

# SIDA

**Le guide des droits sociaux**

Act Up-Paris™

## [ EDITO ]

### **Pourquoi un guide des droits sociaux des personnes infectées par le VIH ?**

Depuis janvier 1999, la permanence sociale et juridique d'Act Up-Paris accueille chaque semaine des personnes séropositives, malades, confrontées à des problèmes de droit : difficultés d'accès aux allocations et ressources auxquelles elles ont droit, problèmes de logement, impossibilité de contracter des assurances, discriminations au travail, problèmes de régularisation pour les étrangers, etc.

Le manque d'information sur les droits dont nous disposons est un des problèmes les plus criants dans ces permanences juridiques. L'information, quand elle est disponible, est disséminée et souvent lacunaire. Les administrations et institutions la fournissent peu, voire pas du tout. Les travailleurs sociaux ont du mal à intégrer les problèmes sociaux spécifiques au VIH. Les associations, avec des moyens de plus en plus réduits, peuvent difficilement compenser ces carences auprès d'un large public.

Ce guide se propose de recenser l'ensemble des dispositifs et prestations sociales auxquels peuvent prétendre les séropositifs et malades du sida. Mais il ne s'agit pas seulement d'informer sur l'existence de tel ou tel droit. Nous espérons aussi, avec ce guide, mettre à disposition l'expérience des militants d'Act Up. Vous trouverez donc ici, prestation par prestation, non seulement le descriptif des dispositifs existants, mais aussi nos réflexions critiques sur leurs lacunes et dysfonctionnements, et des conseils pratiques pour tenter de les contourner.

Notre objectif était d'être le plus complet possible, tout en restant précis et clair. Nous espérons que vous trouverez dans ce guide un outil d'information efficace, et une arme utile pour faire valoir réellement vos droits. N'hésitez jamais à contacter les associations de lutte contre le sida lorsqu'il s'agit de faire valoir vos droits.

---

Les termes en **gras** suivis du signe « • » renvoient à une fiche spécifique qui leur est consacrée. Voir l'index en page 181.

*Attention : les montants indiqués dans ce guide ont pour la plupart été revalorisés depuis le 1er juillet 2001. Ils ne sont donc que de simples indications.*

*Malgré le soin attentif apporté à la rédaction de ce guide, nous avons pu commettre des erreurs ou des confusions. Merci de nous les signaler pour corriger la version mise à jour.*

*L'ensemble des fiches a été rédigé par des militants d'Act Up-Paris.*

## [ ABSENCES LIÉES À LA SANTÉ ]

*La maladie d'un salarié ne constitue pas en soi un motif de rupture du contrat de travail ; celui-ci est simplement suspendu jusqu'à la fin de l'arrêt. Néanmoins, les jurisprudences autorisent le licenciement si l'absence est de nature à perturber la bonne marche de l'entreprise.*

### ► OBLIGATIONS DU SALARIÉ EN CAS DE MALADIE

Le Code de la Sécurité Sociale exige que vous avertissiez votre employeur et votre centre de Sécurité Sociale dans les 48h, sous peine de déchéance de vos droits. Il en est de même en cas de prolongation de votre arrêt. Si vous n'observez pas cette obligation, vous pouvez être licencié pour faute grave. Vous ne pouvez pas être licencié pendant un arrêt de travail sauf pour une cause étrangère à la maladie (exemples : suppression d'emploi, faute professionnelle...) ou si votre absence perturbe ou met en péril la bonne marche de l'entreprise. Une absence prolongée ou des absences fréquentes et répétées pour maladie peuvent justifier la rupture du contrat de travail si l'employeur fait valoir que ces absences perturbent la bonne marche de l'entreprise et que votre remplacement définitif est nécessaire.

### ► LA MALADIE D'UN DE VOS ENFANTS

Le code du travail prévoit plusieurs dispositions en cas de maladie ou d'accident d'un enfant :

- Un congé spécifique non rémunéré de trois jours maximum par an (ou 5 jours si l'enfant concerné est âgé de moins d'un an ou si vous avez au moins trois enfants âgés de moins de 16 ans). Vous devez alors produire un certificat médical et la preuve que votre enfant a moins de 16 ans.
- Le droit au travail à temps partiel en cas de maladie, accident ou handicap graves d'un enfant dont vous avez la charge.

La durée initiale de cette période est de 6 mois au plus. Elle peut être prolongée une fois, pour six mois maximum. Cette disposition concerne les personnes dont les enfants n'ouvrent plus droit au congé parental, en raison de leur âge.

#### ► LES DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Les conventions collectives prévoient des conditions particulières. Dans certains secteurs d'activité et suivant le code APE (classification en fonction du secteur d'activité), le salaire intégral peut être maintenu pendant une durée déterminée par les accords entre les employeurs et les syndicats. D'autres dispositions peuvent être incluses dans les conventions collectives. Ainsi, d'une profession à l'autre, le maintien intégral du salaire sera disparate. En tous les cas, l'ancienneté sera un des critères déterminants. A cela peuvent s'ajouter des dispositions particulières prévues par le règlement intérieur. Les dossiers seront examinés en prenant en compte, s'ils existent :

- la convention collective ;
- le règlement intérieur ;
- la mutuelle complémentaire.

#### ► EN CAS DE LICENCIEMENT

En cas de désaccord sur votre licenciement, contestez-le systématiquement. Les licenciements sont souvent liés aux absences répétées et aux retards que votre état de santé peut entraîner. L'entreprise peut donc avancer une incompatibilité entre l'employé et son poste, et les difficultés qui en découlent. Il faut alors constituer un dossier comprenant un contre argumentaire sérieux et garder toutes les preuves écrites que vous pourrez pour débouter votre employeur. Il faut souligner aussi qu'il n'est pas toujours facile de compter sur ses collègues pour avoir des témoignages qui pourraient leur nuire ensuite.

Dans tous les cas, il n'est pas simple d'apporter la preuve que votre employeur vous a licencié à cause de votre maladie. De plus, il a la possibilité de vous licencier pour maladie, entre autres, si vous ne pouvez pas lui donner une date de reprise d'activité, ce qui est fréquent pour nous, malades du sida. Pour les contestations devant les **Prud'Hommes**\*, voir la fiche consacrée à ce sujet.

## Commentaire

Trop d'employeurs profitent d'une période de faiblesse physique de certains de leurs employés séropositifs ou malades du sida pour les licencier. On sait qu'un certain nombre d'entre eux, notamment lorsque leur état de

---

santé se dégrade ou lorsque les traitements commencent à avoir des effets secondaires difficiles à supporter, n'ont pas automatiquement le réflexe, ni la force de se défendre.

De plus, les textes, et particulièrement la loi du 10 juillet 1987, gérant les aménagements du temps de travail, sont trop souvent bafoués. Il ne faut pas hésiter à faire des recours contre un licenciement, consulter les syndicats et les associations.

►► VOIR ÉGALEMENT

*Vous trouverez également dans ce guide  
une fiche sur le **mi-temps thérapeutique** <sup>•</sup>  
et une consacrée aux **Congés Maladie Longue Durée** <sup>•</sup>.*

## [ L'ACCÈS AU LOGEMENT ]

*La question du logement est cruciale pour les personnes malades. Sans lui, l'accès aux soins, le suivi médical et social deviennent très difficiles à mettre en œuvre ou à maintenir. Pourtant, on voit de plus en plus de personnes vivant dans des logements insalubres ou à la rue. Ces situations, qui deviennent fréquentes, sont dues au nombre insuffisant d'appartements sociaux, à un dispositif d'attribution qui ne prend pas assez en compte le critère du handicap, mais aussi à l'attitude des bailleurs sociaux, qui estiment que les personnes touchant une Allocation Adulte Handicapé ou d'autres minima sociaux ne sont pas solvables. C'est pourquoi il est urgent, tant en région parisienne qu'en province, que de nouvelles places de logements sociaux soient créées, mais également que les critères d'attribution soient effectivement respectés.*

### ► APPARTEMENTS SOCIAUX DE DROIT COMMUN

#### 1. LE CONTEXTE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE :

##### POPS ET LOI CONTRE L'EXCLUSION

En 1990, la loi Besson avait imposé à certaines grandes agglomérations, dans le cadre du droit au logement des plus démunis, la mise en place de Protocoles d'Occupation du Patrimoine Social (POPS). Signés par l'Etat, la ville et les bailleurs sociaux, ils avaient pour objectif de garantir aux ménages les plus démunis l'accès à un logement HLM autonome, tout en favorisant une répartition équilibrée au sein des agglomérations. Les POPS devaient permettre de reloger les personnes rencontrant des problèmes de logement, cumulés à un faible niveau de ressources.

Parmi les personnes concernées : les personnes sans domicile fixe, expulsées, celles résidant dans un logement insalubre, précaire ou temporaire (comme un foyer) ou encore dans un hôtel garni ou en meublé. Les ménages vivant en cohabitation ou hébergés par un autre ménage relevaient également de ce dispositif. La plupart des personnes étaient bénéficiaires de prestations sociales comme le RMI ou l'Allocation de Parent Isolé (API).

Enfin, les POPS devaient s'adresser également aux toxicomanes, parce que considérés comme des personnes souffrant de problèmes de comportement, au même titre que les alcooliques ou les handicapés mentaux.

Paris et certaines villes de province comme Lille ont signé un POPS. Mais malgré quelques résultats, les associations spécialisées dans l'accès au logement restent toujours aussi débordées. Le « rééquilibrage géographique » des plus défavorisés n'a pas eu lieu et les POPS ne sont pas parvenus à reloger la majorité des personnes en situation d'urgence.

Depuis la loi de lutte contre l'exclusion de 1999, un nouveau dispositif a été élaboré pour remplacer les POPS. Aujourd'hui, en théorie, dans chaque département, le Préfet dirige une conférence du logement social, instance chargée d'évaluer qualitativement et quantitativement les besoins en logements d'urgence. Elle liste, en liaison avec les services sociaux de la commune et avec les administrations municipales chargées du logement, l'ensemble des personnes considérées comme prioritaires en matière de droit au logement, et ce, sur le critère cumulé des difficultés financières et d'insertion sociale.

Le Préfet a ensuite pour rôle d'obtenir de tous les bailleurs sociaux l'engagement qu'ils proposeront un logement à toutes les personnes retenues. Ce dispositif est encore mal appliqué, notamment à Paris, où le dispositif du POPS est toujours utilisé.

## 2. DÉMARCHES À SUIVRE

La demande est à retirer soit auprès de l'office HLM de votre commune, soit auprès de la Préfecture. Vous pouvez faire votre demande aux deux organismes. A Paris, Lyon et Marseille, vous pouvez aussi, le cas échéant, faire votre demande auprès de la mairie d'arrondissement où vous résidez. Les mairies d'arrondissement possèdent en effet un parc propre, certes très limité. Elles sont chargées par ailleurs de transmettre votre demande auprès de l'office central.

Quels que soient les organismes choisis, il vous faut remplir un dossier, dont la forme peut varier d'un office à l'autre, mais qui pose les mêmes questions : état civil, adresse antérieure, situation maritale et familiale, nombre d'enfants à charge, type et emplacement du logement désiré, loyer moyen souhaité (déduction faite des aides au logement). Vous pouvez vous faire aider par une assistante sociale de la mairie, de l'office ou d'une association d'aide au logement pour remplir votre dossier, notamment pour



établir un bilan de votre situation sociale qui vous permet de faire valoir le caractère prioritaire de votre demande.

Selon la loi, le handicap est un des critères prioritaires d'attribution d'un appartement social. Vous pouvez donc joindre à votre dossier, le cas échéant, une copie de votre notification COTOREP ou de votre carte d'invalidité. Restez néanmoins vigilant quant aux informations à caractère confidentiel et/ou médical que vous seriez amené à faire valoir. Il est préférable de déposer directement auprès de l'organisme votre dossier dûment rempli. Si vous ne le pouvez pas, envoyez-le en recommandé avec accusé de réception. Vous recevrez un numéro de dossier et une notification de dépôt qu'il vous faut conserver précieusement. Si vous avez adressé votre demande à plusieurs structures, le numéro de dossier restera le même.

### 3. LA RÉPONSE ET L'ATTRIBUTION

Les délais de réponse varient selon les communes et les départements, mais ils sont souvent très longs. A Paris, ils dépassent fréquemment les 5 ans ! Votre dossier passera devant une commission d'attribution, composée de divers responsables préfectoraux et municipaux, qui ont à charge de sélectionner des dossiers et de les présenter aux bailleurs sociaux (organismes qui gèrent ces appartements). Ces bailleurs peuvent être totalement gérés par la mairie ou être des sociétés d'économie mixte. Si un bailleur retient votre dossier, il vous proposera un rendez-vous et la visite d'un appartement. Un bailleur peut proposer un appartement à plusieurs demandeurs en même temps. Il vous faut donc être ponctuel le jour de la visite de l'appartement. Si vous acceptez la proposition, vous aurez à signer un bail et vous pourrez emménager dans les délais prévus. Il vous faut alors penser, avec un travailleur social, à débloquer les aides au logement auxquelles vous avez droit.

### 4. DISCRIMINATIONS AU LOGEMENT

Beaucoup de refus des bailleurs sociaux sont motivés par une soi-disant insuffisance des ressources du demandeur, alors que les raisons sont tout autres. En matière d'attribution de logement social, les discriminations sont nombreuses, fondées sur l'état de santé, l'orientation sexuelle, la couleur de la peau, la nationalité ou encore l'identité de genre. Si vous êtes victime de ce type de discrimination, il est préférable d'intenter une action

en justice, d'informer votre mairie ainsi que l'ensemble des travailleurs sociaux et associations qui vous auront aidé.

#### ► L'AIDE PERSONNALISÉE AU LOGEMENT (APL)

Pour bénéficier de l'APL, vous devez être locataire d'un appartement conventionné, c'est-à-dire ayant fait l'objet d'une convention entre le propriétaire et l'Etat (ces conventions fixent des contraintes pour le propriétaire qui s'engage à louer sous certaines conditions d'habitabilité et de loyer). Pour savoir si votre logement est conventionné, lisez le bail, l'indication y est mentionnée. En principe, le parc locatif des OPHLM est soumis à une convention passée entre l'Etat et l'Office HLM. Cette convention ouvre donc le droit à l'APL. La demande d'allocation est automatiquement effectuée par l'Office HLM auprès de la Caisse d'Allocations Familiales. L'Office perçoit directement la prestation dès le second mois de la location. Il n'y a pas de condition directe de ressources. L'octroi et le montant de l'APL dépendent du rapport entre vos ressources, le montant du loyer et la composition du foyer.

#### ► L'ALLOCATION LOGEMENT

Vous pouvez, sous conditions de ressources, toucher une allocation logement. Elle est distincte de l'APL, qui ne concerne que les logements conventionnés. Votre logement doit répondre à certaines normes de confort et à une surface minimum par occupant. La demande doit être faite auprès de votre Caisse d'Allocations Familiales. Vous aurez à remplir un dossier vous demandant votre état civil, une déclaration de ressources et de celles de vos colocataires éventuels. Il faudra compléter ce dossier avec une photocopie du bail. N'oubliez pas de joindre, si vous en possédez une, une copie de votre carte d'invalidité avec la mention station debout pénible, qui vous permet un abattement de 30% sur les ressources prises en compte.

Les CAF se livrent à des contrôles pour vérifier que les informations sur le nombre de personnes vivant au foyer, le nombre de pièces etc., sont correctes, ainsi que les liens entre les personnes vivant ensemble, quel que soit le sexe. Ces visites doivent vous être annoncées par courrier, mais les CAF ne le font pas toujours. Si elles considèrent que deux personnes forment un couple (concubinage, PaCS, mariage), elles additionnent les revenus et diminuent les prestations. C'est alors à vous de prouver que votre colocataire et vous ne vivez pas en couple mais en colocation.

#### ► LE FONDS DE SOLIDARITÉ LOGEMENT (FSL)

Le FSL est destiné à toute personne en situation de précarité ayant des problèmes d'accès au logement, de maintien dans son logement ou dont la situation nécessite un logement d'urgence. Il est soumis à des conditions de ressources qui varient selon le département. La demande doit être faite auprès de la DDASS de votre département.

Le FSL peut couvrir le dépôt de garantie et le premier mois de loyer. Les frais de déménagement, l'ouverture des compteurs et le mobilier de première nécessité peuvent eux aussi être pris en charge, si aucune autre aide spécifique, notamment municipale, n'a été débloquée. Le FSL peut enfin prendre en charge 6 mois d'impayé si la situation administrative du demandeur est bloquée, afin de suspendre une procédure d'expulsion. Mais il faut en obtenir l'accord dès l'arrivée dans les lieux. Si vous n'avez pas fait cette démarche, la couverture des impayés vous sera refusée si vous en avez besoin.

Que ce soit pour l'arrivée dans les lieux ou pour la couverture d'impayés, le FSL peut prendre la forme d'un don ou d'un prêt à 0 %. Le don est automatique pour les personnes surendettées ayant un dossier à la Banque de France. Pour les autres, le choix entre prêt et don se fait en fonction des ressources mensuelles, conditions qui varient d'un département à l'autre.

#### ► LES APPARTEMENTS DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE (ACT)

Les appartements de coordination thérapeutique sont attribués, en général, pour une durée de 6 mois, renouvelable une seule fois, et s'adressent en priorité aux personnes précaires dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation, mais néanmoins une prise en charge quotidienne par des équipes spécialisées (travailleurs sociaux, médecins, infirmiers, psychologues). Ils sont gérés par des associations financées par l'Etat. La liste de ces associations est disponible dans les DDASS de chaque département, auprès de Sida Info Service ou de la Fédération Nationale de l'Hébergement-VIH (voir répertoire). La demande est à adresser directement auprès des structures d'ACT.

