu que « le refus de prise en charge des cotisations d'assurance vieillesse d'une tierce personne assistant une personne dépendante, au seul motif qu'elle ne réside pas sur le territoire de l'Etat compétent dont la législation s'applique conduit à traiter de manière différente des personnes se trouvant dans une même situation » et constitue « une discrimination prohibée par le droit communautaire ».

¹⁷ Circulaire CNAF n°2005-006 du 30 mars 2005.

¹⁸ Circulaire CNAF 117-79 du 15/10/79 et lettre du Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale du 20/09/79.

¹⁹ Article R.381-1 du code de la sécurité sociale.

2- Si la personne handicapée prise en charge est un adulte

L'affiliation de la personne assumant au foyer familial la charge d'un adulte handicapé est faite à sa demande par l'organisme ou le service débiteur des prestations familiales après avis motivé de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Le formulaire de demande est disponible auprès l'organisme ou le service débiteur des prestations familiales ou de la maison départementale des personnes handicapées.

Cette commission se prononce, après information de la personne handicapée vivant au domicile familial ou bénéficiant d'une prise en charge partielle dans un établissement ou un service médico-social, sur la nécessité pour elle de bénéficier à domicile de l'assistance ou de la présence de l'aidant familial ayant déposé la demande d'affiliation.

Ces organismes transmettent ensuite aux tierces personnes une attestation d'affiliation à l'assurance vieillesse précisant les périodes couvertes.

1.3. Modalités d'affiliation

1- Cotisations²⁰

La cotisation d'assurance vieillesse, assise sur un montant forfaitaire, est entièrement à la charge de **l'organisme d'allocations familiales**. Elle est égale au taux cumulé de la cotisation employeur et salarié dans le régime général de sécurité sociale, pour la couverture du risque vieillesse.

Cette cotisation est assise sur une assiette forfaitaire égale :

a) 100 % de la valeur de 169 fois le salaire minimum de croissance lorsque leurs revenus professionnels perçus au cours de l'année d'affiliation sont inférieurs à 13,6 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année considérée ; cela correspond à un travail hebdomadaire de 39 heures, la CNAF ayant décidé de ne pas tenir compte de la durée légale du travail de 35 heures²¹. A titre informatif, au 1^{er} janvier 2014, le montant mensuel correspondant à cette assiette s'élève à 1651,82 €

b) 50 % de la valeur de 169 fois le salaire minimum de croissance lorsque leurs revenus professionnels perçus au cours de l'année d'affiliation sont compris entre 13,6 % et 63 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année considérée ;

Sont pris en compte pour l'application les revenus d'origine professionnelle compris dans les ressources prises en compte pour le calcul des allocations familiales²².

La cotisation due est égale au **taux cumulé de la cotisation employeur et salarié dans le régime général de sécurité sociale**, pour la couverture du risque vieillesse²³.

²⁰ Article L.381-1 du code de la sécurité sociale et article R.381-3-1 du code de la sécurité sociale

²¹ Circulaire CNAF n° 2001-047 du 27/12/01.

²² Article R. 532-3 du code de la sécurité sociale

²³ Articles R.381-3 et D.381-5 du code de la sécurité sociale.

2- Immatriculation²⁴

L'immatriculation est effectuée par :

- la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou la caisse générale de sécurité sociale dans le ressort de laquelle est situé le domicile des intéressés;
- la CNAV, lorsque la personne est domiciliée dans la région parisienne ;
- la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg, lorsque la personne est domiciliée dans la région de Strasbourg.

L'immatriculation des personnes ayant la charge d'un enfant handicapé prend effet à compter du premier jour du trimestre civil suivant le mois au cours duquel l'assujetti remplit les conditions d'affiliation définies ci-dessus.

L'immatriculation des personnes assumant, au foyer familial, la charge d'un adulte handicapé prend effet à compter du premier jour du trimestre civil suivant le mois au cours duquel la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées a décidé que les conditions d'affiliation sont remplies.

1.4. Contentieux

Les litiges concernant l'affiliation à l'assurance vieillesse des tierces personnes bénévoles relèvent :

* du contentieux général de la sécurité sociale si le litige porte sur les conditions administratives (ressources, acquisition de l'affiliation à l'assurance vieillesse à un autre titre, etc.) ;

* du contentieux technique de la sécurité sociale si le litige porte sur les conditions médicales (taux d'incapacité permanente, nécessité pour l'adulte en situation de handicap de bénéficier de manière permanente à domicile de l'assistance ou de la présence de l'aidant familial ayant déposé la demande d'affiliation)²⁵.

1- Contentieux général

Lorsque le litige porte sur les conditions administratives, l'intéressé qui entend former une réclamation doit saisir au préalable la commission de recours amiable (C.R.A.) de la caisse d'allocation familiale ayant rendu la décision litigieuse dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision litigieuse²⁶.