#### ► HÉBERGEMENT D'URGENCE, RÉSIDENCE SOCIALE, LOGEMENT TRANSITOIRE

De l'hôtel social à l'appartement transitoire, un certain nombre de structures proposent des hébergements provisoires aux personnes en situation de grande précarité. Les modalités d'accès varient en fonction des

structures, des départements ou des communes, et du statut de la structure hébergeante (si elle est spécialisée dans le VIH ou non). Vous pouvez trouver la liste de ces structures auprès de la DDASS, du Centre Communal d'Action Social de votre mairie ou de Sida Info Service.

## Commentaire

**1.** Les municipalités se servent souvent des appartements de coordination thérapeutique et des logements transitoires pour pallier les faiblesses de leurs politiques de logement social. Ainsi, beaucoup de malades du sida logent encore dans des ACT alors qu'ils n'ont plus besoin des services spécifiques qui y sont proposés. Ces municipalités doivent aujourd'hui proposer autre chose afin de libérer les ACT pour les personnes qui en ont réellement besoin. C'est pourquoi il est nécessaire que les municipalités augmentent leur parc de logement social.

**2.** Le nombre d'appartements sociaux reste dans de nombreuses villes beaucoup trop restreint. Par ailleurs, parmi ces appartements, une très grande majorité sont soumis à des conditions de ressources beaucoup trop élevées, d'où sont exclus d'office les bénéficiaires de minima sociaux, de pension invalidité ou de salaires peu élevés. Une véritable politique sociale devrait favoriser l'accès à des appartements réellement sociaux, et non pas en limiter l'accès aux seules personnes justifiant d'un salaire de 8000 francs net.

**3.** Le nombre très limité de places disponibles en ACT aboutit à des sélections à l'entrée extrêmement sévères. Il est nécessaire que les ACT soient ouverts à ceux qui en ont besoin, c'est-à-dire à ceux et celles dont l'état de santé nécessite un suivi et des structures adaptés.

**4.** Act Up-Paris et des associations parisiennes spécialisées dans le logement des personnes séropositives ont créé en février 2001 la Plateforme Interassociative du Logement Sida (PILS). Il s'agit de faire valoir auprès de la Mairie de Paris d'abord, du gouvernement ensuite, un certain nombre de revendications : augmentation du nombre d'appartements très sociaux, reconnaissance effective du handicap comme

---

critère d'attribution, création d'une allocation de maintien dans les lieux prenant le relais du FSL souvent défaillant, etc.

**5.** Depuis 1999 et la loi sur l'exclusion, le handicap est en théorie un critère d'attribution prioritaire. C'est trop peu souvent le cas dans les faits. Les services municipaux se réfugient derrière la difficulté de mettre en place un dispositif qui garantisse une attribution rapide tout en garantissant le secret médical. Pourtant, une carte d'invalidité et un bilan social bien fait pourraient parfaitement convenir. Le problème tient surtout au fait que les problèmes spécifiques au VIH ne sont pas connus par les services municipaux.

Comme les conseillers techniques du Secrétariat au Logement le reconnaissent eux-mêmes, les problèmes de handicaps tels que ceux liés au sida ou aux effets secondaires des traitements n'ont jamais été envisagés. Pour eux, le handicap reste limité aux incapacités motrices, plus faciles à gérer en terme d'infrastructures immobilières. Ils admettent les risques que de mauvaises conditions de logement font peser sur l'efficacité des traitements, mais ils refusent de prendre l'état de santé en compte dans les critères retenus pour élaborer leurs listes de besoins urgents.

## [ L'AFFECTION LONGUE DURÉE - ALD ]

*Certaines maladies entraînant des soins longs et coûteux peuvent être prises en charge au titre d'affection de longue durée (ALD) par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM). Si vous êtes reconnu en ALD, vous serez pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale pour les soins liés à cette maladie.*

### ► DÉMARCHES À MENER

Vous pouvez faire la demande d'ALD sur papier libre en précisant les coordonnées de votre médecin traitant ou encore en fournissant un certificat médical. Néanmoins, cette démarche incombe à votre praticien, qu'il soit hospitalier ou de ville. Cette demande ou ce certificat médical doivent être adressés au médecin conseil de votre centre de Sécurité Sociale. Ce médecin conseil transmet alors à votre médecin traitant un formulaire à remplir : le Protocole Inter Régime d'Examen Spécial (PIRES). Votre médecin traitant renvoie ce PIRES au médecin conseil après y avoir indiqué les pathologies qui, selon lui, doivent être reconnues comme affections de longue durée. Le médecin conseil appréciera, en relation avec votre médecin traitant, les informations médicales transmises, les conditions et les traitements nécessaires à l'amélioration de votre état de santé.

Si les deux médecins ne sont pas d'accord sur le diagnostic et/ou le traitement nécessaire, votre demande peut être rejetée. Dans tous les cas, votre caisse primaire d'Assurance Maladie vous avise de la décision par courrier. Les modalités de contestation vous sont indiquées. En cas de désaccord, vous avez la possibilité d'utiliser les voies de recours selon les modalités indiquées. Le bénéfice de la prise en charge de l'affection de longue durée vous est accordé pour une durée déterminée, précisée sur votre notification. Un dispositif permet à votre médecin traitant, d'indiquer à votre centre de Sécurité Sociale les soins en rapport avec la (ou les) affection(s), tout en préservant le secret médical. Il s'agit de l'ordonnancier dit « bi-zone » sur lequel il note, dans la partie supérieure, les traitements de l'affection de longue durée et dans la partie inférieure les autres traitements.

Quand votre affection de longue durée est reconnue, vous recevez une nouvelle carte d'assuré social. Elle comporte un message indiquant que vous

êtes pris en charge à 100% et vous permettant de faire valoir vos droits auprès des pharmaciens, des hôpitaux, etc. Vous pouvez demander à votre centre de Sécurité Sociale une autre carte d'assuré social ne faisant pas apparaître la mention relative au 100 %. Les centres de Sécurité Sociale n'ont pas le droit de vous refuser cette seconde carte. Pourtant, selon les centres, elle n'est pas toujours facile à obtenir.

#### ► LES CONDITIONS DE L'ALD

Votre maladie doit correspondre à l'une des 31 maladies répertoriées par la Sécurité Sociale, auxquelles se sont ajoutées l'infection à VIH et, sous certaines conditions, l'infection à VHC. L'affection de longue durée (ALD) peut vous concerner, mais également votre conjoint ou vos ayants droit. Si l'un d'eux est en arrêt maladie depuis plus de 6 mois ou s'il a bénéficié de soins ininterrompus pendant plus de 6 mois, il a droit à l'ALD. Si votre demande est acceptée, vous bénéficierez :

- de la prise en charge à 100% de vos soins par la Sécurité Sociale (c'est ce qu'on appelle l'exonération du « ticket modérateur »). Cette exonération pourrait néanmoins être remise en cause par la CMU (voir le *commentaire* ci-dessous) ;
- de la possibilité de percevoir des indemnités journalières (IJ ALD30) ;
- de la prise en charge des frais de transport en rapport avec votre affection ;
- de certaines prestations liées aux cures thermales ;
- de certaines dispositions ou prises en charge particulières à votre pathologie ou à votre polypathologie.

## Commentaire

Un trop grand nombre de dossiers 100% Sécurité Sociale sont instruits dans des délais trop longs, qui mettent en danger la santé des personnes malades. Il est inutile que la Sécurité Sociale prenne intégralement en charge les soins afférant à une pathologie s'il faut attendre des mois avant que les dossiers de prise en charge soient instruits. En effet, pendant ce temps là, des malades ne peuvent plus suivre leur traitement correctement et échappent à un suivi médical pourtant nécessaire.

La mise en place de la Couverture Maladie Universelle risque de créer des difficultés pour les soins indirectement liés à la maladie : le montant de l'AAH

---

dépassant légèrement le plafond de la CMU complémentaire et l'aide médicale départementale ayant disparu, les allocataires de l'AAH risquent de perdre une partie des frais pris en charge précédemment, tels que le ticket modérateur et le forfait hospitalier.

C'est la prise en charge à 100% des personnes vivant avec le VIH qui pourrait ainsi être remise en cause. Cela représenterait alors une vraie régression des droits. Il revient aux départements de créer individuellement un système permettant aux ex-bénéficiaires de l'aide médicale de garder les mêmes conditions de prise en charge.

►►► POUR PLUS DE DÉTAILS

*Se référer à la fiche consacrée à la **CMU** <sup>•</sup>.*



## [ L'AIDE À DOMICILE - AAD ]

*L'Aide à Domicile (AAD) a été instaurée pour aider les malades du sida qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés, et demeurent donc chez eux, mais ont néanmoins besoin d'assistance pour les actes de la vie courante. Ce dispositif a pour but essentiel d'améliorer les conditions de vie à domicile des personnes atteintes. Comme le précisait la circulaire qui le mettait en place, il avait donc un objectif fondamentalement qualitatif. Si vous bénéficiez de l'AAD, vous pouvez donc vous faire aider pour les tâches ménagères, pour la cuisine, les courses et les démarches administratives, ainsi que pour certaines tâches de soin corporel (toilette, etc.). Ces dernières doivent être cependant effectuées par un professionnel de santé.*

### ► ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'AIDE À DOMICILE

Le système d'AAD dépend des départements, même s'il est suivi par la Direction Générale de la Santé (DGS). Par département, une ou plusieurs associations agréées par le préfet sont chargées du système de l'AAD. Elles engagent des aides ménagères, des équipes soignantes et des travailleurs sociaux. A Paris, plusieurs associations sont habilitées à intervenir, principalement AIDES, puisque l'association VLS qui participait au dispositif a fermé en 1999. Il existe, dans chaque département un ou plusieurs coordinateurs de l'AAD qui assurent le lien avec les malades, évaluent les besoins des personnes bénéficiaires et déterminent, en lien avec l'association, les services que l'AAD peut leur offrir. Les personnels employés par l'AAD sont censés être formés en matière de sida et de soutien psychologique. Mais la formation assurée par les Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) laisse très souvent à désirer.

Ce sont les DDASS qui contrôlent l'utilisation des fonds consacrés à l'AAD et vérifient que le nombre d'heures de travail des aides ménagères correspond bien aux besoins des patients. Certaines de ces DDASS n'utilisent pas leur budget (alors que les malades sont de plus en plus nombreux à voir leurs heures d'AAD diminuer) ; d'autres DDASS manquent cruellement de fonds.

#### ► COMMENT BÉNÉFICIER DE L'AIDE À DOMICILE ?

La demande d'AAD doit être faite par vous-même, l'un de vos proches, par un service social ou médical ou par une association d'aides-ménagères. Envoyez votre demande, soit au Centre Communal d'Action Sanitaire (CCAS) de votre mairie, soit à l'une des associations chargées de l'AAD dans votre département. En principe, il suffit d'être pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale pour en bénéficier. Mais une circulaire de 1999 indique qu'il faut aussi être reconnu handicapé à 80% par les **COTOREP** •. Dans la réalité, l'accès à l'AAD et la fixation du nombre d'heures d'aide peuvent être soumis à un questionnaire médical, alors qu'aucun texte réglementaire ne justifie de telles pratiques. Malgré leur caractère illégal, les bénéficiaires de l'AAD qui s'y sont refusés ont été exclus du dispositif.

Ce questionnaire médical peut vous être adressé par écrit ou posé par oral par un coordinateur de l'aide à domicile. Dans un cas comme dans l'autre, vous êtes en droit d'exiger toutes les garanties quant à la confidentialité des informations que vous transmettez.

Très souvent, les questions posées (charge virale, taux de CD4, etc.) ne permettent pas de juger des capacités d'un malade. C'est donc à vous de mettre en avant les gênes qu'occasionnent, dans votre vie quotidienne, votre séropositivité, des affections opportunistes ou les effets secondaires des traitements, et les besoins en aide à domicile qui y sont liés.

#### ► LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DU MALADE

Tous les bénéficiaires participent financièrement, en fonction de leurs ressources et des prestations qu'ils reçoivent. L'évaluation des ressources comprend toutes les allocations (**AAH** •, **ACTP** •, **RMI** •), loyer et charges locatives déduites. Comme pour le calcul de l'impôt sur le revenu, on applique le principe du quotient familial : une part par personne (soit 2 parts pour un couple) + une demi-part par personne à charge.

Le calcul de la participation de la personne aidée est effectué une fois par an et est revu à chaque changement de sa situation. Le Barème va de 2 F de l'heure pour les 30 premières heures, pour une base de ressources inférieure à 3 035 F jusqu'à 36 F de l'heure pour une base de ressources supérieure à 12 500 F. Entre 12 501 F et 15 000 F, le taux passe à 50 F. Au-delà, il est de 60 F. Un abattement de 50% sur le tarif horaire est appliqué à partir de la 31ème heure éventuellement effectuée au cours du mois.

Exemple de calcul de la participation du malade :

Pour un patient dont la base de ressources est de 4200F, le tarif horaire est de 5F. Si ce patient est pris en charge 40 heures par mois, il paiera donc :  $(30 \times 5 \text{ F}) + (10 \times 2,50 \text{ F}) = 175 \text{ F}$  soit 26,60 euros.

## Commentaire

1. Les changements importants que les multi-thérapies ont apportés dans le quotidien des malades du sida et des personnes vivant avec le VIH auraient nécessité une révision des modalités d'analyse des besoins des personnes prestataires. Or, actuellement, cette révision ne se fait qu'à la baisse, et à partir de modes de contrôle particulièrement douteux (questionnaires médicaux et sur la vie privée des malades). Si les besoins ont changé, ils n'ont pas pour autant diminué et il est indispensable qu'un vrai travail soit mené aujourd'hui, avec les associations et les malades, pour qu'une véritable grille centrée sur les besoins, et non sur la vie privée, soit mise en place nationalement.

2. Une circulaire de juillet 1999 indique que, désormais, pour bénéficier de l'AAD, il suffit d'être reconnu handicapé à 80% par la COTOREP. Malheureusement, la COTOREP classe de plus en plus souvent à un taux inférieur à 80%, ce qui exclut de nombreuses personnes de ce dispositif.

3. Que faire pour améliorer et adapter le dispositif de l'AAD ? Il est urgent que les associations de lutte contre le sida obtiennent des autorités compétentes :

- une réelle formation des aides ménagères ;
- une grille précise, exhaustive et efficace d'évaluation des besoins pour une AAD adaptée et de qualité ;
- un travail législatif cadrant l'AAD pour toutes les personnes handicapées, invalides et atteintes d'Affections Longue Durée ;
- une définition claire et juste des conditions pour bénéficier de l'AAD. Nous considérons que la preuve de la prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale doit suffire et qu'aucun certificat médical ne doit être exigé par les DDASS ;
- le respect absolu du secret médical lorsque la relation aide ménagère / malade aboutit à ce que ce dernier évoque son état de santé ;

- 
- l'interdiction à toute personne non médecin d'interroger les malades sur leur santé. Libre au malade, par la suite, à en parler, s'il le désire, et en fonction des relations de confiance qui se sont instaurées avec les aides-ménagères.

## [ L'AIDE JURIDICTIONNELLE ]

*Si vous hésitez à faire un procès ou à vous défendre en justice parce que vos ressources sont modestes, vous pouvez, sous certaines conditions, bénéficier de l'aide juridictionnelle. Elle vous permet, si vous ne disposez que de faibles revenus, d'entamer des actions en justice en prenant en charge vos frais de procédure (même auprès des Prud'Hommes) et tout ou partie de vos frais d'honoraires d'avocats et d'huissiers de justice pour faire appliquer l'ordonnance à intervenir.*

### ► CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DE L'AIDE JURIDICTIONNELLE

#### 1. CONDITIONS DE NATIONALITÉ

Vous devez être de nationalité française, ressortissant d'un pays de l'Union Européenne, ou résider en France en situation régulière.

#### 2. CONDITIONS DE RESSOURCES

La moyenne de vos ressources mensuelles (sans y intégrer les prestations familiales et certaines prestations sociales) ne doit pas dépasser (au 25 avril 2001) :

- 5 175 F (788,92 Euros) pour bénéficier de l'aide juridictionnelle totale ;
- 7 764 F (1 183,61 Euros) pour bénéficier de l'aide juridictionnelle partielle.

La majoration est de 588 F (89,64 Euros) par personne à charge.

Cependant, si vous êtes en situation financière particulièrement difficile, vous pouvez obtenir l'aide juridictionnelle même si vos ressources dépassent ces plafonds. Vous pouvez retirer le dossier de demande ainsi qu'un formulaire de déclaration de ressources auprès de votre mairie ou au greffe du tribunal. Vous déposerez ensuite ce dossier au bureau d'aide juridictionnelle du tribunal de grande instance qui a la compétence territoriale.

#### 3. DOCUMENTS À FOURNIR

- un justificatif d'état civil (photocopie de la carte d'identité ou du titre de séjour) ;

- un extrait d'acte de mariage, de déclaration de concubinage ou attestation d'absence de vie maritale ;
- un acte de naissance des enfants et des certificats de scolarité ;
- une copie du dernier avis d'imposition et de la dernière déclaration fiscale de ressources ;
- des copies de fiches de paie, de pension etc. ;
- un justificatif des allocations perçues ;
- un justificatif des pensions alimentaires perçues ou versées ;
- les justificatifs des ressources de votre conjoint ou concubin ;
- un contrat de bail ;
- des quittances de loyer, factures EDF, attestation d'hébergement ;
- attestation de domiciliation par une association pour les SDF ;
- des pièces relatives à l'action que vous menez en justice.