La décision rendue par la C.R.A. ou l'absence de notification de décision de la part de la C.R.A. dans un délai d'un mois peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale (T.A.S.S.). Celui-ci doit alors être saisi par simple requête déposée au secrétariat ou adressée au secrétaire par lettre recommandée dans un délai de deux mois à compter soit de la date de la notification de la décision, soit de l'expiration du délai d'un mois visée ci-dessus²⁷.

La décision rendue par le TASS peut elle-même être contestée devant la Cour d'appel. L'appel doit alors être formé dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision litigieuse, par une déclaration que la partie (ou tout mandataire) fait ou adresse par pli recommandé au greffe de la cour. La représentation n'est pas obligatoire²⁸.

²⁴ Article D.381-6 du code de la sécurité sociale.

²⁵ Article L.381-1 al. 6 du code de la sécurité sociale.

²⁶ Article R.142-1 du code de la sécurité sociale.

²⁷ Article R.142-6 et R.142-18 du code de la sécurité sociale.

²⁸ Article R.142-28 du code de la sécurité sociale.

La décision rendue par le TASS peut ensuite, à son tour, être attaquée devant la **Cour de cassation**²⁹. Le pourvoi est formé par le biais d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Le pourvoi est déposé au greffe de la Cour de cassation dans un **délai de deux mois** à compter de la notification de la décision. Ce délai ne court pas s'il n'est pas mentionné dans la notification de la décision³⁰.

2- Contentieux de l'Incapacité

Lorsque le litige porte sur les conditions médicales, le recours doit être présenté devant le **Tribunal du Contentieux de l'Incapacité** dans le délai de **deux mois** à compter de la date de la notification de cette décision³¹.

La requête doit contenir, à peine de nullité, l'indication des nom, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur ; l'indication des noms et domicile de la personne contre laquelle la demande est formée, ou, s'il s'agit d'une personne morale, de sa dénomination et de son siège social ; l'objet de la demande et doit être datée et signée³².

Outre ces mentions, la requête doit indiquer, le cas échéant, le nom du médecin que le demandeur désigne pour recevoir les documents médicaux, contenir un exposé sommaire des motifs de la demande et être accompagnée d'une copie de la décision contestée³³.

La décision rendue par le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité peut elle-même faire l'objet d'un recours devant la **Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'Assurance des Accidents du Travail** (CNITAAT). L'appel doit être introduit dans le **délai d'un mois** à compter de la date de la notification de la décision prise par le tribunal du contentieux de l'incapacité³⁴.

La décision rendue par la CNITAAT peut ensuite, à son tour, être attaquée devant la **Cour de cassation**³⁵. Le pourvoi est formé par le biais d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Le pourvoi est déposé au greffe de la Cour de cassation dans un **délai de deux mois** à compter de la notification de la décision. Ce délai ne court pas s'il n'est pas mentionné dans la notification de la décision³⁶.

²⁹ Article L.144-4 du code de la sécurité sociale.

³⁰ Article R.144-7 du code de la sécurité sociale.

³¹ Article R.143-7 du code de la sécurité sociale.

³² Article 58 du Nouveau code de procédure civile.

³³ Article R.143-7 du code de la sécurité sociale.

³⁴ Article R.143-14 alinéa 4 renvoyant à l'article R.143-23 du code de la sécurité sociale.

³⁵ Article L.144-4 du code de la sécurité sociale.

³⁶ Article R.144-7 du code de la sécurité sociale.

2. L'assurance vieillesse volontaire

Les tierces personnes bénévoles qui ne remplissent pas les conditions pour bénéficier de l'assurance vieillesse obligatoire relèvent de l'assurance vieillesse volontaire.

Dans ce cadre, les tierces personnes doivent s'acquitter du paiement des cotisations.

A noter : dans ce cadre, il est également possible de s'affilier pour le risque invalidité

2.1. Conditions d'affiliation ³⁷

1- Tierce personne

La tierce personne doit :

- remplir de manière effective les **fonctions et obligations de tierce personne**,
- **sans recevoir de rémunération**,
- auprès de son **conjoint ou d'un membre de sa famille infirme ou invalide**
- ne pas pouvoir prétendre au dispositif d'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse, des tierces personnes bénévoles³⁸. Toutefois, les personnes qui relèvent de ce dernier dispositif peuvent être affiliées à l'assurance volontaire pour le risque invalidité³⁹.

2- Personne handicapée

La personne handicapée doit quant à elle être **médicalement reconnue comme étant dans l'obligation de recourir à l'assistance constante d'une tierce personne**. Le passage devant la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées n'est pas systématique.

Il n'est pas indispensable que la personne soit bénéficiaire d'une allocation ou majoration pour tierce personne.

2.2. Demande d'affiliation

1- Modalités de la demande

La demande doit être adressée à la **caisse primaire d'assurance maladie** dont relève le demandeur⁴⁰.

Elle doit être adressée dans un **délai de dix ans** à compter du début de leur activité au service de l'infirmes ou de l'invalide ou à compter de la date à laquelle les intéressés cessent de relever de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale⁴¹.

³⁷ Articles L742-1 alinéa 1 et R.742-9 du code de la sécurité sociale.