#### ► A L'ISSUE DE L'ÉTUDE DU DOSSIER

##### 1. VOTRE DEMANDE EST ACCEPTÉE :

On vous informe alors de la prise en charge accordée pour l'intégralité du procès ou pour une partie des frais. Vous avez droit à l'assistance d'un avocat, d'huissiers de justice, d'avoués que vous êtes libre de choisir. Si vous n'en connaissez pas, c'est le bâtonnier qui les désignera. Si vous ne bénéficiez que d'un aide juridictionnelle partielle, vous devrez verser la partie des honoraires qui restent à votre charge. Vous êtes tenu de saisir la juridiction concernée pour déclencher le procès dans l'année.

##### 2. VOTRE DEMANDE EST REJETÉE :

Dans ce cas, tous les frais du procès sont à votre charge. Votre demande peut avoir été rejetée pour dépassement des plafonds de ressource : il vous est alors possible de demander au bureau d'aide juridictionnelle de réétudier votre dossier. Pour les autres motifs de rejet, c'est auprès du président du Tribunal de Grande Instance que vous pouvez vous adresser.

#### ► APRÈS LE PROCÈS

##### 1. SI VOUS GAGNEZ VOTRE PROCÈS :

Votre avocat pourra vous réclamer un supplément d'honoraires si les

profits que vous avez tirés du procès vous placent dans une situation où vous n'auriez pas bénéficié de l'aide juridictionnelle. Dans le même cas de figure, l'Etat pourra vous réclamer le remboursement de cette aide.

## 2. SI VOUS PERDEZ VOTRE PROCÈS :

Si vous êtes condamné au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, vous devrez alors rembourser à votre adversaire les frais de justice qu'il a engagés, à l'exception des frais d'honoraires de son avocat.

### ► LE COÛT D'UN PROCÈS

Devant les tribunaux d'instance ou de grande instance, vous n'avez que les honoraires d'avocat à payer et, éventuellement, les frais d'huissiers ou d'expertise. Devant les tribunaux de police, correctionnels ou les cours d'assises, un droit de procédure s'ajoute aux frais d'honoraires.

## Commentaire

Il est nécessaire que le plafond de l'Aide Juridictionnelle soit revu à la hausse, tout d'abord parce qu'un grand nombre de personnes en ayant besoin ne peuvent y avoir droit, du fait d'un effet de seuil. Par ailleurs, certains avocats utilisent ce montant dérisoire accordé comme des avances sur honoraires. Vous devez refuser cette pratique.

## [ L'AIDE MÉDICALE D'ETAT - AME ]

*Les étrangers en situation irrégulière n'ont pas droit à la Sécurité Sociale. Mais ceux qui ont cotisé avant le 31 août 1993 ont droit aux prestations acquises pendant la période de cotisation. Dans tous les cas, les accidents du travail sont couverts, même si vous êtes en situation irrégulière. Les étrangers en situation irrégulière n'ont pas droit à la CMU \*. Celle-ci n'est accessible qu'aux français et étrangers en situation régulière. Les étrangers en situation irrégulière n'ont droit qu'à l'Aide Médicale d'Etat.*

Si, en tant qu'étranger en France, votre état de santé nécessite une prise en charge médicale, si l'absence de suivi et de soins peut avoir de graves conséquences sur votre santé et si enfin, vous ne pouvez pas bénéficier de cette prise en charge dans votre pays d'origine, vous avez alors droit à un titre de séjour pour soin, c'est-à-dire une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » (cf. Fiche **Titres de séjour \***). Elle est d'une durée renouvelable d'un an (renouvellement sur rapport médical d'un praticien hospitalier ou médecin agréé).

### ► COMMENT OBTENIR L'AME ?

L'AME est accordée sous conditions de ressources. Elle concerne :

- les étrangers en situation irrégulière résidant en France de façon habituelle, c'est-à-dire qui se trouvent en France et y demeurent dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité ;

Rappel : la résidence habituelle en France se prouve par tous moyens, et à défaut, par déclaration sur l'honneur.

- les étrangers en situation régulière résidant en France depuis moins de 3 mois, à l'exception notamment des demandeurs d'asile ;

Sont également couverts :

- le conjoint (époux, concubin, PaCS) ;
- les enfants à charge sans activité ; un ascendant ou descendant ;
- un cohabitant, s'il vit sous le même toit, à la charge totale du demandeur.

Les personnes à charge doivent remplir la condition de résidence en



France. Les étrangers irréguliers résidant en France de façon stable depuis au moins 3 ans ont droit aux prestations en médecine de ville et à l'hôpital. Les autres doivent être soignés dans les hôpitaux et les ordonnances doivent venir d'un médecin hospitalier, même si les médicaments ou les examens sont obtenus en ville.

► **QUELLES CONDITIONS DE RESSOURCES POUR L'AME ?**

Le plafond de ressources est de 3 600 F (548,82 Euros) par mois pour une personne seule, 5 250 F (800,36 Euros) pour un couple. Le demandeur justifie ses ressources par tout moyen. S'il ne dispose d'aucun document pouvant les attester, il fait une déclaration sur l'honneur. Celle-ci est obligatoire en l'absence d'autres documents, sans quoi la demande sera rejetée.

► **LA DEMANDE D'AME**

Les dossiers sont à retirer et à déposer dans les centres de Sécurité Sociale, les mairies, les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, les organismes associatifs agréés par les hôpitaux.

Les CPAM, pas plus que les CCAS, n'ont pas le droit de vous obliger à déposer votre demande dans l'hôpital qui dispense vos soins. Mais les hôpitaux sont obligés d'accéder à votre demande si vous préférez déposer votre dossier chez eux. Le dossier de demande contient l'identité, la nationalité et l'adresse du demandeur. Les demandes d'AME doivent être gérées dans un délai de huit jours à compter du dépôt à la CPAM. Ce délai est une tolérance maximale.

## Commentaire

La décision de refuser la Couverture Maladie Universelle aux étrangers en situation irrégulière crée un véritable apartheid médical. Ils sont ainsi cantonnés dans un système de prise en charge particulier et limité aux consultations hospitalières. Act Up-Paris demande tout simplement l'application du principe d'égalité entre les malades, et l'attribution de la CMU à tous, sans condition de régularité du séjour.

## [ L'ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ - AAH ]

*L'AAH apporte une aide financière aux personnes qui ne peuvent occuper un emploi équivalent à celui d'une personne en bonne santé, étant donné leur handicap. Elle s'adresse à des personnes sans revenu ou à faibles ressources. C'est un minimum social. A ce titre, elle ne peut être saisie en cas d'impayés et elle n'est pas imposable. Elle est payée par des fonds de l'Etat et non, comme pour l'invalidité, par le budget de la sécurité sociale, en fonction de cotisations payées lors de la période d'emploi. Une personne n'ayant jamais travaillé peut prétendre pleinement à cette allocation.*

### ► CONDITIONS TECHNIQUES

Les dossiers de demande sont disponibles dans les Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel (**COTOREP** <sup>•</sup>), les Caisses d'Allocation Familiales (CAF), les services sociaux des mairies, les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM), les services sociaux des hôpitaux et dans certaines associations d'aide aux malades et handicapés. Le dossier est constitué de plusieurs volets : le certificat médical, la demande de la personne concernée et la déclaration de ressources de l'année de référence (année civile précédant la demande). Si vous demandez l'**ACTP** <sup>•</sup>, une fiche séparée de dépendance est annexée au dossier et doit être remplie par votre médecin traitant.

La demande d'AAH se fait auprès de la COTOREP, des CAF ou auprès des services sociaux de la CRAM. C'est la COTOREP du département qui apprécie les conditions médicales d'attribution de l'AAH. Elle s'appuie, pour cela, sur le volet médical du dossier de demande. Celui-ci est rempli par votre médecin-traitant (ou tout autre médecin de votre choix). Il dresse le bilan complet de votre état de santé. Un médecin et l'équipe technique de la COTOREP apprécient l'incapacité engendrée par votre handicap et fixent votre taux de handicap. C'est de ce taux que va dépendre l'octroi ou non de l'allocation. A cette étape de l'étude de votre demande, votre situation économique n'est pas prise en compte. Le rôle de la COTOREP demeure médical.

#### 1. LE TAUX DE HANDICAP

Un taux de handicap de 80% ouvre droit à l'AAH. Un taux compris entre 50% et 79% n'ouvre droit à l'AAH que si vous êtes reconnu en incapacité de se procurer un emploi. Au dessous de 50%, l'AAH vous sera refusée. Si vous travaillez en Centre d'Aide au Travail (**CAT**•), cela ne vous empêche pas de demander l'AAH.

#### 2. LE VOLET MÉDICAL

C'est la pièce majeure du dossier. Le dossier de demande est constitué d'un volet technique (informations destinées aux CAF) et du volet médical destiné à la COTOREP. Il doit être rempli le plus complètement possible mais l'espace qui lui est alloué est trop restreint.

Votre médecin doit y ajouter des feuilles volantes sur papier à en-tête, où il consignera toutes les informations nécessaires à un compte-rendu exhaustif de votre état de santé, accompagné si besoin est, d'une copie des résultats d'examens spécialisés (EEG, ECG). L'appréciation du handicap lié au VIH ne peut se limiter à la charge virale et au taux de CD4. Insistez pour que votre médecin indique tous les effets secondaires de vos traitements, même ceux que vous trouvez anodins, les infections opportunistes passées et actuelles dont vous pouvez souffrir, ainsi que les co-infections.

#### 3. UNE NOTICE EXPLICATIVE

Nous avons obtenu de la COTOREP de Paris qu'elle établisse une notice explicative destinée aux médecins et aux demandeurs dans le but d'obtenir des volets médicaux parfaitement remplis. Elle est disponible à Act Up-Paris, à Aides-Fédération Nationale, et depuis peu, en principe, dans toutes les COTOREP de France. N'hésitez pas à l'utiliser : tout dossier mal rempli par le médecin peut être refusé.


#### 4. LA DURÉE D'ATTRIBUTION

Ce sont les COTOREP qui en décident. La durée minimale est de 1 an et la durée maximale de 5 ans. Mais, pour un taux supérieur à 80%, une durée de 10 ans peut être attribuée si aucune évolution favorable n'est envisagée à moyen terme et même, dans certains cas, de manière définitive.

## 5. LES DÉLAIS DE TRAITEMENT DES DOSSIERS

Il s'agit d'un réel problème dans l'attribution de cette allocation, du à des dysfonctionnements majeurs dans de nombreuses COTOREP. Deux circulaires portant sur l'accélération des procédures pour les personnes touchées par le VIH/sida imposent un délai de 2 mois maximum pour le traitement des dossiers. La moyenne de la COTOREP de Paris est actuellement de 6 mois ! Raison de plus pour leur adresser un dossier impeccablement rempli.

## 6. LES POSSIBILITÉS DE RECOURS

Si vous contestez une décision COTOREP, vous disposez d'un délai de 2 mois pour présenter un recours gracieux par lettre recommandée avec A.R. devant la COTOREP. Il vous faudra apporter de nouveaux éléments au dossier ou faire valoir la mauvaise analyse précédente. Si cette démarche échoue, vous avez deux mois supplémentaires pour un second recours, cette fois, au Tribunal du Contentieux. C'est l'instance devant laquelle vous pouvez contester les décisions de la COTOREP (taux d'invalidité, attribution de la carte d'invalidité) (Voir la fiche **Contentieux de l'Incapacité** ). Le tribunal compétent est celui de la région dans laquelle vous êtes domicilié. Vous trouverez leurs coordonnées auprès de la Sécurité Sociale.

### ► CONDITIONS ADMINISTRATIVES

Si la COTOREP a donné une réponse favorable à votre demande, c'est la CAF qui vérifie si votre situation administrative et vos ressources vous ouvrent des droits à l'AAH. Il est tout à fait possible que la COTOREP ait répondu favorablement et que la CAF vous refuse l'allocation.

### A T T E N T I O N

Le droit à l'AAH peut être révisé ou supprimé avant la fin de la période durant laquelle vous avez droit à cette allocation en cas de modification de vos ressources. Tout changement de situation

doit donc être signalé à la CAF.

#### 1. CONDITIONS DE RÉSIDENCE OU DE NATIONALITÉ

Toute personne résidant en France ou DOM, française ou étrangère en situation régulière, a droit à l'AAH. Pour faire une demande d'AAH, les étrangers hors U.E. doivent donc être munis d'un des titres suivants :

- carte de résident ;
- carte de séjour temporaire ;
- autorisation provisoire de séjour d'une validité supérieure à 3 mois et être régulièrement résidant pendant 3 à 12 mois.

Les réfugiés ont droit à l'AAH. En revanche, une assignation à résidence ferme tout droit à l'AAH.

#### 2. CONDITIONS D'ÂGE

A droit à l'AAH toute personne de plus de 20 ans (ou 16 ans si elle cesse de réunir les conditions d'ouverture aux allocations familiales).

Depuis 1999, les personnes handicapées à un taux compris entre 50% et 79% reconnues dans l'impossibilité de se procurer un emploi, cessent de toucher l'AAH à partir de 60 ans et entrent sous le régime de la **Prestation Spécifique Dépendance** (PSD). Ceux qui sont handicapés à 80% et plus, cessent également de toucher l'AAH à 60 ans et passent au minimum vieillesse (même montant, mais avec moins d'avantages fiscaux).

#### 3. CONDITIONS DE RESSOURCES


Les ressources prises en compte sont les revenus nets imposables du demandeur, éventuellement de son conjoint (mariage, concubinage, PaCS) au cours de l'année civile précédant la période de paiement de l'allocation. Pour les personnes concernées, qui sont souvent en situation d'instabilité professionnelle comme médicale, ce décalage peut être un frein à l'ouverture des droits. Les risques que font courir ces méthodes administratives imposent une parfaite connaissance des plafonds de ressources.

Plafonds au 1er juillet 2001 :

- 43 512 F (6 633,36 Euros) pour une personne seule
- 87 024 F (13 266,72 Euros) pour un couple (mariage, concubinage, PaCS) + 21 756 F (3 316,68 Euros) par enfant à charge.

Il ne faut pas bénéficier d'un avantage invalidité dont le montant dépasse celui de l'AAH. Si le montant de cet avantage est inférieur, l'AAH est

réduite à la différence entre les deux prestations.

Certaines de vos ressources ne sont pas prises en compte par la CAF : c'est ce qu'on appelle la neutralisation de ressources. Ainsi, toutes les allocations et prestations versées par la CAF et les Indemnités Journalières versées par la Sécurité Sociale au titre de la maladie longue durée (**ALD** ) sont neutralisées. Les ressources dites « neutralisées » ne doivent pas être déclarées aux impôts.

Enfin, les malades ayant été radiés des ASSEDIC pour cause de Longue Maladie peuvent demander la neutralisation de l'intégralité des ressources de l'année de référence, même si celles-ci proviennent d'un emploi (circulaire LCI 312/94). Attention : la CNAF refuse d'appliquer cette circulaire et prend en compte vos ressources de l'année de référence même si vous avez été radié des ASSEDIC. Protestez, un exemplaire de la circulaire à l'appui.

#### ► MONTANT DE L'AAH

Au 1er juillet 2001, il est de 3 654,50 F (557,12 Euros) par mois versé par la CAF du lieu de résidence. En cas de problème de paiement, l'allocation est prescrite pour 2 ans. L'AAH est exonérée d'impôt sur le revenu (elle n'a donc pas à être déclarée), de cotisations de sécurité sociale, de CGS et de RDS.

Vous avez la possibilité, si vous êtes classé à 80% d'invalidité, de demander le complément à l'autonomie (telle que l'allocation de la Ville de Paris), d'un montant de 585 F (89,18 Euros) s'ajoutant à l'AAH et qui est non imposable. Chaque département est libre de mettre en place son allocation. Si votre département n'a pas mis en place de telles dispositions, vous avez toujours droit, dans les conditions indiquées précédemment, à l'Allocation Forfaitaire Handicapée (anciennement appelée aide à l'Autonomie), versée par la CAF de votre département. Renseignez-vous auprès de cette caisse ou d'un travailleur social.

#### ► HOSPITALISATION

Si vous êtes hospitalisé pendant 60 jours ou plus, le montant de l'AAH est réduit de 20% si vous est marié, concubin ou pacsé, soit 2 860 F (436 Euros) et de 35% si vous êtes célibataire, veuf ou divorcé, soit 2 503 F (381,57 Euros). Si vous avez au moins un enfant ou un ascendant à charge, aucune réduction n'est opérée. Au premier jour suivant votre sortie de l'éta-

blissement de soins, le paiement reprend normalement.

#### ► INCARCÉRATION

Si vous êtes détenu plus de 45 jours dans un établissement pénitentiaire, le versement de l'AAH est de 12% de son montant maximum, soit 439 F (66,93 Euros) par mois. La reprise du paiement normal s'effectue le jour de votre sortie de prison.

#### ► AVANTAGES COMPLÉMENTAIRES

Rappel : le classement au-dessus de 80% ouvre le droit à l'AAH alors que le classement entre 50% et 79% ne vous permet l'AAH que si vous êtes reconnu en incapacité de travailler. Le taux de 80% ouvre droit au complément AAH (Allocation forfaitaire Handicapée, cf. plus haut) sous réserve d'AAH à taux plein, que vous viviez seul et bénéficiiez d'une allocation logement.