³⁸ Article L.742-1 du code de la sécurité sociale.

³⁹ Article R.742-9 du code de la sécurité sociale.

⁴⁰ Article R.742-11 du code de la sécurité sociale.

⁴¹ Article R.742-10 du code de la sécurité sociale modifié par le décret n°2010-1776 du 31 décembre 2010.

Le demandeur doit fournir la demande au moyen des pièces suivantes ⁴² :

- une déclaration signée du demandeur attestant sur l'honneur qu'il assume effectivement auprès de son conjoint ou d'un membre de sa famille infirme ou invalide, sans recevoir de rémunération, les fonctions et obligations de la tierce personne ;
- une pièce justifiant de sa qualité de conjoint, d'ascendant, de descendant, de collatéral jusqu'au troisième degré ou d'allié au même degré de l'infirmes ou de l'invalide à l'assistance duquel il consacre son activité ;
- une fiche d'état civil ;
- une attestation de domicile (facture EDF, téléphone...) ;
- tout document de nature à établir que l'infirmes ou l'invalide est dans l'obligation d'avoir recours pour accomplir les actes ordinaires de la vie à l'assistance constante d'une tierce personne, notamment :
 - soit une pièce délivrée par le service ou l'organisme compétent attestant que l'intéressé est bénéficiaire d'une allocation ou majoration pour tierce personne servie au titre d'un régime social législatif ou réglementaire ;
 - soit une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.
 - soit, en cas de décès de la personne assistée, un document, médical ou autre, de nature à mettre en évidence une situation pathologique nettement établie⁴³.

2- Contrôle de la caisse

La caisse primaire d'assurance maladie apprécie, sur avis du service du contrôle médical, si la personne infirmes ou l'invalide est dans l'obligation d'avoir recours pour accomplir les actes ordinaires de la vie à l'assistance constante d'une tierce personne⁴⁴.

2.3. Modalités d'affiliation

1- Affiliation

L'affiliation prend effet à compter du premier jour du trimestre civil suivant la demande. Toutefois, elle peut, à la demande de l'assuré, prendre effet à compter du premier jour du trimestre au cours duquel la demande est présentée⁴⁵.

L'immatriculation est faite à la diligence de la caisse primaire d'assurance maladie qui reçoit et instruit la demande et porte à la connaissance des intéressés le montant des cotisations trimestrielles à payer⁴⁶.

2- Paiement des cotisations

Les cotisations sont réglées d'avance, par trimestre, mais elles peuvent cependant être réglées d'avance, pour l'année civile entière, à la demande des redevables⁴⁷.

Les cotisations à régler sont calculées en appliquant des taux fixés par arrêtés sur une base forfaitaire. Cette base forfaitaire mensuelle est égale au salaire minimum interprofessionnel de

⁴² Article R.742-11 et R.742-12 du code de la sécurité sociale.

⁴³ Lettre ministérielle, 5 avril 1990, Bull. jur. UCANSS 18-90.

⁴⁴ Article R.742-13 du code de la sécurité sociale.

⁴⁵ Article R.742-6 alinéa 2 du code de la sécurité sociale.

⁴⁶ Article R.742-6 alinéa 5 du code de la sécurité sociale.

⁴⁷ Article R742-15 renvoyant à l'article R.742-6 du code de la sécurité sociale.

croissance (SMIC) multiplié par 169. Les valeurs du salaire minimum et la durée légale du travail à retenir au 1er janvier de chaque année sont celles du 1er juillet de l'année précédente⁴⁸.

Le taux de ces cotisations est égal, pour le risque vieillesse, à la somme des taux de cotisations, à la charge de l'employeur et du salarié, soit 16,85 %, à laquelle il convient d'ajouter 0,9 % pour le risque invalidité.

A titre indicatif, pour l'année 2014⁴⁹:

- le montant trimestriel correspondant à cette assiette s'élève à 4694 € ;
- la cotisation trimestrielle pour les risques invalidité et vieillesse au 01.01.2014 est de 852 € dont 0,90% (soit 42 € environ) pour l'invalidité

2.4. Liquidation de la retraite

Les pensions sont liquidées suivant les règles en vigueur pour l'assurance vieillesse obligatoire du régime général de sécurité sociale⁵⁰.

Les cotisations trimestrielles exigibles pour la couverture du risque cessent d'être exigibles dès l'entrée en jouissance de la pension⁵¹.

2.5. Radiation et résiliation de l'assurance volontaire⁵²

1- Radiation

L'assuré qui s'abstient de verser la cotisation trimestrielle à l'échéance est **radié** de l'assurance volontaire. Toutefois, la radiation ne peut être effectuée qu'après envoi, par la caisse primaire, d'un avertissement, par lettre recommandée, invitant l'intéressé à régulariser sa situation dans les quinze jours à compter de la réception de l'avertissement préalable.

La radiation prend effet à compter du premier jour du mois qui suit la demande et comporte, le cas échéant, le remboursement partiel des cotisations acquittées au titre du trimestre ou au cours de l'année civile considérée⁵³.