Le taux de 80% donne droit à la carte d'invalidité, qui ouvre le bénéfice d'une demi-part fiscale supplémentaire, une réduction de la taxe d'habitation et la gratuité de la redevance télé. Le taux de 80% est indispensable à l'obtention de l'**Allocation Compensatrice Tierce Personne** <sup>•</sup>. Le taux de 80% ouvre un droit à l'allocation d'éducation spéciale.

En revanche, l'AAH, quelque soit son taux, ouvre le droit à :

- l'Allocation Logement à caractère social, à taux plein si vous êtes classé à 80% et à taux réduit si votre classement est inférieur ;
- l'**Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels** <sup>•</sup> ;
- l'Allocation d'Education Spéciale si l'enfant fréquente un établissement d'éducation spécialisé.

#### ► LE GUIDE BARÈME

C'est un guide permettant à la COTOREP d'établir le taux de handicap des demandeurs. Il fonctionne par type de déficience. Le sida avéré entre dans les déficiences viscérales et générales. Ce guide s'appuie sur des degrés de sévérité pour chaque déficience.

Pour le VIH, il est notamment indiqué :

- que l'appréciation des déficiences modérées ou importantes ne peut être que médicale : elle doit tenir compte - même en l'absence de signes cliniques - de la baisse de l'immunité qui entraîne une fatigabilité importante limitant ou empêchant de se déplacer ou de travailler ;
- que cette prise en compte de la fatigabilité et des troubles du

comportement entraîne, quasiment automatiquement un taux d'au moins 50% pour toute personne touchée par le VIH ;

- que tout sida avéré implique un taux de 80%.

Un vrai travail sur ce Guide Barème est en cours. En effet, ce guide n'est plus adapté au handicap des personnes vivant avec le VIH. En particulier, les effets secondaires et la lourdeur des traitements VIH se sont modifiés et doivent être pris en compte dans leur réalité d'aujourd'hui. Cette nécessité d'adaptation ne doit pas aboutir à restriction des droits des personnes atteintes par le VIH.

Il semblerait que ce travail de réforme aille dans le sens de ce que nous exigeons depuis longtemps, puisqu'il vise à ne plus prendre en compte que les critères strictement médicaux, mais également le « désavantage social », c'est à dire, non seulement, tous les effets secondaires des traitements, mais également l'influence de ces effets secondaires dans la vie de tous les jours, tant que le plan physique que sur le plan des relations à l'environnement (fatigue, irritabilité, stigmates de certains effets tels que les lipodystrophies).

A condition que cette nouvelle approche aboutisse à additionner handicap physique et désavantage social (et non substituer le second au premier), on peut alors espérer que l'évaluation du handicap sida sera plus adaptée à la situation des malades aujourd'hui. Il faudra, cela dit, que les COTOREP aient réellement les moyens de mettre en place ce nouveau type d'évaluation.

## Commentaire

**1.** Le volet médical à l'intérieur du dossier de demande tient en une seule page. Tout est fait, au niveau des COTOREP pour réduire, voire supprimer, l'analyse de l'état de santé du demandeur. Vous ne devez pas hésiter à ajouter des volets indépendants, à en-tête de votre médecin traitant ou des spécialistes qui vous suivent et qui peuvent avoir des éléments à ajouter pour soutenir votre demande.

**2.** Certains médecins rechignent aujourd'hui à remplir correctement ce volet médical pourtant essentiel. D'autres refusent d'appuyer votre demande et



de signaler tous les éléments que la COTOREP devrait prendre en compte dans l'analyse de votre dossier. Certains, par ignorance de l'importance de ce volet médical, se contentent de la charge virale et du taux de CD4, ce qui n'est pas suffisant. D'autres oublient de signaler les séquelles d'infections opportunistes passées, sous prétexte que ces infections sont passées. D'autres enfin laissent quelques consignes à leur secrétaire qui est ensuite chargée de remplir le volet.

Il faut à tout prix que vous soyez présent au moment où le médecin remplit votre volet médical. Il ne peut pas vous opposer le secret médical. Votre dossier médical est votre propriété. Si malgré tout, votre médecin refuse de remplir le volet correctement, vous ne devez pas hésiter à tenter d'en chercher un autre qui le remplira correctement.

**3.** Les COTOREP, toujours en attente de réels moyens financiers de la part du Ministère des Affaires Sociales, se caractérisent par leur lenteur dans la gestion des dossiers. Des fonds importants ont été promis pour 2002. Nous les attendons.

**4.** Toutes les réformes envisagées n'amélioreront pas réellement le sort des demandeurs d'AAH si, sur le plan administratif, le mode de calcul des ressources demeure aussi injuste qu'il l'est actuellement. Il faudrait prendre en compte les ressources de l'année de demande d'AAH, et non les ressources de l'année précédente.

**5.** A l'inverse de ce qu'affirme le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'inspection Générale des Finances : « Rapport d'enquête sur l'Allocation Adulte Handicapé - Juin 98 », rendu public en juin 99, les allocataires de l'AAH ne sont pas des nantis et l'AAH n'est pas d'un montant élevé. Il est fondamental que l'Allocation Adulte Handicapé soit réévaluée de manière conséquente pour que les malades qui n'ont que cette allocation pour vivre ne voient pas leur situation sociale aggraver leur état de santé.

**6.** Toute personne vivant sur le territoire national doit avoir droit à l'AAH, comme aux autres minima sociaux et allocations, une fois que la COTOREP lui a reconnu un état de santé lui ouvrant des droits. Trop souvent, les COTOREP reconnaissent des droits que les CAF refusent ensuite.

---

**7.** Les minima sociaux, dont l'AAH, doivent être maintenus dans leur totalité lors de l'incarcération. Il est inadmissible que sous prétexte que l'Administration pénitentiaire « couvre les besoins alimentaires, les soins et le logement » des détenus, l'AAH soit ramené à 12% de son montant, alors qu'en prison, ces personnes ont besoin d'argent pour acheter des produits d'hygiène, des compléments alimentaires.

## **[ L'ALLOCATION COMPENSATRICE POUR FRAIS PROFESSIONNELS - ACFP ]**

*Cette allocation sert à couvrir une partie des frais supplémentaires qu'en tant que personne handicapée, vous pouvez avoir dans l'exercice d'une activité professionnelle. Ces frais sont ceux que n'aurait pas à assumer une personne valide exerçant la même activité.*

### **► CONDITIONS D'ATTRIBUTION DE L'ACFP**

Les conditions d'attribution de l'ACFP sont identiques à celles prévues pour l'**Allocation Compensatrice Tierce Personne** •. Evidemment, il faut que vous exerciez une activité professionnelle et que votre handicap justifie des frais supplémentaires engagés. Vous devez adresser votre demande, accompagnée de toutes les pièces justificatives et factures utiles, à la **COTOREP** • ou au Centre Communal d'Action Sociale de votre lieu de résidence. Le montant de l'ACFP est calculé en fonction des dépenses que vous engagez. Mais il ne peut dépasser 4704,99 F (717,27 Euros) au 1er juillet 2001.

La période pendant laquelle l'allocation vous est versée peut varier en fonction de la durée d'amortissement des appareils que vous avez achetés ou, en cas d'achat à crédit, en fonction des délais de paiement accordés, et en tout état de cause, des dates notifiées par la COTOREP. Si vous remplissez les conditions relatives à l'attribution d'une **ACTP** • et d'une **ACFP** •, vous pouvez avoir droit aux deux allocations. Vous bénéficierez alors de la plus élevée des deux allocations, à laquelle s'ajoutera 20% de la majoration accordée aux titulaires d'une pension d'invalidité 3ème catégorie. Par ailleurs, pour pouvoir bénéficier de l'ACFP, vous devez être reconnu handicapé à 80% par la COTOREP et bénéficier de la reconnaissance de travailleur handicapé.

---

## Commentaire

L'ACFP doit pouvoir couvrir les frais de déplacement des malades qui ne travaillent pas chez eux et qui doivent donc se rendre sur leur lieu de travail. De plus, sachant que l'on peut être gravement handicapé et souhaiter conserver ou trouver un emploi, il est nécessaire que l'ACFP puisse couvrir également l'aide à l'autonomie que l'état du malade exige.

## **[ L'ALLOCATION COMPENSATRICE TIERCE PERSONNE - ACTP ]**

*L'ACTP permet à une personne handicapée de faire face aux frais supplémentaires entraînés par le recours à une tierce personne pour l'aider dans les actes essentiels de la vie. Cette tierce personne peut être un membre de la famille, un voisin, un ami, un auxiliaire de vie, une ou plusieurs personnes.*

Il ne faut pas confondre l'ACTP avec la « **majoration tierce personne** » (MTP) qui peut être versée par la Sécurité Sociale en complément d'une rente accident du travail, d'une pension d'invalidité ou d'une retraite. L'ACTP vous permet de verser une rémunération à la tierce personne. Cette rémunération compense le manque à gagner de la tierce personne, c'est à dire, l'argent qu'elle ne peut pas gagner du fait qu'elle vous assiste. Si vous faites appel à une tierce personne, vous en êtes son employeur, mais vous ne payez pas de charges patronales (demande d'exonération préalable à adresser à l'URSAFF qui donne sa réponse dans les 30 jours). L'ACTP n'est ni imposable, ni saisissable.

### **► CONDITIONS TECHNIQUES POUR OBTENIR L'ACTP**

La demande d'ACTP doit être faite auprès de la COTOREP de votre lieu de résidence ou auprès du Centre Communal d'Action Sociale CCAS de votre mairie. Les dossiers sont disponibles dans les COTOREP, les CCAS et les services sociaux des CRAM. Un imprimé destiné à évaluer votre degré de dépendance doit vous être fourni, ce qui n'est pas toujours le cas, et être rempli de manière très précise par votre médecin traitant. C'est la COTOREP qui apprécie la nécessité de l'aide et fixe votre taux d'ACTP. Elle étudie le dossier de demande qui comporte un formulaire d'informations générales sur votre dépendance, un certificat médical, un avis de non imposition ou un relevé d'imposition et une fiche familiale d'état civil.

Vous ne bénéficierez de l'ACTP que si la COTOREP vous a reconnu un taux d'incapacité de 80%.

#### 1. LE TAUX D'ALLOCATION

La COTOREP envisage trois catégories :

- les malades ayant besoin d'une aide effective pour tous les actes essentiels de l'existence. Cette aide est apportée par une ou plusieurs personnes qui, de ce fait, subissent un manque à gagner du fait de l'aide qu'elles vous apportent : ces malades sont classées au taux de 80% d'ACTP.
- les malades ayant besoin d'une aide effective pour la plupart des actes essentiels de l'existence mais sans que cela empêche ceux qui les aident de travailler à côté s'ils le désirent : ces malades sont classés à un taux d'ACTP compris entre 40% et 70%.
- les malades ayant besoin d'une aide effective pour seulement un ou plusieurs actes essentiels de l'existence : ils sont classés à un taux d'ACTP entre 40% et 70%. Si votre taux de dépendance est supérieur à 70%, vous êtes obligé de rémunérer une tierce personne et des contrôles annuels sont effectués.

#### 2. LE VOLET MÉDICAL

C'est une pièce majeure du dossier. Il doit être le plus complet possible sur votre dépendance, votre situation sociale et vos besoins d'une tierce personne.

#### 3. LA DURÉE D'ATTRIBUTION

La COTOREP décide de la durée d'ACTP accordée. Cette durée est de 5 ans maximum. Le renouvellement n'est pas automatique. Vous devez déposer un dossier de renouvellement à la COTOREP ou au CCAS de votre lieu de domicile au moins 6 mois avant l'expiration de votre ACTP en cours. Si vos conditions de ressources ont changé, votre dossier sera revu. La modification éventuelle de votre taux peut provoquer une modification du montant accordé.

#### 4. LES DÉLAIS DE TRAITEMENT ET LES POSSIBILITÉS DE RECOURS

Vous devez recevoir la notification de la décision dans un délai de 1 mois, par lettre recommandée avec Accusé de Réception. Ces délais ne sont pas toujours respectés. En cas de contestation de la décision, vous pouvez déposer un recours devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité •

(ancienne Commission Régionale de l'Invalidité) ou exercer un recours gracieux dans les deux mois qui suivent la notification, accompagné d'une nouvelle fiche technique de dépendance remplie par votre médecin traitant.

#### ► CONDITIONS ADMINISTRATIVES POUR OBTENIR L'ACTP

Quand la COTOREP a pris sa décision, c'est le Président du Conseil régional qui examine vos conditions d'ouverture de droits à l'ACTP et en fixe le montant.

##### 1. AGE, NATIONALITÉ ET RÉSIDENCE

Vous devez être âgé(e) de 20 à 60 ans (16 ans si vous ne pouvez plus prétendre aux allocations familiales), et vous devez résider en France en situation régulière.

##### 2. RESSOURCES

Le plafond de vos ressources pour avoir droit à l'ACTP au 1er juillet 2000 :

- 43 512 F (6 633,36 Euros) pour une personne seule
- 87 024 F (13 266,72 Euros) pour un couple (mariage, concubinage, Pacs)
- majoration de 21 756 F (3 316,68 Euros) par enfant à charge.

Vos ressources prises en compte sont vos revenus fiscaux ainsi que ceux de votre conjoint, pour l'année civile de référence de l'AAH. L'AAH n'étant pas imposable, elle n'est pas prise en compte. Si vous travaillez durant l'année de référence, seulement un quart des revenus provenant de cette activité professionnelle est pris en compte dans le calcul des ressources. Les conditions de ressources sont revues tous les ans. Toute modification des conditions de ressources doit être immédiatement signalée au Conseil régional.

##### 3. MONTANT DE L'ACTP

- si vous êtes à un taux de 80%, vous touchez 4603,71 F (701,83 Euros) au 1er juillet 2000 ;
- si vous êtes à un taux compris entre 40% et 70%, vous touchez entre 2301,85 F et 4028,24 F (entre 350,91 et 614,1 Euros).

##### 4. ACTP ET HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation ou d'accueil en Maison d'Accueil Spécialisé,

l'ACTP est maintenue pendant 45 jours, puis suspendue au delà.

#### ► CONTRÔLES POSSIBLES

Si vous bénéficiez de l'ACTP, vous devez pouvoir justifier de l'aide d'une tierce personne. Des contrôles peuvent être effectués quelque soit votre taux d'ACTP. Mais les preuves à apporter sont différentes selon la catégorie. Si vous êtes bénéficiaire d'un taux d'ACTP compris entre 40% et 70%, on ne peut vous demander qu'une déclaration précisant l'identité et l'adresse de la ou des tierces personnes qui vous aide(nt), ainsi que les modalités de l'aide. Vous ne pouvez pas être contraint à justifier d'un nombre d'heures d'aide à domicile, ni de salaires versés aux tiers. Si vous êtes à un taux d'ACTP de 70%, un justificatif de salaires versés vous sera demandé (anciens bulletins de salaires de la tierce personne, attestation de cessation d'activité, de diplômes pour les aides n'ayant jamais travaillé, preuves de paiement par chèque emploi service, etc.). Si vous ne vous répondez pas dans les 3 mois suivant la demande de justificatif, l'ACTP peut être suspendue.

## Commentaire

1. Les taux d'ACTP prennent trop souvent en compte le nombre d'heures d'Aide à Domicile dont un malade a besoin. Ainsi, ACTP et Aide à Domicile sont liées. Mais sous prétexte d'accorder des taux d'heure d'Aide à Domicile correspondant à l'état des malades, des questionnaires circulent, touchant à des aspects de la pathologie qui n'ont pas à être pris en compte, selon les textes du dispositif. Ces enquêtes nouvelles, organisées par les DDASS, aboutissent très souvent à une diminution des heures d'Aide à Domicile. Les allocataires de l'ACTP ne peuvent alors plus justifier d'un nombre d'heures suffisant pour un maintien de leur allocation. Celle-ci leur est donc réduite. Une vraie grille d'évaluation des besoins doit être mise en place à la base du système d'Aide à Domicile, afin que les heures soient adaptées et non réduites, et qu'aucun risque ne pèse alors sur l'ACTP des personnes vivant avec le VIH.

2. Les COTOREP doivent cesser de niveler le taux d'incapacité. L'ACTP doit être versée dès notification de 50-79 % de handicap, c'est-à-dire, dès que la personne ne peut se maintenir dans le milieu ordinaire du travail.



## [ ASSURANCES ET VIH ]

*En 1991, assureurs, ministères et l'association Aides signent une convention censée encadrer les questions liées aux infections à VIH dans les questionnaires médicaux que les compagnies d'assurance et tous les organismes de crédit, notamment les banques, font remplir lors de l'établissement d'une demande de prêt ou d'assurance. En contrepartie, elle devait aboutir à ce que les compagnies proposent des solutions adaptées.*

Mais le résultat fut différent : des refus systématiques pour les personnes répondant honnêtement aux questions, un secret médical bafoué, des candidats poussés à mentir, des assureurs refusant de payer, un comité de suivi sans pouvoir. En 1997, la convention s'est éteinte d'elle-même, après de fortes pressions de la part des associations. En 1999, les Ministères de la Santé, des Finances et du Budget relancent le processus de négociation, qui aboutit un an plus tard au rapport Belorgey. Les négociations entre les pouvoirs publics, les organismes de crédit et les associations se sont poursuivies pour aboutir, lors du premier semestre 2001, à un projet de convention. Ces partenaires ont eu jusqu'au 30 juin 2001 pour signer ou refuser la convention. Cette solution conventionnelle doit par ailleurs être encadré par un texte législatif, qui tarde à voir le jour. En juillet 2001, aucun nouveau système n'a été concrètement mis en place.

Les informations données ici seront donc très limitées. L'arbitraire et les principes discriminatoires sont encore aujourd'hui la règle. On peut légitimement douter que la nouvelle convention y change quoi que ce soit. Malgré quelques progrès très limités, elle reste trop timide et restrictive. Elle ne garantit en rien l'assurabilité des personnes atteintes d'une pathologie grave comme l'infection à VIH.

### ► QU'EST-CE QU'UNE ASSURANCE-EMPRUNTEUR ?

Dans la majorité des cas, mais cela dépend aussi de l'importance de votre emprunt et de l'organisme de crédit, toute demande de prêt est soumise à l'obtention préalable d'une assurance. C'est ce qu'on appelle l'as-

assurance emprunteur. Ce contrat garantit à l'organisme prêteur (banque, grand magasin, concessionnaire automobile) qu'en cas d'intervention d'un sinistre sur le client, qui l'empêcherait de rembourser son prêt, les échéances de celui-ci seront couvertes par l'assureur sans conséquence sur l'emprunteur ou son entourage.

Soit le client souscrit son contrat directement auprès de la banque ou l'établissement prêteur, soit il fait une demande préalable auprès d'une compagnie d'assurance. C'est en général le premier cas de figure qui se présente. Le contrat d'assurance emprunteur fait alors l'objet d'un contrat de groupe passé entre l'organisme prêteur et une compagnie d'assurance. En dessous d'un montant de un million de francs, pour des raisons de rapidité de la procédure, c'est l'organisme prêteur qui traite directement la demande d'assurance.

Les assureurs et les banquiers peuvent-ils vous faire remplir un questionnaire médical ?

Lors de la demande de souscription au contrat d'assurance emprunteur, la personne remplit un questionnaire qui comprend un volet médical. Pour la demande de complémentaires maladies auprès de mutuelles-assurances, un questionnaire est également à remplir, qui contient lui aussi un volet médical.

La pratique du questionnaire qui remplace le principe de déclaration spontanée, a été instaurée fin 1989 par une loi qui avait pour but de renforcer la protection des personnes en cas de litige avec leur assureur. C'est désormais l'assureur qui évalue, sur la base d'un questionnaire, le risque qu'il est censé couvrir. Les réponses au questionnaire conditionnent les termes du contrat. En cas d'intervention d'un sinistre, si l'assuré n'a pas fait de fausses déclarations, l'assureur doit payer. Le problème, c'est que l'assurance échappant au principe de non-discrimination, les compagnies ont parfaitement le droit de refuser n'importe quel candidat à l'assurance qu'elles ne jugeraient pas rentable.

Depuis la Convention de 1991, les questions liées à l'infection à VIH ont été réglementées. Sont autorisées les questions suivantes : « Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité ? Si oui, indiquez la date et le résultat » et « Avez-vous eu une infection conséquence d'une immuno-

déficience acquise ? ». Vous n'avez à répondre à aucune autre question, même si certains organismes continuent à les poser.

Il faut savoir que sur certains emprunts, à la consommation notamment, des établissements de crédit ne demandent pas de remplir de questionnaire médical. A vous de prendre votre temps avant de souscrire un emprunt, et d'identifier les banques et les organismes les plus souples.

#### ► VAUT-IL MIEUX REMPLIR DE FAUSSES DÉCLARATIONS ?

Même si la Convention de 1991 est aujourd'hui caduque, la situation face au droit à l'assurance n'a pas évolué. En l'occurrence, si vous répondez oui aux deux questions autorisées, et déclarez donc votre séropositivité, vous avez de fortes chances d'être rejeté par les compagnies d'assurance, et donc de vous voir refuser les prêts que vous demandez.

La question qui se pose est donc la même qui se posait, il y a dix ans : faut-il mentir aux assureurs et banquiers ? D'un côté, on pourrait être tenté de mentir, puisque c'est dans la majorité des cas la seule possibilité d'avoir accès au contrat d'assurance. Cela dit, il faut connaître les risques en cas de déclaration mensongère. Tout d'abord, les compagnies d'assurance ne laissent jamais un sinistre déclaré sans mener une enquête très lourde avant de payer. Et toute fausse déclaration entraîne des poursuites éventuelles ainsi que la nullité du contrat, ce qui oblige à rembourser intégralement l'emprunt. Mentir présente donc un gros risque. De plus, il va de soi que le mensonge ne sera jamais une solution à un problème de non-droit qui doit être réglé par la loi, et non par le subterfuge.

#### ► CONFIDENTIALITÉ DES INFORMATIONS MÉDICALES ET PERSONNELLES

Quand vous remplissez votre questionnaire médical, prenez les précautions suivantes :

- en tant que clients d'organismes commerciaux, vous avez le droit de demander à votre interlocuteur d'emporter l'ensemble de votre dossier, pour réflexion approfondie de 24 heures, après vous être bien fait expliquer comment remplir le dossier. Pour les complémentaires maladies, généralement proposées lors de la signature d'un contrat professionnel, vous êtes également en droit de demander à emporter le dossier entier chez vous sous 24 heures pour le remplir en détail et le signer.
- les banquiers et les assureurs auront beau vous assurer qu'ils sont

tenus au secret professionnel, il faut toujours éviter de remplir le questionnaire médical devant eux. Les procédures classiques vous incitent à remplir votre dossier devant l'employé de la banque où vous demandez un emprunt ou devant le responsable ressources humaines ou le comptable de votre employeur. Il vaut mieux l'éviter.

Les informations médicales ne doivent en effet être accessibles qu'aux médecins-conseils des assureurs (ceux-ci n'étant pas toujours d'ailleurs des garants de la confidentialité). Pour un minimum de confidentialité, le questionnaire médical doit être détachable du reste du dossier et cachetable. Vous devez pouvoir, si vous le souhaitez, envoyer, séparément, au médecin-conseil de l'assurance, et sous pli confidentiel, la partie consacrée au questionnaire médical. De plus, vous êtes en droit de connaître les informations médicales vous concernant qui sont transmises. Ainsi, quand votre médecin traitant adresse un courrier au médecin-conseil de votre compagnie d'assurance, exigez d'en connaître le contenu et imposez que ce type de correspondance soit cachetée en votre présence.

En cas de refus de dossier, vous avez le droit d'exiger de recevoir par écrit la réponse du médecin-conseil. A tout moment, vous pouvez également demander à la compagnie d'assurance de consulter et de rectifier les informations contenues dans votre dossier.

#### ► QUE FAIRE EN CAS DE LITIGE AVEC UNE COMPAGNIE D'ASSURANCE ?

En cas de litige avec l'assureur, par exemple lors de la réalisation du risque couvert, l'organisme va mener une enquête visant à déterminer si vous n'êtes pas en faute. Les établissements sont dans ce cas particulièrement pointilleux, et feront tout pour éviter de payer.

Il faut être particulièrement vigilant sur les points suivants :

- la charge de la preuve revient à l'assurance, c'est donc à elle de prouver que votre déclaration est fausse et non à vous de prouver le contraire. Dans tous les cas, le litige éventuel ne doit pas suspendre le paiement de la prime d'assurance : seul un juge peut décider de suspendre ce paiement.
- la preuve d'une fausse déclaration qu'un assureur peut faire valoir lors d'un procès pour obtenir la nullité d'un contrat doit être entre ses mains au moment de la déclaration du sinistre. Cela signifie qu'aucune recherche sur votre état de santé ne peut être réalisée postérieurement par la compagnie d'assurance afin d'apporter la preuve d'une fausse déclaration. Seul un médecin

expert judiciaire nommé par le tribunal peut avoir accès à votre dossier médical.

- l'assureur peut cependant chercher à vérifier que le sinistre n'est pas annulé par une fausse déclaration. Il faut alors veiller à ce que les règles censées protéger le secret médical ne soient pas violées. Dans le cas d'une violation flagrante de ce secret, il ne faut pas hésiter à porter plainte en pénal. La loi punit cette infraction jusqu'à un an de prison et 100 000 F d'amende.
- le médecin-conseil de l'assureur ne peut avoir accès au dossier médical qu'à travers la médiation d'un expert judiciaire nommé par le tribunal, dans le cadre d'une procédure judiciaire engagée par l'une des deux parties.

#### ► LES SOLUTIONS ALTERNATIVES

L'assurance n'est pas le seul système permettant de garantir un prêt. Il existe également le cautionnement par une personne physique (un proche, un parent, etc.) et l'hypothèque de 1er ordre (couverture du prêt par le bien immobilier lui-même).

Toutefois, ces solutions ne sont pas sans risques. Le cautionnement fait porter la responsabilité du remboursement à un tiers, au risque de l'endetter. L'hypothèque vous expose, vous ou votre entourage, à une expulsion au cas où vous ne pourriez plus rembourser l'emprunt. Economiquement, l'assurance emprunteur reste donc le procédé de garantie le plus sûr pour l'emprunteur et ses proches.

Pour les prêts à la consommation, le Conseil National du Sida a signalé une initiative de la CNP avec la Caisse d'Epargne, pour assurer des prêts à faible montant. Le dossier de demande de prêt comprend une déclaration détaillée d'état de santé. Si la personne signe cette déclaration, elle peut choisir dans un panel très large d'assurances (invalidité, décès, etc.). Si la personne n'est pas en mesure de signer cette déclaration de bon état de santé, elle bénéficie de l'assurance au titre du décès, de l'invalidité permanente et absolue toutes causes, de l'incapacité de travail consécutive à un accident et de la perte d'emploi. Toutefois, l'assureur impose un délai de carence d'un an pour la couverture décès suite à maladie et du risque invalidité permanente et absolue suite à maladie. Le délai de carence d'un an pour la couverture du risque invalidité permanente et absolue suite à maladie est également imposé aux personnes qui ont signé la déclaration de santé. Ici, l'état de santé n'entrave pas l'accès à l'assurance ; il n'y

a pas de surprime mais un jeu de carence sur des points particuliers. Par ailleurs, certains organismes comme la BRED ne posent plus de questionnaires médicaux pour des prêts à la consommation inférieurs à 200 000 F (30 489,80 Euros).

#### ► LA NOUVELLE CONVENTION

Cette nouvelle convention ouvre l'accès à l'assurance-emprunteur à l'ensemble des personnes présentant un risque aggravé : personnes atteintes d'une pathologie et/ou d'un handicap grave. Il s'agit d'un progrès, mais faut-il vraiment se réjouir d'avoir attendu 2001 pour que soit formulé, de manière toute théorique, le droit de tous les malades et handicapés à l'assurance ? La convention entend par ailleurs renforcer la confidentialité des informations médicales circulant dans les groupes privés d'assurance. Là encore, c'est bien un minimum. Cette protection du secret médical s'apparente d'ailleurs à un vœu pieux. Elle se fait dans le cadre d'un « code de bonne conduite » des groupes d'assurances, et, dans l'état actuel des textes, aucune sanction n'est prévue en cas de violation du secret. Ce cadre conventionnel garantira uniquement l'assurance des risques décès. Les autres risques sont totalement négligés.

Par ailleurs, les conditions d'accès sont très restrictives. Pour pouvoir obtenir une assurance sur un prêt logement ou professionnel, le montant ne doit pas dépasser les 200 000 Euros (environ 1 300 000 F), l'emprunt doit être remboursé sur une période maximum de 12 ans, le demandeur ne doit pas être âgé de plus de 60 ans. Sous ces conditions, le dossier d'un demandeur refusé par une compagnie à cause de sa séropositivité est automatiquement transféré vers un dispositif spécifique, un pool de risques très aggravés, comprenant des organismes qui s'engagent à examiner ces dossiers. La garantie à l'assurance est donc très limitée. Les questionnaires médicaux ne disparaîtront que pour les prêts à la consommation de moins de 10 000 Euros (65 000 francs), à rembourser sur 4 ans maximum, et si le demandeur est âgé de moins de 45 ans.

La convention met en place une commission de suivi et de propositions, comprenant six professionnels, six associatifs (malades, consommateurs)

et cinq membres qualifiés, dont deux médecins, désignés par l'Etat. Cette commission se réunira quatre fois par an pour évaluer la bonne application de la convention et émettre des recommandations pour améliorer le dispositif. S'y ajoutent deux sections spécialisées :

- Une section scientifique (quatre membres parmi les signataires et quatre membres désignés par elle) afin de déterminer les surprimes pour risques aggravés.
- Une section de médiation (six membres désignés en son sein, trois professionnels, trois associations) qui connaît les litiges individuels pour favoriser les règlements amiables.

Enfin, la convention doit être encadrée par un texte législatif, inscrit dans la loi sur la réforme des droits des malades. Cette loi doit être discutée au cours du second semestre 2001. Le projet actuel ne fait que rappeler le contenu général de la convention et prévoit qu'en cas de dénonciation par un des signataires les conditions garantissant le secret médical restent valides.

## Commentaire

**1.** Aucune négociation sur l'assurabilité des séropos ne sera validée par Act Up-Paris si elle n'accepte pas le principe de la disparition du questionnaire médical pour les emprunts inférieurs à un seuil à définir, mais qui pourrait se monter à 500 000 F (76 224,5 Euros). De plus, le principe du questionnaire médical ne peut pas être envisagé si les surprimes qu'imposent les assureurs, quand ils acceptent de couvrir un candidat souffrant d'une pathologie lourde, ne sont pas contrôlées au niveau national et uniformisées.

**2.** Au-delà nous exigeons que la procédure de protection de la confidentialité des informations soit beaucoup plus strictement encadrée et que les assureurs en infraction puissent être poursuivis. Le meilleur moyen pourrait être l'anonymat des procédures de demande de prêt.

**3.** Pour les prêts immobiliers, le pool de risques très aggravés ne fait que garantir un « examen » des dossiers refusés, à des conditions très restrictives, et moyennant des surprimes. Il faut au contraire que les organismes se donnent les moyens de mutualiser réellement les risques, seule manière de faire baisser les surprimes. D'une manière générale, les assureurs doi-

vent prendre en compte la réalité du sida, les thérapies existantes et le rallongement de l'espérance de vie. Ils ne doivent plus se braquer sur l'assurance décès et doivent accepter de prendre en compte le risque invalidité.

**4.** La mise en place d'une commission de suivi où les associations jouent un rôle effectif représente un progrès par rapport à la précédente convention, où elles n'avaient qu'un rôle consultatif. Néanmoins le rapport de force entre organismes de crédit et associations est nettement en défaveur de ces dernières. Et les pouvoirs publics n'ont rien fait pour nous aider. Au cours des négociations, les établissements de crédit ont reçu un soutien sans faille des représentants de Bercy. Ceux du ministère de la Santé et de la DGS se sont tus pendant deux ans.

**5.** La loi censée encadrer la convention tarde à se mettre en place. Le gouvernement en a encore retardé la discussion au Parlement. Le volet actuel concernant l'assurance dans le projet de loi sur le droit des malades se contente de reprendre les dispositions de la Convention. Act Up-Paris fera tout pour que des amendements élargissent les possibilités d'accès à l'assurance des personnes séropositives.

Pour l'ensemble de ces raisons, notamment les limites de la convention et les incertitudes autour du projet de loi relatif à la réforme des droits des malades, Act Up-Paris a décidé de ne pas signer cette convention.



## [ CARTE D'INVALIDITÉ ET MACARON - GIC ]

### ► LA CARTE D'INVALIDITÉ

Seule la carte d'invalidité à 80% ou plus permet des abattements fiscaux. Il est donc utile de la demander (si vous estimez que votre état de santé le justifie), même si vous travaillez et que vous ne souhaitez pas interrompre votre activité. En effet, vous ne serez en aucun cas tenu d'en faire état auprès de votre employeur.

#### ATTENTION

Aucun droit à pension ou allocation n'est ouvert d'office par la délivrance de la carte d'invalidité. Inversement, la perception d'une pension ne donne pas droit automatiquement à la carte d'invalidité.

#### AVANTAGES OFFERTS

L'obtention de la carte d'invalidité donne droit à divers avantages fiscaux :

- Une demi-part supplémentaire par titulaire de la carte pour le calcul de l'impôt sur le revenu, quel que soit le nombre de personnes vivant au foyer, et quel que soit le montant des ressources.
- Une exonération de la redevance télévision. Sont en effet exonérées de la redevance télévision les personnes atteintes par le VIH, titulaires de la carte d'invalidité, dont l'invalidité les empêche de subvenir par leur travail aux nécessités de l'existence, à condition d'avoir un revenu inférieur au seuil d'imposition et de vivre seul, ou avec son conjoint ou des enfants à charge, ou avec une tierce personne chargée d'une assistance permanente, ou avec ses parents en ligne directe s'ils ne sont pas eux-mêmes imposables. Cette exonération est, en principe, automatique.
- Un abattement total ou partiel sur la taxe d'habitation à condition de percevoir un revenu inférieur au seuil d'imposition de l'impôt sur le revenu. Si votre situation ne vous permet pas de subvenir par le travail à vos moyens d'existence (par exemple, si vous percevez l'AAH), vous avez droit à une exonération totale. Cette exonération n'est pas automatique, il faut la demander au centre des Impôts.

Cette carte permet également de se déclarer « à charge » de la personne avec laquelle vous vivez sur votre déclaration de revenus. Au moment de remplir la déclaration de revenus, vous pouvez en effet être porté à charge de toute personne dont vous partagez l'habitation, même s'il n'y a aucun lien matrimonial ou de parenté entre vous. Il convient néanmoins de bien évaluer le rapport avantages/inconvénients de ce choix : vérifiez si l'économie d'impôts ainsi réalisée est supérieure à la perte éventuelle d'une AAH. En effet, ces revenus communs seront ensuite ceux pris en compte par la CAF pour toute allocation soumise à condition de ressources.