2- Résiliation

L'assuré social volontaire a la faculté de demander la **résiliation** de son assurance par simple lettre adressée à la caisse primaire d'assurance maladie compétente. La radiation prend effet à compter du premier jour du mois qui suit la demande et comporte, le cas échéant, remboursement partiel des cotisations acquittées au titre du trimestre ou de l'année civile considéré.

En cas de radiation ou de résiliation, les périodes au cours desquelles les cotisations ont été acquittées, au titre de l'assurance vieillesse, entrent en ligne de compte pour l'ouverture du droit à pension et pour le calcul de ladite pension.

⁴⁸ [Article R742-14](#) du code de la sécurité sociale.

⁴⁹ Circulaire Cnav n°2014/24 du 18/03/2014.

⁵⁰ Article R.142-16 du code de la sécurité sociale.

⁵¹ Article R.742-6 alinéa 7 du code de la sécurité sociale.

⁵² Article R742-15 renvoyant à l'article R.742-7 du code de la sécurité sociale.

⁵³ Arrêt de la Cour de cassation, chambre sociale, 18 mars 1985.

2.6. Contentieux

Les litiges concernant l'affiliation à l'assurance vieillesse volontaire des tierces personnes bénévoles relèvent :

* du contentieux général de la sécurité sociale si le litige porte sur les conditions administratives (montant des cotisations, etc.) ;

* du contentieux technique de la sécurité sociale si le litige porte sur les conditions médicales (appréciation par la CPAM de l'obligation ou non pour la personne handicapée d'avoir recours pour accomplir les actes ordinaires de la vie à l'assistance constante d'une tierce personne relèvent du contentieux technique de la sécurité sociale⁵⁴).

1- Contentieux général

Lorsque le litige porte sur les conditions administratives, l'intéressé qui entend former une réclamation doit saisir au préalable la commission de recours amiable (C.R.A.) de la caisse d'allocation familiale ayant rendu la décision litigieuse dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision litigieuse⁵⁵.

La décision rendue par la C.R.A. ou l'absence de notification de décision de la part de la C.R.A. dans un délai d'un mois peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale (T.A.S.S.). Celui-ci doit alors être saisi par simple requête déposée au secrétariat ou adressée au secrétaire par lettre recommandée dans un délai de deux mois à compter soit de la date de la notification de la décision, soit de l'expiration du délai d'un mois visée ci-dessus⁵⁶.

La décision rendue par le TASS peut elle-même être contestée devant la Cour d'appel. L'appel doit alors être formé dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision litigieuse, par une déclaration que la partie (ou tout mandataire) fait ou adresse par pli recommandé au greffe de la cour. La représentation n'est pas obligatoire⁵⁷.

La décision rendue par le TASS peut ensuite, à son tour, être attaquée devant la **Cour de cassation**⁵⁸. Le pourvoi est formé par le biais d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Le pourvoi est déposé au greffe de la Cour de cassation dans un **délai de deux mois** à compter de la notification de la décision. Ce délai ne court pas s'il n'est pas mentionné dans la notification de la décision⁵⁹.

2- Contentieux de l'Incapacité

Lorsque le litige porte sur les conditions médicales, le recours doit être présenté devant le **Tribunal du Contentieux de l'Incapacité** dans le délai de **deux mois** à compter de la date de la notification de cette décision⁶⁰.

⁵⁴ Article R742-13, alinéa 2 renvoyant à l'article L.143-1 du code de la sécurité sociale.

⁵⁵ Article R.142-1 du code de la sécurité sociale.

⁵⁶ Article R.142-6 et R.142-18 du code de la sécurité sociale.

⁵⁷ Article R.142-28 du code de la sécurité sociale.

⁵⁸ Article L.144-4 du code de la sécurité sociale.

⁵⁹ Article R.144-7 du code de la sécurité sociale.

⁶⁰ Article R.143-7 du code de la sécurité sociale.

La requête doit contenir, à peine de nullité, l'indication des nom, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur ; l'indication des noms et domicile de la personne contre laquelle la demande est formée, ou, s'il s'agit d'une personne morale, de sa dénomination et de son siège social ; l'objet de la demande et doit être datée et signée⁶¹.

Outre ces mentions, la requête doit indiquer, le cas échéant, le nom du médecin que le demandeur désigne pour recevoir les documents médicaux, contenir un exposé sommaire des motifs de la demande et être accompagnée d'une copie de la décision contestée⁶².

La décision rendue par le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité peut elle-même faire l'objet d'un recours devant la **Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'Assurance des Accidents du Travail** (CNITAAT). L'appel doit être introduit dans le **délai d'un mois** à compter de la date de la notification de la décision prise par le tribunal du contentieux de l'incapacité⁶³.

La décision rendue par la CNITAAT peut ensuite, à son tour, être attaquée devant la **Cour de cassation**⁶⁴. Le pourvoi est formé par le biais d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Le pourvoi est déposé au greffe de la Cour de cassation dans un **délai de deux mois** à compter de la notification de la décision. Ce délai ne court pas s'il n'est pas mentionné dans la notification de la décision⁶⁵.

⁶¹ Article 58 du Nouveau code de procédure civile.

⁶² Article R.143-7 du code de la sécurité sociale.

⁶³ Article R.143-14 alinéa 4 renvoyant à l'article R.143-23 du code de la sécurité sociale.

⁶⁴ Article L.144-4 du code de la sécurité sociale.

⁶⁵ Article R.144-7 du code de la sécurité sociale.

3. Le rachat de cotisations

Les personnes qui justifient avoir rempli bénévolement, après le 30 juin 1930, les fonctions de tierce personne auprès de leur conjoint ou d'un membre de leur famille infirme peuvent bénéficier du dispositif de rachat des cotisations⁶⁶.

Il permet à ces personnes d'acquérir, pour la ou les périodes durant lesquelles elles ont rempli ces fonctions, des droits à l'assurance vieillesse, moyennant le versement des cotisations afférentes à ces périodes.

Cette possibilité de rachat s'est faite par étapes successives et était initialement close au 31 décembre 2002⁶⁷. Par lettre ministérielle du 25 mars 2003, le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité a rouvert de manière durable cette possibilité de rachat, sans fixer de date butoir.

3.1. Conditions

Les intéressés doivent justifier avoir rempli les fonctions et obligations de la tierce personne dans les conditions fixées à l'article R 742-9 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire dans les conditions requises pour bénéficier de l'assurance vieillesse volontaire des tierces personnes bénévoles⁶⁸.

1- Tierce personne

La tierce personne doit avoir, pendant les périodes visées par le rachat :

- rempli de manière effective les **fonctions et obligations de tierce personne**, même à temps partiel (ex. quand l'enfant handicapé est en institut dans la journée ou pour toute autre raison)⁶⁹, cela suppose notamment une cohabitation ou une résidence à proximité de la personne en situation de handicap.
- **sans recevoir de rémunération**,
- auprès de son **conjoint ou d'un membre de sa famille infirme ou invalide** : ascendant, ascendant, descendant, collatéral ou allié jusqu'au troisième degré
- en résidant en métropole ou dans un DOM⁷⁰ (en revanche, la tierce personne n'est pas tenue de résider en France lors de sa demande)
- ne pas ouvrir droit à l'assurance vieillesse obligatoire gratuite pour ces périodes

2- Personne handicapée

La personne handicapée quant à elle doit avoir été **médicalement reconnue comme étant dans l'obligation de recourir à l'assistance constante d'une tierce personne**. Le passage devant la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées n'est pas systématique.

⁶⁶ Décret n°88-673 du 6 mai 1988.

⁶⁷ Décret n°88-673 du 6 mai 1988, Art.2.

⁶⁸ Décret n°88-673 du 6 mai 1988, Art.1.

⁶⁹ Lettre CNAV du 23 décembre 1988 et du 11 février 1982.

⁷⁰ Lettre CNAV 5/81 du 26.12.1980, arrêt de la CA de Paris du 20 sept 1993

Cette condition est justifiée par tout document de nature à établir que l'infirmes ou l'invalides était, à l'époque concernée par le rachat, dans l'obligation d'avoir recours pour accomplir les actes ordinaires de la vie (c'est-à-dire des actes essentiels tels que se lever, se coucher, se vêtir, se mouvoir, manger ou satisfaire ses besoins naturels⁷¹) à l'assistance constante d'une tierce personne, notamment :

- soit une pièce délivrée par le service ou l'organisme compétent attestant que l'intéressé est bénéficiaire d'une allocation ou majoration pour tierce personne servie au titre d'un régime social législatif ou réglementaire ;
- soit une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ;
- soit, en cas de décès de la personne assistée, un document, médical ou autre, de nature à mettre en évidence une situation pathologique nettement établie⁷².

Il n'est donc pas indispensable que la personne soit bénéficiaire d'une allocation ou majoration pour tierce personne⁷³.

3.2. Demande de rachat

1- Modalités de la demande

La demande de rachat est à adresser dans le délai de dix ans après que le demandeur cesse de remplir les fonctions de tierce personne bénévole, donc à compter de la date d'effet de l'immatriculation à l'assurance obligatoire.

Organisme compétent pour recevoir la demande⁷⁴

Les demandes de rachat doivent être présentées :

1. pour les personnes déjà titulaires d'une prestation de vieillesse dans le régime général, à l'organisme qui a liquidé cette prestation,
2. pour les personnes déjà autorisées dans le régime général à racheter des cotisations ou à valider gratuitement des périodes de carrière algérienne ou des périodes définies au premier alinéa de l'article L.161-21 (périodes de versement de l'indemnité de soins aux tuberculeux), à l'organisme auprès duquel la première demande a été instruite,
3. pour les personnes résidant en France et n'entrant pas dans le champ des dispositions précédentes, à la caisse chargée du risque vieillesse du lieu de leur résidence,
4. pour les personnes résidant à l'étranger et n'entrant pas dans le champ des dispositions prévues au 1. et 2. ci-dessus, à la caisse chargée du risque vieillesse de leur choix.