Avantages dans les transports en commun :

- si votre carte d'invalidité porte la mention « station debout pénible », vous avez droit aux places assises réservées aux invalides ;
- si votre carte comporte la mention « tierce personne », votre accompagnateur a droit à la gratuité des titres de transport ou à des réductions de tarifs.

#### ► COMMENT L'OBTENIR ?

Toute personne handicapée a droit à une carte d'invalidité, à condition de :

- justifier d'un taux d'incapacité permanente de 80% ou plus ;
- être français résidant en France ou à l'étranger ;
- être étranger résidant en France et en situation régulière, quelle que soit la durée du séjour.

Vous devez déposer votre dossier auprès de votre mairie, du service social de la CRAM ou de la COTOREP de votre département. Il doit contenir :

- le formulaire de demande, rempli et signé ;
- le formulaire de certificat médical rempli le plus précisément possible ;
- deux photos d'identité ;
- une photocopie de votre titre de séjour si vous êtes étranger.

La COTOREP évalue votre taux d'incapacité permanente sur la base d'un barème d'évaluation, qui fixe la durée d'attribution de votre carte d'invalidité. Cette durée dépend du diagnostic sur l'évolution possible de votre handicap. Si la réponse est positive, vous pouvez retirer votre carte dans votre mairie. Si elle est négative, vous pouvez dans un délai de deux mois :

- présenter à la COTOREP un nouveau dossier mieux rempli, notamment dans sa partie médicale ;
- déposer un recours gracieux auprès de la COTOREP (attention, cette démarche n'est pas la plus efficace) ;

- déposer un recours contentieux auprès de la commission régionale d'invalidité et d'incapacité permanente ; ce recours peut entraîner plusieurs années d'arbitrage ou de procédure.

#### MENTIONS OBLIGATOIRES

Les mentions obligatoires qui doivent figurer sur votre carte d'invalidité :

- taux d'incapacité reconnu ;
- durée d'attribution de la carte.

Des mentions particulières, liées au handicap, peuvent également y figurer :

- station debout pénible ;
- cécité ;
- canne blanche.

On peut également y trouver les mentions suivantes :

- tierce personne.

#### RENOUVELLEMENT DE LA CARTE D'INVALIDITÉ

Au moins six mois avant l'expiration du délai fixé par la commission compétente, il faut déposer une nouvelle demande de carte d'invalidité, dans les mêmes conditions que précédemment. La **COTOREP** • décidera du renouvellement en fonction de l'évolution ou non du handicap.

#### ► LE MACARON G.I.C.

##### AVANTAGES OFFERTS

Le macaron «grand invalide civil» vous permet d'utiliser les places réservées exclusivement aux véhicules des handicapés sur la voie publique et dans les parkings. Le stationnement payant sur la voie publique est neutralisé. Si vous êtes titulaire de la carte d'invalidité et que vous souffrez d'un handicap physique, sensoriel ou mental réduisant de façon importante votre autonomie de déplacement ou vous obligeant à être accompagné par une tierce personne lors des déplacements, vous pouvez prétendre au macaron GIC. Mais la carte d'invalidité ne donne pas automatiquement droit au macaron GIC. Elle est juste nécessaire pour pouvoir y prétendre.

Si vous contestez le refus de votre macaron, une liste de médecins habilités pour l'expertise peut vous être fournie par votre Mairie, la COTOREP ou par les services de la Préfecture.

#### ► CONDITIONS D'OBTENTION DU MACARON GIC

Il est délivré par le préfet, à votre demande, après avis des médecins siégeant au sein de la COTOREP. En principe, l'appréciation des conditions d'obtention du macaron GIC se fait dans le cadre de l'examen des conditions d'attribution de la carte d'invalidité. Le périmètre de marche est un élément déterminant. Cependant, le macaron ne sera attribué que si vous en faites la demande auprès de la commission compétente (la COTOREP fournit l'imprimé du certificat médical qui doit être rempli par le médecin traitant). Le macaron est délivré pour une période équivalente à la durée de validité de la carte d'invalidité. Si vous êtes déjà titulaire de la carte d'invalidité, le macaron vous est délivré pour la durée de validité restant à couvrir de la carte.

En cas de refus, si vous contestez l'avis médical ayant entraîné ce refus, vous pouvez déposer un recours gracieux auprès de l'autorité habilitée à délivrer le macaron ou un recours contentieux auprès du tribunal administratif, dans un délai de 2 mois à compter de la date de réception de la notification du refus. Les modalités précises de ces recours sont exposées dans la lettre notifiant la décision de refus du macaron GIC. Vos frais de déplacement ainsi que les honoraires dus au médecin expert sur la base du barème agréé par le tribunal administratif restent, dans le cadre de la procédure de recours, à votre charge.

## Commentaire

Le nombre de places de parking pour les handicapés doit être largement augmenté dans les villes. Mais cette augmentation n'aura aucun effet si les règles strictes interdisant aux véhicules non munis du macaron de se garer sur ces emplacements réservés ne sont pas respectées.

## [ CHÔMAGE ET MALADIE ]

*La Sécurité Sociale verse les indemnités journalières à compter du 4ème jour d'arrêt, sauf en cas de prolongation d'un arrêt maladie au titre de l'affection longue durée (dans ce cas, il n'y a pas de délai de carence). Mais vous devez, pour cela, avoir travaillé au moins 200 heures dans les 3 mois précédant l'arrêt.*

Depuis le mois de mars 1993, si vous n'avez jamais travaillé mais que vous vivez avec une personne qui est assurée sociale, (mari, concubin, ami, parent), elle peut vous prendre à sa charge en tant « qu'ayant droit hébergé sous un même toit, et à sa charge ». Il lui suffit de déclarer sur l'honneur que vous êtes à sa charge sous son toit depuis au moins douze mois.

### ► VOS DROITS EN CAS DE MALADIE.

En matière de chômage, une seule chose intéresse la Sécurité sociale : savoir si vous êtes indemnisé par les ASSEDIC. Tant que vous êtes indemnisé, vous avez droit automatiquement aux prestations de la Sécurité Sociale (remboursement des frais médicaux, des consultations médicales, des médicaments et frais d'hospitalisation).

Lors du premier remboursement, vous devez fournir à la Sécurité Sociale vos bulletins de salaire des trois derniers mois, le certificat de travail de votre dernier employeur, l'avis d'admission aux ASSEDIC et la dernière carte mensuelle d'actualisation. Si par la suite, vous perdez vos allocations ASSEDIC, vous continuerez à être couvert pendant un an si vous avez déjà travaillé. Si vous devez vous faire hospitaliser et si votre médecin vous signe un arrêt de travail, vous n'êtes plus considéré comme un demandeur d'emploi. Vous devez obligatoirement le signaler à votre ANPE et lui envoyer l'arrêt de travail signé par le médecin.

Dans ce cas, les ASSEDIC arrêtent de vous verser vos indemnités journalières. C'est la Sécurité sociale qui prend le relais. En étudiant vos bulletins de salaire des trois derniers mois, même s'ils sont anciens, elle calculera si vous pouvez prétendre aux prestations « en espèces ».

Si c'est le cas, vous toucherez des indemnités journalières durant toute la durée de votre immobilisation. Sachez qu'elles sont calculées sur la base

de votre ancien salaire c'est-à-dire celui que vous touchiez avant de perdre votre emploi et d'être indemnisé par les ASSEDIC. Elles sont égales à 50% de votre salaire journalier de base. Mais celui-ci n'est pris en compte que jusqu'au plafond de la Sécurité Sociale, c'est à dire 13 720 F par mois au 1er janvier 2000.

Vous avez plus de 16 ans et vous cherchez un premier emploi (inscrit ANPE) : vous avez droit pendant un an à la Sécurité sociale (remboursement des frais médicaux), si vous avez été libéré du service national, si vous avez été affilié au régime étudiant il y a moins d'un an ou encore si vous vivez avec une personne couverte par la Sécurité sociale.

Dans tous les autres cas où vous n'auriez pas droit au régime général de la Sécurité Sociale, vous passez sous le régime de la Couverture Maladie Universelle.

## Commentaire

Les administrations refusent d'appliquer la neutralisation des ressources des demandeurs d'AAH ayant été au chômage, alors que celles-ci devraient être intégralement neutralisées. Si vous touchiez des indemnités chômage au moment où vous êtes passé en congé maladie longue durée, vous êtes, du fait de ce passage, automatiquement radié des ASSEDIC. Mais les textes prévoient que cette radiation des ASSEDIC pour raison de maladie longue durée permet, lorsque vous demandez l'AAH, la neutralisation (c'est à dire la non prise en compte) intégrale de vos ressources de l'année de référence. Par souci d'économies, les CAF ne procèdent pas systématiquement à l'application de ces règles. Il devient alors extrêmement difficile d'obtenir l'AAH à taux plein. Ces règles de neutralisation de ressources doivent être appliquées à la lettre. Cela dit, c'est bien le mode de calcul de l'AAH qui doit être revu en intégralité.

## **[ LES CONGÉS MALADIE DANS LA FONCTION PUBLIQUE ]**

### **► LE CONGÉ MALADIE ORDINAIRE (CMO)**

Le Congé Maladie Ordinaire est prévu pour les affections ne présentant pas de gravité particulière, ne relevant ni du congé de longue maladie ni du congé de longue durée. La durée maximale totale pour un CMO est d'un an. Vous percevez l'intégralité de votre traitement pendant les trois premiers mois. Celui-ci est réduit de moitié pendant les neuf mois suivants. Pour obtenir ce congé ou le renouveler, vous devez adresser un avis d'arrêt de travail d'un médecin (ou d'un chirurgien dentiste ou d'une sage-femme) à votre responsable hiérarchique. Celui-ci le transmet au médecin de la Sécurité sociale. Après six mois de congés consécutifs, même en l'absence de manifestation de l'agent, le Service de Gestion Administrative des Personnels saisit le comité médical. A la reprise du travail, le directeur établit sur papier libre une attestation de reprise de fonction transmise au Service de Gestion Administrative des Personnels.

Cas particulier : après douze mois de congés consécutifs, le comité médical est saisi du dossier de l'agent.

### **► LE CONGÉ LONGUE MALADIE (CLM)**

Il concerne les affections vous plaçant dans l'impossibilité d'exercer vos fonctions. Elles doivent exiger un traitement et des soins prolongés et présentent un caractère invalidant et de gravité confirmée. Les douze maladies ouvrant droit au CLM sont répertoriées sur une liste établie par le ministre de la santé. La durée maximale est de trois ans ; il est accordé par période de trois à six mois. La date de départ du CLM est le jour où la maladie qui ouvre droit à ce congé est médicalement constatée pour la première fois. Si ce constat intervient pendant un congé de maladie ordinaire, la partie du congé de maladie ordinaire qui suit le constat, est transformée en congé de longue maladie. Vous percevez l'intégralité de votre traitement pendant un an. Puis vous percevez un demi traitement pendant les deux années suivantes.

#### ► LE CONGÉ LONGUE DURÉE (CLD)

Il concerne les affections suivantes : tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave acquis et vous plaçant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions. Le sida est donc un élément de cette liste. La durée maximale est de cinq ans par affection au cours de la carrière. Il est accordé par périodes successives de trois à six mois. Vous percevez l'intégralité de votre traitement pendant les trois premières années. Puis un demi-traitement pendant les deux années suivantes. Depuis l'intervention d'Act Up-Paris en 1994 auprès du Ministère de la Fonction publique, les malades du sida bénéficient du congé longue durée. Le CLD est donc beaucoup plus intéressant que le CLM.

Pour ces trois types de congé maladie, la plupart des mutuelles de la fonction publique complète le demi traitement par des allocations journalières qui permettent, dans la plupart des cas, de conserver environ 75% de son traitement net (hors les primes). Ces allocations ne sont pas imposables.

#### ► POUR OBTENIR OU PROLONGER UN CLD OU CLM

##### 1. A VOTRE INITIATIVE :

Vous devez adresser à votre directeur :

- une demande de CLM ou de CLD ;
- une attestation médicale établie par un médecin, justifiant votre demande ;
- un certificat médical circonstancié joint sous pli cacheté.

Le directeur transmet ces trois pièces au Service de Gestion Administrative des Personnels. Avant de se prononcer sur votre demande, l'administration consulte le comité médical qui donne un avis après une contre-visite par un spécialiste agréé. Vous pouvez adresser vos observations écrites ou vous faire représenter, lors de la réunion du comité médical, par un médecin de votre choix. Le renouvellement du CLM ou du CLD est accordé selon les mêmes conditions de durée et de procédure que les périodes initiales de congé, c'est-à-dire qu'elles peuvent varier entre trois et six mois suivant l'avis du comité médical.

##### 2. A L'INITIATIVE DU SUPÉRIEUR HIÉRARCHIQUE :

Si votre état de santé est de nature à compromettre le bon fonctionnement



du service, le supérieur hiérarchique peut établir un rapport adressé au chef du Service de Gestion Administrative des Personnels. L'administration saisit le comité médical et peut demander un examen médical. C'est une procédure exceptionnelle limitée aux situations d'urgence.

#### ► A L'EXPIRATION DU CLD

A l'expiration du CLD, si vous ne vous sentez pas en état de retravailler tout en ayant conservé l'espoir de réexercer un jour votre fonction, vous pouvez demander à être mis en « disponibilité d'office ». Vous serez alors payé par l'administration sous forme d'indemnités journalières (non fiscalisées, et donc compatibles avec l'AAH). Si, en revanche, vous ne pensez pas pouvoir reprendre un jour vos fonctions, vous pouvez demander une mise à la retraite pour invalidité. Votre dossier sera examiné par le service des pensions de l'administration concernée, puis, par le Ministère des Finances, qui établira le montant de votre pension. Celui-ci est calculé, soit par rapport à vos années effectivement effectuées, soit forfaitairement sur la base de 50% du traitement net du dernier échelon de votre grade. C'est le calcul le plus favorable qui est retenu par l'administration.

Si vos revenus étaient inférieurs au seuil d'imposition au moment de votre mise à la retraite, vous serez dispensé des cotisations salariales d'assurance-maladie, tant que vous demeurerez non-imposable. Cette pension de retraite est cumuleable avec un emploi (sauf emploi titulaire dans la fonction publique). Il est préférable de ne pas dépasser le montant de sa pension sinon celle-ci est diminuée de la différence entre le nouveau salaire et la pension.

#### ► RÉINTÉGRER SES FONCTIONS APRÈS UN CLM OU UN CLD

Vous devez présenter à votre Directeur une demande de réintégration accompagnée d'un certificat médical vous présentant comme apte à reprendre vos fonctions. Ces bureaux transmettent ces pièces au comité médical pour avis.

En cas d'avis favorable du comité médical, l'administration transmet une décision de réintégration au Directeur qui doit adresser au chef de Service une attestation de reprise effective des fonctions.

En cas d'avis défavorable, l'aptitude à reprendre les fonctions n'est pas reconnue par le comité médical. Si vous avez épuisé vos droits aux CLM ou CLD, vous pouvez être mis en « disponibilité d'office » pour une

durée d'un an renouvelable deux fois ou admis à la retraite pour invalidité en cas d'incapacité définitive.

Dans votre demande de réintégration, vous pouvez demander un service à mi-temps pour raison thérapeutique. Celui-ci est accordé pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an. Vous percevez alors l'intégralité de votre traitement. Certaines administrations ont des postes dits « de réadaptation » pour les personnes sortant d'un CLD, notamment l'Education Nationale.

#### TABLEAU RÉCAPITULATIF

CONGÉS	DOCUMENTS A FOURNIR (1)	DURÉE	TRAITEMENT (2)
<b>MALADIE ORDINAIRE</b>	AVIS D'ARRÊT DE TRAVAIL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 MOIS CONSÉCUTIFS OU FRACTIONNÉS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 MOIS À PLEIN TRAITEMENT</li> <li>• 9 MOIS À DEMI TRAITEMENT</li> </ul>
<b>LONGUE MALADIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DEMANDE DE L'AGENT</li> <li>• AVIS D'ARRÊT DE TRAVAIL</li> <li>• ATTESTATION MÉDICALE RELATIVE À L'AFFECTION</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 ANS (PAR PÉRIODE DE 3 À 6 MOIS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 AN À PLEIN TRAITEMENT</li> <li>• 2 ANS À DEMI TRAITEMENT</li> </ul>
<b>LONGUE DURÉE</b>	IDEM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 ANS (PAR PÉRIODE DE 3 À 6 MOIS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 ANS À PLEIN TRAITEMENT</li> <li>• 2 ANS À DEMI TRAITEMENT</li> </ul>

(1) A adresser au bureau gestionnaire par le directeur de l'unité

(2) Le plein traitement est calculé sur la quotité de temps de travail au moment du congé (100%, 90%, 80%, 70%, 60%, 50%)

## [ LA COMMISSION DE SURENDETTEMENT ]

*La Commission de Surendettement a été créée pour fournir aux personnes dans l'impossibilité de faire face à leur dettes non professionnelles une solution amiable à leur situation.*

### ► LE SURENDETTEMENT

#### 1. CONDITIONS POUR SAISIR LA COMMISSION

- être une personne physique ;
- être français domicilié en France ou à l'étranger, ou être étranger résidant en France ;
- être de bonne foi;
- être dans l'impossibilité manifeste de faire face à l'ensemble de ses dettes non professionnelles contractées en France.