• Imprimé de demande

La demande est faite au moyen d'imprimés accompagnés de justificatifs⁷⁵.

Toutefois, une simple lettre sera recevable si⁷⁶:

- elle fait apparaître sans aucun doute que la personne souhaite racheter des cotisations ;

⁷¹ Lettre ministérielle n° 3096 du 29 septembre 1953, Direction Générale de la Sécurité Sociale, 4° bureau, relative au « Calcul, taux, date d'entrée en jouissance de la rente - Définition des actes ordinaires de la vie ».

⁷² Lettre ministérielle, 5 avril 1990, Bull. jur. UCANSS 18-90.

⁷³ Circulaire CNAV 94/80 du 24 octobre 1980 § IV.

⁷⁴ Article R.351-37-2 du code de la sécurité sociale auquel renvoie l'article 2 du décret n°88-673 du 6 mai 1988.

⁷⁵ Arrêté du 10 octobre 1988 fixant la procédure de demande de rachat de cotisations d'assurance vieillesse.

⁷⁶ Circulaire ministérielle DSS/AAF/A1 n°95 du 31 décembre 1992.

- et si l'imprimé de demande parvient à la caisse de retraite dans les **trois mois** à compter de la date à laquelle la caisse de retraite l'a envoyé à la personne concernée.

- **Pièces à fournir**⁷⁷

- une déclaration sur l'honneur signée du demandeur attestant de ses fonctions de tierce personne bénévole auprès de son conjoint ou d'un membre de la famille pendant une période dont il indique les dates de début et de fin;
- une pièce justifiant de sa qualité de conjoint, d'ascendant, de descendant, de collatéral jusqu'au troisième degré ou d'allié au même degré de l'infirmes ou de l'invalides à l'assistance duquel il consacre son activité ;
- une fiche d'état civil ;
- une attestation de domicile (facture EDF, téléphone...) ;
- tout document de nature à établir que l'infirmes ou l'invalides est dans l'obligation d'avoir recours pour accomplir les actes ordinaires de la vie à l'assistance constante d'une tierce personne, notamment :
 - o soit une pièce délivrée par le service ou l'organisme compétent attestant que l'intéressé est bénéficiaire d'une allocation ou majoration pour tierce personne servie au titre d'un régime social législatif ou réglementaire ;
 - o soit une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
 - o .soit, si la personne infirmes ou invalides est décédée, un document de caractère médical dont sa famille pourrait être encore en possession ou tout document de nature à mettre en évidence une situation pathologique nettement établie⁷⁸.

A défaut de la production d'une ou plusieurs pièces, une déclaration sur l'honneur pourra être produite.

2- Portée de la demande de rachat⁷⁹

La période sur laquelle porte le rachat est l'ensemble de la période qui n'a pas fait l'objet de cotisations ou de validation gratuite au titre de l'assurance vieillesse (et donc la totalité du temps d'activité en tant que tierce personne bénévole).

Toutefois, le rachat peut être limité si les périodes d'assurance et les périodes susceptibles d'être rachetées dépassent ensemble 80 trimestres.

Dans ce cas, le rachat peut ne porter que sur la période nécessaire pour atteindre les 80 trimestres d'assurance.

Il est également possible d'effectuer un rachat aboutissant à un nombre de trimestres d'assurance compris entre 80 et 164.

Cependant, la période effectivement rachetée doit être déterminée selon l'ordre chronologique en partant de la période la plus ancienne.

La demande de rachat ne peut concerner des périodes postérieures à la date d'entrée en jouissance d'une prestation de vieillesse⁸⁰.

⁷⁷ Article R.742-12 du code de la sécurité sociale auquel renvoie l'article 2 du décret n°88-673 du 6 mai 1988.

⁷⁸ Circulaire Caisse nationale d'assurance vieillesse n° 94/80 du 24 octobre 1980, IV.

⁷⁹ Décret n°88-673 du 6 mai 1988, art. 4 et Circulaire ministérielle n° 95/SS du 31 décembre 1992.

⁸⁰ Décret n°88-673 du 6 mai 1988, art. 7.

3- Procédure de traitement de la demande ⁸¹

- **Information préalable et possibilité offerte à l'intéressé de modifier ou d'annuler sa demande initiale**

Après que l'intéressé a adressé une demande de rachat de cotisations, la caisse d'assurance vieillesse doit lui faire connaître la période susceptible d'être rachetée ainsi que le montant du rachat.

Elle lui donne par ailleurs la **possibilité de modifier ou d'annuler sa demande initiale** avant d'adresser son dossier au service chargé du contrôle médical.

Si la personne concernée ne se manifeste pas dans le délai **d'un mois** à compter de la date de communication des informations, la caisse régionale transmet, pour avis au service du contrôle médical, le dossier de la personne assistée.

- **Contrôle médical**

Le dossier est ensuite soumis au contrôle médical qui donne son avis sur le fait de savoir si la personne handicapée est dans l'obligation d'avoir recours, pour accomplir les actes ordinaires de la vie, à l'assistance constante d'une tierce personne.

- **Si le droit au rachat de cotisations est ouvert**

La caisse envoie toutes les informations utiles permettant à l'intéressé de prendre sa décision (résultat de la reconstitution de carrière et calculs informatifs de la retraite avec ou sans rachat), ouvre à l'intéressé la possibilité de modifier sa demande de rachat ou de l'annuler et l'invite à faire connaître son choix quant aux modalités de paiement s'il maintient sa demande.

Si l'assuré lui répond dans les **deux mois** de la réception des documents d'information, la caisse lui notifie une décision d'admission ou d'annulation.

S'il reste silencieux, la caisse considèrera qu'il a **refusé la procédure de rachat** de cotisations.

S'il l'intéressé se manifeste hors délais, la caisse fait droit à sa demande, mais sur la base des éléments figurant dans la demande initiale.

- **Si le droit au rachat de cotisation n'est pas ouvert**

La caisse oppose une décision de rejet à la demande de validation des périodes de salariat au titre de l'assurance vieillesse. La notification de cette décision doit comporter les voies et délais de recours.

3.3. Modalités de rachat des cotisations

1- Assiette et montant des cotisations

L'assiette des cotisations correspond, pour les personnes qui ont occupé les fonctions de tierce personne, à **50% du plafond de sécurité sociale**⁸².

⁸¹ Décret n°88-673 du 6 mai 1988, Art. 3 ; circulaires CNAV 38/93 du 21 avril 1993 et 2003/39 du 2 Octobre 2003.

⁸² Décret n°88-673 du 6 mai 1988, art.5 et Circulaire CNAV n° 38/93 du 21 avril 1993.

Association des Paralysés de France – DJ : LA/JC – Circulaire n°399

Le montant des cotisations est calculé en appliquant à cette assiette⁸³ :

- les coefficients de revalorisation en vigueur à la date du versement applicables aux salaires et aux cotisations servant de base au calcul des pensions ou rentes en vertu de l'article L. 351-11 ;
- les taux de la cotisation pour le risque vieillesse incombant au salarié et à l'employeur applicables lors de la période d'activité en cause ou, pour les périodes d'activité antérieures au 1er octobre 1967, le taux de 9 % ;
- Une actualisation au taux de 2,5 % par année civile révolue séparant la date du versement de la fin de la période d'activité en cause.
- Pour les assurés âgés de soixante-deux ans, on appliquera une diminution de 2,5 % par année révolue au-delà de cet âge.

2- Paiement rééchelonné des cotisations⁸⁴

Le demandeur du rachat peut demander un échelonnement des paiements **sur une période de 4 ans** au plus à compter de la notification de l'admission au rachat. Si, à l'expiration de cette période, la totalité des cotisations n'a pas été versée, le rachat est annulé et les versements effectués sont remboursés à l'intéressé.

Cette demande est à adresser à la caisse compétente.

3- Paiement des cotisations par compensation⁸⁵

Afin d'accélérer l'acquisition de son avantage vieillesse par les intéressés déjà titulaires d'une pension, les sommes dues au titre du rachat peuvent être **imputées sur l'avantage vieillesse**, avec l'accord du retraité. Dans ce cas, le montant du rachat viendra en déduction de la pension versée par la caisse.

La demande de paiement du rachat par compensation doit être déposée avant la date du **délai de deux mois** à compter de la date de notification du rachat de cotisations.

3.4. Liquidation ou révision de la pension

La mise en paiement des pensions de vieillesse correspondant au rachat intervient lorsque le versement des cotisations de rachat est terminé⁸⁶.

1- Liquidation de la pension vieillesse

La pension résultant du rachat est liquidée suivant les **règles en vigueur dans le régime général** des salariés à la date d'entrée en jouissance de la pension⁸⁷.

Les assurés peuvent obtenir la liquidation de leurs droits à l'assurance vieillesse à compter, au plus tôt, du premier jour du mois suivant la date de dépôt de leur demande de rachat, sous réserve que

⁸³ Décret n°88-673 du 6 mai 1988, art.5.

⁸⁴ Décret n°88-673 du 6 mai 1988, art. 6 ; arrêtés ministériels du 23 mars 1992 et du 17 juillet 2000 ; circulaire ministérielle n°95/SS du 31 décembre 1992.

⁸⁵ Circulaire ministérielle n°95/SS du 31 décembre 1992.

⁸⁶ Décret n°88-673 du 6 mai 1988, art. 8.

⁸⁷ Décret n°88-673 du 6 mai 1988, art. 9.

leur demande de prestation de vieillesse ait été formulée dans les six mois suivant la date à laquelle leur aura été notifiée la décision faisant droit à leur demande de rachat.⁸⁸

Ces dispositions s'appliquent au conjoint survivant qui effectue le rachat à la place de l'assuré social décédé.