#### 2. LA NOTION DE BONNE FOI

Si vous saisissez la commission de surendettement, vous êtes présumé de bonne foi. Si votre créancier prétend le contraire, c'est à lui de le prouver. Parmi les preuves de mauvaise foi, on trouve essentiellement :

- les fausses déclarations et les documents inexacts;
- les détournement ou tentatives de détournement de biens;
- les tentatives de contracter de nouvelles dettes sans l'accord des créanciers ou des juges pendant la procédure.

#### 3. LES DETTES QUI PEUVENT ÊTRE PRISES EN COMPTE

Les dettes liées à votre activité professionnelle ne peuvent pas être prises en compte, sauf dans le cas d'un gérant de SARL où les fonds propres sont garantis. Sont donc concernées vos dettes contractées pour vos besoins personnels et familiaux. Que votre créancier soit un établissement de crédit ou non n'a pas d'importance. Si votre dette est sous votre responsabilité ainsi que celle de votre conjoint, cela ne vous prive pas de la possibilité de procédure. C'est votre situation financière qui joue dans l'appréciation de votre surendettement.

Les amendes et les condamnations financières prononcées par une juri-

diction ne peuvent être intégrées au plan de redressement et devront faire l'objet d'une enquête séparée de remise gracieuse exceptionnelle ou de dégrèvement exceptionnel. En cas de refus non motivé, notifié dans un délai de deux mois, vous pouvez tenter d'introduire immédiatement une saisine auprès du Tribunal Administratif territorialement compétent.

#### 4. L'ÉTAT DE SURENDETTEMENT

Il s'appuie sur votre situation personnelle. Il n'a donc pas de définition fixe. Ce qui compte pour la Commission, c'est que vous ne pouvez pas faire face à vos dettes non professionnelles. Elle évaluera donc le rapport entre votre actif et votre passif.

**LE PASSIF** – Pour élaborer un plan de redressement, il faut calculer votre passif, c'est-à-dire vos créances. Si cela pose problème, la Commission peut saisir le Juge de l'Exécution pour entamer une procédure de vérification des créances. À l'inverse, un demandeur contestant l'état du passif peut saisir ce même juge pour vérification dans un délai de 20 jours à compter de sa notification.

Pour évaluer votre passif, le juge ne doit pas prendre en compte que vos impayés, mais également considérer vos dettes non encore échues et vos difficultés prévisibles.

**L'ACTIF** – Il s'agit de l'ensemble de vos biens et ressources. Si vous avez des biens immobiliers indépendants de votre propre logement, vous pourriez ne pas être considéré comme surendetté.

### ► LA PROCÉDURE

#### 1. LA SAISINE DE LA COMMISSION

Vous devez passer devant la Commission de surendettement avant de passer devant le juge. Pour saisir la Commission, vous devez vous adresser au siège de la Banque de France dont dépend votre commune et retirer un dossier de déclaration. Vous y indiquerez :

- votre état civil et votre situation de famille ;
- vos coordonnées ;
- une déclaration de vos revenus et de votre patrimoine mobilier et immobilier ;
- les noms et adresses de tous vos créanciers ;
- le montant des dettes.

La déclaration devra être signée et accompagnée de toutes les pièces justificatives nécessaires (factures EDF, loyer, emprunts etc.). Vous ne devez pas oublier une seule créance, sinon celles-ci devront être négociées en dehors du cadre de la commission. Vous pouvez vous faire assister dans vos démarches par un travailleur social. Si vous ne retrouvez pas les contrats de prêt ou n'arrivez pas à calculer le montant exact de vos dettes, le secrétariat de la Banque de France peut prendre contact avec vos créanciers. Vous transmettez ce dossier au secrétariat de la Banque de France dont vous dépendez. La procédure commence au dépôt du dossier. Les créanciers sont prévenus. Si des huissiers se manifestent, vous devez impérativement prendre contact avec le secrétariat de la Banque de France et lui adresser copies des sommations et commandements reçus.

## 2. EXAMEN DE VOTRE DEMANDE

La procédure commence par l'examen de la recevabilité de votre demande par la Commission de Surendettement. Celle-ci vérifie « l'impossibilité manifeste », la « bonne foi » et les différentes conditions générales. Suite à cette étude, la Commission prendra une décision motivée dont elle informera les créanciers. Deux situations sont donc possibles :

- Votre demande est déclarée irrecevable : vous avez 15 jours pour la contester devant le Juge de l'Exécution par lettre recommandée avec AR. Aucun appel n'est possible après la décision du juge.
- Votre demande est déclarée recevable : les créanciers peuvent contester le surendettement, la bonne foi ou les conditions légales de saisie de la commission.

Si la demande reste recevable, la commission va chercher à concilier les parties pour mettre au point un plan de redressement accepté par vous et vos créanciers. La commission dispose de deux mois pour trouver un plan de remboursement. Pendant ce délai, vous ne devez absolument pas contracter de nouvelles dettes, ni favoriser un de vos créanciers. S'il y a accord, ce plan est établi et est considéré, après signature des parties, comme un contrat. Seuls les créanciers signataires sont concernés, raison de plus pour n'oublier aucun créancier dans la demande. S'il y a désaccord, c'est la commission qui proposera, dans les 2 mois, des mesures de redressement.

Ces mesures peuvent couvrir une période de huit années maximum. Elles peuvent être contestées par les deux parties dans un délai de 15 jours. C'est le Juge de l'Exécution qui statuera.

### 3. LE PLAN CONVENTIONNEL DE REDRESSEMENT

Il peut prévoir soit des rééchelonnements de vos dettes, soit des remises de dettes, soit des réductions ou suppression des taux d'intérêt. Vous ne pouvez pas contracter de nouvelles dettes pendant le plan de redressement. Les modalités d'exécution et les formalités doivent être respectées à la lettre sous peine d'annulation. Tout plan devenu caduc interdit une nouvelle demande à la Commission de Surendettement, sauf modification importante de votre situation (décès du conjoint, hospitalisation de longue durée, etc.).

### 4. LA NOTION DE « SITUATION DÉSESPÉRÉE »

Pour les situations les plus désespérées, la commission peut proposer un moratoire au Juge de l'Exécution, c'est-à-dire la suspension des créances autres qu'alimentaires ou fiscales pour trois ans. Votre situation est réexaminée à la fin de ce moratoire. Néanmoins, dans le cas de maladie grave évolutive et mortelle, et de pronostic vital, la commission peut statuer sur l'abandon total de la dette. Ce cas est exceptionnel.

### 5. LE SORT DES PROCÉDURES D'EXÉCUTION

Certaines procédures en cours peuvent être mises à exécution pendant la procédure ou avant la saisine de la Commission, notamment les saisies sur rémunération, les saisies immobilières etc. Il est donc indispensable de prévenir la Commission des poursuites dont vous faites l'objet, afin qu'elle en demande la suspension au Juge de l'Exécution. Cette suspension pourra concerner toutes les poursuites qui risqueraient de mettre en danger le plan de redressement en cours. Pendant la suspension, aucun créancier ne peut continuer les poursuites. Et vous n'avez pas le droit d'aggraver la situation pendant cette période.

#### A T T E N T I O N

La suspension des poursuites n'empêche pas la décision éventuelle d'expulsion du débiteur de son logement, avalisée par le Préfet.

## [ CONTENTIEUX DE L'INCAPACITÉ ]

*En cas de contestation de décisions administratives ou professionnelles concernant vos droits en tant que personne handicapée, deux types de démarche sont possibles : auprès de la Commission départementale des travailleurs handicapés ; auprès du Tribunal du Contentieux de l'Incapacité (anciennement Commission Régionale d'Invalidité et d'Incapacité Permanente).*

### ► LA COMMISSION DÉPARTEMENTALE DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS

Elle donne son avis sur les projets d'accord dans les entreprises. Elle statue sur les litiges concernant :

- les diminutions de salaires justifiées par la baisse du rendement professionnel de la personne handicapée ;
- la reconnaissance par la COTOREP de la qualité de travailleur handicapé.

Elle a également autorité pour :

- le classement par catégorie des handicapés par la COTOREP ;
- les avantages sociaux accordés en cas d'accident ou de maladie autres que l'affection invalidante, ou après consolidation de celle-ci.

Elle est constituée d'un magistrat, qui la préside, du directeur régional du travail et de l'emploi, d'un médecin du travail, d'un représentant des employeurs, d'un représentant des salariés, d'un représentant des travailleurs handicapés et d'un représentant du service départemental de l'Office national des anciens combattants.

### ► LE TRIBUNAL DU CONTENTIEUX DE L'INCAPACITÉ

Il est compétent en cas de contestation des décisions des COTOREP.

Il juge les décisions de ces commissions concernant :

- l'état ou le taux d'invalidité ou d'incapacité de travail ;
- la désignation des établissements de rééducation, de reclassement, d'accueil des adultes handicapés ou de placement en atelier protégé ou en centre d'aide par le travail.

---

Il est constitué de magistrats, de fonctionnaires en activités ou honoraires, de médecins et de représentants des salariés. Le tribunal compétent est celui de la région dans laquelle est situé votre département.

## Commentaire

Comme nous l'avons indiqué dans la fiche consacrée à l'Allocation Adulte Handicapé, le recours contestant la décision d'une COTOREP est beaucoup moins efficace que la constitution d'un dossier d'aggravation. En effet, ces recours sont étudiés dans des délais extrêmement longs et souvent épuisants de ce fait. Par ailleurs, les tribunaux du contentieux de l'incapacité doivent recevoir les demandeurs procédant à des recours comme des personnes qui font valoir leur droit et non comme des personnes qui tenteraient d'obtenir ce qui ne leur est pas dû.



## **[ LA COTOREP - COMMISSION TECHNIQUE D'ORIENTATION ET DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL ]**

*La COmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel (COTOREP) est compétente pour connaître la situation de l'ensemble des personnes handicapées adultes âgées d'au moins 20 ans (ou 16 ans en cas d'entrée dans la vie active).*

En fonction des demandes qu'elle reçoit, elle fait le point sur les aptitudes des demandeurs, fixe le taux d'incapacité et se prononce sur les demandes relatives à l'emploi, la formation, les aides financières et les placements en établissements médico-sociaux.

### **► QUI PEUT ÊTRE À L'INITIATIVE D'UNE DEMANDE ?**

- vous même, en tant que personne handicapée ;
- vos parents ou vos représentants légaux ;
- l'agence nationale pour l'emploi (ANPE) ;
- le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ;
- le directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ;
- l'organisme ou le service appelé à vous payer une allocation au titre de votre handicap ;
- l'autorité responsable de tout centre, établissement ou service médical ou social intéressé.

Aucune demande ne peut être faite sans votre accord.

### **► QUELLES SITUATIONS EXAMINE LA COTOREP ?**

La COTOREP est organisée autour de deux pôles de compétence :

- emploi formation professionnelle ;
- aides sociales et financières, placements en établissements médico-sociaux.

#### **1. EMPLOI FORMATION PROFESSIONNELLE**

La première section de la COTOREP attribue la qualité de travailleur handicapé et prend des décisions d'orientation pour la réalisation de projets de réinsertion professionnelle. Elle permet donc les prises en charge nécessaires au reclassement. Cependant, la COTOREP ne propose aucune offre d'emploi. A partir des demandes des personnes handicapées, de l'analyse de leurs besoins et de leurs capacités, la COTOREP est décisionnaire sur :

- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- l'appréciation de l'aptitude au travail.

L'attribution de la qualité de travailleur handicapé s'accompagne d'un classement selon les capacités professionnelles dans une des trois catégories suivantes :

- catégorie A : handicap léger ;
- catégorie B : handicap modéré ;
- catégorie C : handicap grave.

Ce classement intervient dans l'abattement possible de votre salaire. Le statut de travailleur handicapé est donc une mesure incitative qui présente avant tout un intérêt pour l'employeur. Ainsi, le travailleur handicapé peut être orienté :

- vers un emploi en milieu ordinaire ;
- vers une pré-orientation, c'est à dire l'établissement d'un bilan général ;
- vers une formation :

Celle-ci pourra prendre la forme soit d'un stage dans un centre de rééducation professionnelle, soit d'un stage dans un centre AFPA (association pour la formation professionnelle des adultes), soit d'un contrat d'apprentissage, soit d'un contrat de rééducation chez un employeur.

- vers un emploi en établissement de travail protégé : atelier protégé, centre de distribution de travail à domicile, centre d'aide par le travail ;
- vers un accès à la fonction publique.

Ces orientations peuvent être accompagnées d'aides financières :

- prime de reclassement ;
- subvention d'installation ;
- garantie de ressources sous forme de complément de salaire.

Par ailleurs, d'autres aides peuvent être sollicitées auprès d'autres organismes (AGEFIPH, ANPE, sécurité sociale, etc.).

## 2. AIDES SOCIALES ET FINANCIÈRES,

#### PLACEMENTS EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

La seconde section de la COTOREP prend les décisions concernant les demandes d'aides matérielles et sociales. Elle apprécie votre taux d'incapacité et décide de l'attribution de la carte d'invalidité. Elle décide de l'attribution d'allocations (l'Allocation aux Adultes Handicapés, l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne, l'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels). Elle instruit la demande de complément d'allocation aux adultes handicapés (aide à l'autonomie) et la demande de macaron grand invalide civil (GIC). Elle décide de votre orientation dans un établissement social ou médico-social.

#### A T T E N T I O N

Il ne faut pas confondre les attributions de la COTOREP (taux d'incapacité et Allocation Adulte Handicapé) et celles de la sécurité sociale en matière d'invalidité (pensions d'invalidité - rentes accidents du travail).

#### ► COMMENT FAIRE UNE DEMANDE ?

Vous devez remplir le formulaire de « demande d'une personne adulte handicapée » et l'adresser à la COTOREP de votre département, accompagné des documents complémentaires nécessaires (notamment le certificat médical et le cas échéant, la déclaration de ressources. Voir la fiche **AAH** <sup>•</sup>). Les formulaires sont disponibles à la COTOREP, généralement située dans le chef-lieu du département. Ils sont également disponibles dans les Caisses d'Allocations Familiales, Caisses de Mutualité Sociale Agricole, les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, les services départementaux chargés de l'aide sociale, les agences locales pour l'emploi, les centres communaux d'action sociale (CCAS des mairies), le service social près des caisses primaires d'assurance maladie.

#### ► COMMENT LA DEMANDE EST-ELLE INSTRUITE ?

Le secrétariat permanent de la COTOREP est, en principe, à votre disposition pour vous informer. Cela est rarement le cas, du fait notamment du nombre élevé de demandes par rapport au personnel présent. Le secrétariat réceptionne et enregistre votre demande en vous attribuant un numéro de dossier qu'il convient de conserver. Il est chargé de recueillir l'ensemble des pièces nécessaires à l'examen du dossier. L'équipe technique étudie la demande. Elle est composée de professionnels médicaux

et sociaux (médecins, psychologues, assistants de service social, conseillers à l'emploi de l'ANPE).

En théorie, vous pourrez rencontrer un membre de cette équipe afin de permettre une meilleure étude de votre situation sur le plan médical, social, psychologique ou professionnel. Une fois les éléments recueillis et après s'être réunie, l'équipe technique émet un avis sur les demandes. Là encore, n'espérez pas trop des personnels médicaux et sociaux des COTOREP qui sont souvent aussi débordés que mal informés.

La COTOREP statue sur les demandes et prend les décisions. Cette commission, devant laquelle les personnes handicapées peuvent être entendues, est composée :

- du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, ou du directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, qui préside la commission ;
- de trois conseillers généraux ;
- de représentants d'établissements accueillant des personnes handicapées ;
- d'associations représentatives de personnes handicapées ;
- d'organisations syndicales et patronales ;
- d'organismes débiteurs des prestations sociales (sécurité sociale).

Un membre de l'équipe technique est rapporteur devant la commission. Chacune des deux sections qui composent la commission se réunit selon des rythmes qui leur sont particuliers, mais qui ne sont pas toujours très réguliers. Le secrétariat de la COTOREP transmet par courrier au demandeur les décisions de première et deuxième section. Ces décisions sont valables sur l'ensemble du territoire. Elles peuvent faire l'objet d'un recours selon des modalités prévues sur l'imprimé de notification.

## Commentaire

**1.** Les délais de réponse des COTOREP ne doivent pas excéder deux mois. Dans la pratique, ces délais sont souvent beaucoup plus longs. Ces administrations se justifient par l'absence de moyens mis à leur disposition par le gouvernement. L'Etat, de son côté, promet depuis plus de 10 ans une restructuration des COTOREP, mais rien n'a été fait.

---

**2.** L'accès à l'information dans les COTOREP reste très déficient. Cela est valable aussi bien en amont - l'information sur les prestations offertes par la commission et les moyens d'y accéder - qu'en aval - la motivation des refus. Là encore, une réforme des COTOREP et des moyens supplémentaires sont nécessaires.