2- Révision de la pension : personnes déjà pensionnées

Concernant les personnes déjà pensionnées, leur retraite est révisée au premier jour du mois civil suivant le dépôt de la demande de rachat, dans la limite du nombre maximum de trimestres susceptible d'être pris en compte (voir ci-dessus)⁸⁹.

3.5. Contentieux

Les litiges concernant le rachat de cotisations pour l'affiliation à l'assurance vieillesse volontaire des tierces personnes bénévoles relèvent :

* du contentieux général de la sécurité sociale si le litige porte sur les conditions administratives (montant du rachat, etc.) ;

* du contentieux technique de la sécurité sociale si le litige porte sur les conditions médicales (appréciation, par la caisse chargée de la gestion du risque vieillesse, de l'obligation ou non pour la personne handicapée d'avoir recours pour accomplir les actes ordinaires de la vie à l'assistance constante d'une tierce personne relèvent du contentieux technique de la sécurité sociale⁹⁰).

1- Contentieux général

Lorsque le litige porte sur les conditions administratives, l'intéressé qui entend former une réclamation doit saisir au préalable la commission de recours amiable (C.R.A.) de la caisse d'allocation familiale ayant rendu la décision litigieuse dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision litigieuse⁹¹.

La décision rendue par la C.R.A. ou l'absence de notification de décision de la part de la C.R.A. dans un délai d'un mois peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale (T.A.S.S.). Celui-ci doit alors être saisi par simple requête déposée au secrétariat ou adressée au secrétaire par lettre recommandée dans un délai de deux mois à compter soit de la date de la notification de la décision, soit de l'expiration du délai d'un mois visée ci-dessus⁹².

La décision rendue par le TASS peut elle-même être contestée devant la Cour d'appel. L'appel doit alors être formé dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision litigieuse, par une déclaration que la partie (ou tout mandataire) fait ou adresse par pli recommandé au greffe de la cour. La représentation n'est pas obligatoire⁹³.

⁸⁸ Décret n°88-673 du 6 mai 1988, art. 10 modifié par le décret n° 2010-1776 du 31 décembre 2010 et circulaire ministérielle n°95/SS du 31 décembre 1992.

⁸⁹ Décret n°88-673 du 6 mai 1988, art. 11.

⁹⁰ Décret n°88-673 du 6 mai 1988, Art. 3 al.2, renvoyant à l'art. L.143-1 du CSS.

⁹¹ Article R.142-1 du code de la sécurité sociale.

⁹² Article R.142-6 et R.142-18 du code de la sécurité sociale.

⁹³ Article R.142-28 du code de la sécurité sociale.

La décision rendue par le TASS peut ensuite, à son tour, être attaquée devant la **Cour de cassation**⁹⁴. Le pourvoi est formé par le biais d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Le pourvoi est déposé au greffe de la Cour de cassation dans un **délai de deux mois** à compter de la notification de la décision. Ce délai ne court pas s'il n'est pas mentionné dans la notification de la décision⁹⁵.

2- Contentieux de l'Incapacité

Lorsque le litige porte sur les conditions médicales, le recours doit être présenté devant le **Tribunal du Contentieux de l'Incapacité** dans le délai de **deux mois** à compter de la date de la notification de cette décision⁹⁶.

La requête doit contenir, à peine de nullité, l'indication des nom, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur ; l'indication des noms et domicile de la personne contre laquelle la demande est formée, ou, s'il s'agit d'une personne morale, de sa dénomination et de son siège social ; l'objet de la demande et doit être datée et signée⁹⁷.

Outre ces mentions, la requête doit indiquer, le cas échéant, le nom du médecin que le demandeur désigne pour recevoir les documents médicaux, contenir un exposé sommaire des motifs de la demande et être accompagnée d'une copie de la décision contestée⁹⁸.

La décision rendue par le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité peut elle-même faire l'objet d'un recours devant la **Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'Assurance des Accidents du Travail** (CNITAAT). L'appel doit être introduit dans le **délai d'un mois** à compter de la date de la notification de la décision prise par le tribunal du contentieux de l'incapacité⁹⁹.

La décision rendue par la CNITAAT peut ensuite, à son tour, être attaquée devant la **Cour de cassation**¹⁰⁰. Le pourvoi est formé par le biais d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Le pourvoi est déposé au greffe de la Cour de cassation dans un **délai de deux mois** à compter de la notification de la décision. Ce délai ne court pas s'il n'est pas mentionné dans la notification de la décision¹⁰¹.

⁹⁴ Article L.144-4 du code de la sécurité sociale.

⁹⁵ Article R.144-7 du code de la sécurité sociale.

⁹⁶ Article R.143-7 du code de la sécurité sociale.

⁹⁷ Article 58 du Nouveau code de procédure civile.

⁹⁸ Article R.143-7 du code de la sécurité sociale.

⁹⁹ Article R.143-14 alinéa 4 renvoyant à l'article R.143-23 du code de la sécurité sociale.

¹⁰⁰ Article L.144-4 du code de la sécurité sociale.

¹⁰¹ Article R.144-7 du code de la sécurité sociale.