## **[ COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE - CMU ]**

*La Couverture Maladie Universelle (CMU) a été mise en place le 1er janvier 2000. En théorie, son objectif est d'offrir une couverture maladie de base à tous ceux qui ne peuvent pas être affiliés au régime général de la Sécurité Sociale et qui doivent donc avoir recours, soit à l'assurance personnelle, soit à l'Aide Médicale d'Etat. A cette couverture de base s'ajoute la possibilité, pour les plus précaires, d'une prise en charge gratuite du régime complémentaire.*

### **► LES CONDITIONS D'ACCÈS À LA CMU**

Le droit au régime de base de la CMU est ouvert à toute personne résidant en France depuis au moins 3 mois, de manière stable et en situation régulière. Seuls les RMIstes, les demandeurs d'asile et les prestataires de l'allocation familiale ou logement sont dispensés de cette condition de résidence. Tout étranger ne répondant pas à ces critères doit prouver la régularité de son séjour. Pour les personnes dont les revenus annuels sont inférieurs à 42 000 F (6 402,86 Euros), l'affiliation est gratuite. Une cotisation de 8% du revenu excédant ce plafond sera demandée aux autres.

### **► LA CMU COMPLÉMENTAIRE**

A cette CMU de base est associée la possibilité d'une CMU complémentaire gratuite accordée sous conditions de ressources. Ne peuvent en bénéficier que les personnes disposant de ressources inférieures ou égales à :

- 3600 F (548,82 Euros) par mois pour une personne seule ;
- 5250 F (800,36 Euros) par mois pour un couple ;
- 6300 F (960,43 Euros) par mois pour 3 personnes ;
- 7350 F (1120,5 Euros) par mois pour 4 personnes ;
- 1400 F (213,43 Euros) par mois et par personne à partir de la cinquième personne.

Il est à noter que le montant de l'Allocation Adulte Handicapé dépasse ce plafond. Cela signifie que dans le cadre général de la CMU, les bénéficiaires de l'AAH sont exclus d'une prise en charge gratuite de leur complémen-

taire (voir ci-dessous). L'intégralité des ressources et revenus est prise en compte, sauf certaines prestations sociales qui sont soit neutralisées (allocation jeune enfant), soit prises en compte forfaitairement (allocation logement). Dans ce dernier cas, cela signifie que votre allocation logement n'est pas entièrement prise en compte, mais sur la base d'un forfait fixé par le montant de votre allocation et le nombre de personnes vivant avec vous.

Cette couverture complémentaire est prise en charge, soit par le régime général, soit par des mutuelles ou compagnies d'assurance. On sait cependant à quel point les pratiques de ces dernières sont discriminantes (voir la fiche sur l'**assurabilité des séropositifs** \*).

#### ► L'ÉTUDE DE VOTRE DOSSIER

Ce sont les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) qui sont chargées d'étudier les dossiers de demande des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle. Elles doivent donc vérifier vos conditions de résidence et vos conditions de ressources. Concernant vos conditions de résidence en France, la notion de « stabilité » est clairement arrêtée à 3 mois minimum, mais la notion de régularité reste floue. Vous avez normalement le droit de prouver la régularité de votre séjour par tous les moyens à votre disposition. Mais les Caisses Primaires d'Assurance Maladie ont chacune établi leur propre liste de documents servant de preuve. Votre affiliation à la CMU dépend donc de la bonne volonté de votre CPAM. Concernant vos conditions de ressources, vous devrez remplir une déclaration de ressources.

#### ► EN CAS DE REFUS D'AFFILIATION À LA CMU

En cas de refus d'affiliation à la CMU, vous pouvez exercer un recours auprès des services de la DDASS, dans un délai de 2 mois à compter de la notification du refus. En cas de refus d'affiliation à la CMU complémentaire gratuite, la procédure varie selon les départements.

Certains départements, comme les Hauts-de-Seine, ont mis en place un dispositif extra légal prenant en charge la CMU complémentaire gratuite. Dans ce cas précis votre recours doit être adressé à la fois à la Direction de la Vie Sociale de l'hôtel du département, et à la DDASS.

A Paris, la Mairie propose d'augmenter l'Allocation de la Ville de Paris de 200 F (30,49 Euros) par mois pour que les allocataires de l'AAH puissent

contracter une mutuelle sans dépense supplémentaire. La demande est à faire auprès du Centre Communale d'Action Sociale de votre mairie. Néanmoins ce système ne permet pas de couvrir toutes les personnes qui pourraient y prétendre : il faut résider à Paris depuis au moins 3 ans pour bénéficier de cette allocation. De plus, rien n'assure aux malades que les mutuelles auxquelles ils pourront adhérer avec ces 200 F mensuels accepteront de couvrir l'intégralité des soins dont ils ont besoin.

Dans d'autres départements, aucun système équivalent n'est prévu. L'unique moyen d'obtenir la CMU complémentaire est donc de payer une cotisation auprès de votre caisse de Sécurité, d'une mutuelle ou d'un groupe assurance. Au vu des pratiques discriminatoires de ces derniers, il est préférable de vous adresser à votre CPAM ou à une mutuelle adhérente au code mutualiste.

Les pratiques étant très diverses d'un département à l'autre, d'une commune à l'autre, nous vous conseillons, avant d'envisager de payer une cotisation auprès d'un organisme, de vous renseigner auprès de votre DDASS ou de votre mairie sur les possibilités éventuelles de prise en charge gratuite de la CMU complémentaire que pourrait offrir la collectivité territoriale dont vous dépendez.

Les secours exceptionnels accordés par les Caisses Régionales de l'Assurance Maladie (et qui permettent de couvrir des dépenses exceptionnelles telles que les soins dentaires, prothèses) ne sont pas accordés aux bénéficiaires de la CMU.

#### ► LES PRESTATIONS OFFERTES PAR LA CMU

Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle sont pris en charge à 100%. La CMU couvre donc intégralement le ticket modérateur et le forfait hospitalier. Les bénéficiaires de la CMU n'ont rien à payer lors d'une consultation médicale, ni pour les soins et produits médicaux prescrits (pharmacie, biologie). Ils n'ont donc aucun frais à leur charge.

Les médecins à honoraires libres (dits en « secteur 2 ») ne peuvent pas facturer de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU au-delà des tarifs fixés par la Sécurité Sociale. Les bénéficiaires n'ont donc aucun frais à leur charge.

Pour certaines prestations ou biens médicaux, la prise en charge à 100 % du tarif sécurité sociale ne suffit pas à couvrir les frais car les prix sont libres et supérieurs à ce tarif. La loi prévoit donc dans ces circonstances qu'un



arrêté fixe le niveau de prise en charge après négociations avec les CPAM, pour les bénéficiaires de la CMU. L'objectif est d'assurer une prise en charge de 100 % des soins. Les principales prestations concernées sont les prothèses dentaires et les lunettes :

- une paire de lunettes peut être prise en charge chaque année, pour un tarif allant de 358 F (54,48 Euros) à 700 F (106,71 Euros).
- pour les prothèses dentaires, les dentistes sont tenus de pratiquer des prix fixés par l'Etat. Les dépassements du tarif sécurité sociale sont pris en charge entièrement en cas de problème médical avéré (exemple : prothèses amovibles de plus de dix dents) dans une limite de 2 600 F (396,37 Euros) sur deux ans.

Pour les prestations prises en charge par la CMU (assurance maladie obligatoire et couverture complémentaire incluses), les personnes couvertes bénéficient de la dispense d'avance de frais (le tiers-payant).

## Commentaire

1. Le plafond de ressource du régime complémentaire induit des effets de seuil dangereux en terme d'accès aux soins. En effet, les bénéficiaires de l'AAH et de minima sociaux équivalents sont exclus d'une prestation complémentaire gratuite. C'est sciemment, par mesure d'économie, que le Ministère des Affaires Sociales (dirigée à l'époque par Martine Aubry) a fixé ce seuil. Pour rajouter à la confusion, le gouvernement s'est livré à un petit jeu de revalorisation : depuis janvier 2000, il a par deux fois augmenté le plafond de ressources de la CMU complémentaire, laissant croire aux bénéficiaires de l'AAH qu'ils pouvaient y avoir droit... Juste avant de revaloriser l'AAH, de quelques francs, la faisant passer à nouveau au-dessus du seuil, excluant à nouveau les allocataires. Cette politique montre assez le mépris de ce gouvernement pour les handicapés précaires.

2. Cette situation oblige les départements ou les communes, quand elles en ont la volonté et les moyens, à assurer la prise en charge gratuite et complémentaire. D'où des situations totalement hétéroclites, qui rappelle la situation d'avant janvier 2000, situation que la CMU était justement censée homogénéiser. Avant l'application de la Couverture Maladie Universelle, chaque département avait son propre système d'aide médicale, pour couvrir les frais de santé des plus précaires. Le seuil et les modalités d'accès à cette

aide variaient d'un département à l'autre. Aujourd'hui, malgré sa prétention à l' « universalité », le dispositif de la CMU cautionne cette inégalité entre départements. L'Etat leur laisse la tâche de trouver des solutions pour que les allocataires de l'AAH soient maintenus dans leurs droits. Autant dire qu'un département qui décidera, par absence de moyens ou de volonté politique, de ne rien mettre en place, avalisera sans que rien ne l'en empêche, une discrimination instaurée par le dispositif national. La seule solution serait de revaloriser le plafond de la CMU complémentaire au-dessus du montant de l'AAH. Mais le gouvernement reste sourd à nos demandes.

**3. Le panier de biens et de services** - c'est-à-dire l'ensemble des prestations couvertes par le dispositif CMU, de base ou complémentaire - a été défini entre le gouvernement, les organismes prestataires (Sécurité Sociale, mutuelles, groupes privés d'assurance) et les professionnels de santé. Les associations de malades n'ont pas eu leur mot à dire. Autant dire que l'Etat n'a eu aucun courage devant ses interlocuteurs et les intérêts économiques qu'ils défendaient. C'est particulièrement visible dans le cas des soins optiques ou dentaires, où le forfait accordé est particulièrement restreint. C'est pourtant justement parce que ces soins sont coûteux qu'il faut en assurer la gratuité aux personnes les plus précaires.

**4. Enfin**, cette couverture soi-disant « universelle » exclut d'office toute une population : ceux que l'Etat a déclaré « étrangers sans papiers », qui sont contraints à un sous-régime de protection sociale (voir la fiche **AME** <sup>1</sup>). Une fois de plus, la logique de contrôle des immigrés a pris le pas sur une véritable politique sanitaire et sociale. L'exclusion de la CMU éloigne les sans-papiers des structures de prévention et de soins. Seule l'intégration de tous, sans considération de leur nationalité ou de la régularité de leur séjour, permettra enfin que soient pris en charge les étrangers non régularisés.

## **[ DOSSIER MÉDICAL, INFORMATION DU PATIENT ]**

*Tout médecin est tenu de vous informer sur le diagnostic, les actes médicaux que vous allez subir, les risques que vous encourez. Les seuls cas où le médecin n'est pas obligé de donner ces informations sont : votre refus d'être informé ; l'urgence ou l'impossibilité d'information du fait de votre état de santé.*

### **► LE CONTENU DE L'INFORMATION**

#### **LES INFORMATIONS SUR LE DIAGNOSTIC**

En principe, tel que l'indique la Charte du patient hospitalisé de 1995, votre médecin doit vous informer sur le diagnostic qu'il fait de votre état de santé. Mais le Code de déontologie médicale précise que le malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave. Le débat actuel sur l'accès à l'intégralité du dossier médical pour le patient devrait régler ce litige par voie législative, si le gouvernement tient ses engagements. Votre médecin vous doit une information complète afin que vous puissiez tout mettre en œuvre pour vous soigner.

#### **LES INFORMATIONS SUR LE TRAITEMENT : PROBLÈME DU CHOIX DU TRAITEMENT**

Vous n'avez pas le choix de votre traitement ; c'est le médecin qui décide du traitement approprié. La liberté thérapeutique du médecin lui donne la liberté de choisir, parmi plusieurs traitements, celui qui lui semble le meilleur. Cependant, il sera toujours de votre intérêt de participer, autant que possible, au choix thérapeutique, en dialoguant avec votre médecin et en n'hésitant jamais à lui faire part de vos difficultés à observer ou à supporter un traitement. Vous devez parler à votre médecin de tous les effets secondaires que vous rencontrez, les modifications que les traitements entraînent sur votre mode de vie, etc.

#### LES INFORMATIONS SUR LES RISQUES

L'information doit porter sur les risques graves, c'est à dire, sur ceux qui peuvent avoir des conséquences mortelles, invalidantes ou esthétiques graves, tant physiquement et psychologiquement que socialement. Même si ces risques sont exceptionnels, le médecin doit vous en parler. Pour la chirurgie esthétique, le chirurgien doit vous prévenir de toutes les conséquences désagréables possibles après l'intervention.

#### ► LA FORME DE L'INFORMATION

En principe, la forme de l'information est libre. Le médecin peut vous informer par oral ou écrit, sauf en matière de recherches biomédicales. Dans ce cas un document écrit est requis. Vous pouvez obtenir un délai de réflexion entre le moment où vous prenez connaissance de l'information délivrée par votre médecin et celui où vous prenez votre décision. L'information que vous fournit le médecin doit être compréhensible. Il doit donc s'exprimer dans un langage simple. Vous ne devez jamais hésiter à l'interroger si vous ne comprenez pas ce qu'il vous dit. Vous avez droit à un interprète. La preuve de l'information est à la charge du médecin et/ou de l'établissement de soins. Si vous êtes dans l'incapacité de recevoir les informations (coma, troubles psychiques, etc.), votre médecin doit alors les fournir à la ou les personnes qui sont aptes à consentir à l'acte médical (conjoint, proches, parents).

#### ► EN CAS DE DÉFAUT D'INFORMATION

Si vous jugez avoir été mal informé, vous pouvez engager une procédure contre le praticien en cause ou l'établissement de soins. La preuve concernant la nature de l'information fournie est à la charge du médecin et/ou de l'établissement de soins. Les indemnisations pour défaut d'information dépendent du lien établi entre le manque d'information et le dommage corporel subi. Dans le cas où l'acte médical est obligatoire, on considère que le patient l'aurait accepté, même informé des risques possibles. Donc, la justice ne retiendra que le préjudice moral. Dans le cas où l'intervention médicale n'a rien d'inéluctable, on considère que le patient aurait pu refuser s'il avait été informé des risques. Il pourra alors réclamer la réparation de l'intégralité du dommage subi.

---

## Commentaire

Le corps médical exerce une pression importante pour empêcher l'accès libre à l'intégralité du dossier médical. Les reports répétés de la loi sur le droit des malades le confirment. Bon nombre de médecins tentent de se protéger juridiquement par ailleurs. Par exemple c'est le cas avant une intervention chirurgicale pour laquelle le patient reçoit une information écrite sur les risques de l'anesthésie, puis est obligé de signer une décharge en cas d'accident ou de risque corollaire à une éventuelle transfusion et contamination (par le CMV par exemple) -le dépistage systématique de tout risque étant considéré comme trop onéreux.


Par ailleurs il serait important de formaliser la signature à l'identique du consentement éclairé en deux exemplaires, l'un pour le médecin, l'autre pour le malade afin de favoriser la défense de l'une ou l'autre partie en cas de litige.

## [ DROIT AU TRAVAIL DES PERSONNES HANDICAPÉES ]

*En tant que personne vivant avec le VIH/sida, il vous est possible de demander le statut de travailleur handicapé avant de chercher à obtenir un emploi. Ce sont les COTOREP qui attribuent la qualité de travailleur handicapé. Vous devez adresser votre demande à la COTOREP de votre département, par imprimé disponible dans les CCAS les services sociaux de la Sécurité Sociale.*



L'attribution de la qualité de travailleur handicapé s'accompagne d'un classement dans une des trois catégories suivantes :

- catégorie A : handicap léger ;
- catégorie B : handicap modéré ;
- catégorie C : handicap grave.

Ce classement intervient dans l'abattement possible de votre salaire. Le statut de travailleur handicapé est donc une mesure incitative qui présente avant tout un intérêt pour l'employeur (Voir également la fiche consacrée à la **COTOREP** ).

### ► LA GARANTIE DE RESSOURCE

1. TOUT HANDICAPÉ QUI EXERCE UNE ACTIVITÉ, SALARIÉE OU NON, A DROIT À UN MINIMUM DE RESSOURCES.

Cette garantie minimum dépend toujours du SMIC, mais elle diffère selon que vous travaillez en milieu ordinaire, en centre de distribution de travail à domicile, en Centre d'Aide par le Travail (**CAT** ) ou en Atelier Protégé (**AP** ). Si vous travaillez en milieu ordinaire, la garantie minimum de ressources au cas où votre salaire subirait un abattement est de : 100% du SMIC pour les catégories B et C, soit 42,02 F/ heure brut (6,41 Euros) au 1er juillet 2001 (80% minimum versé par l'entreprise ; le complément versé par l'Etat). Aucun abattement de salaire ne peut être effectué si vous êtes en catégorie A. Si vous travaillez en atelier protégé (AP) ou en centre de distribution du travail à domicile, la garantie de ressources est de 90% du SMIC, soit 37,82

F/ heure brut (5,77 Euros) (35% du SMIC versé par l'entreprise ; 55% du SMIC versé par l'Etat). Si vous travaillez en Centre d'Aide par le Travail (CAT), la garantie minimum de ressources est de 55% du SMIC, soit 23,11 F/ heure brut. (3,52 Euros) (5% minimum du SMIC versé par l'entreprise ; 50% du SMIC versé par l'Etat).

## 2. AAH ET GARANTIE DE RESSOURCES

Le complément de rémunération s'ajoutant à votre salaire pour former la garantie de ressources est pris en compte dans l'évaluation de vos ressources si vous demandez l'AAH. Si vous travaillez en CAT, le cumul de la garantie de ressources et de l'AAH est plafonné comme suit :

- si votre salaire direct est inférieur ou égal à 15% du SMIC, le cumul est limité à 100% du SMIC net mensuel si vous êtes célibataire et à 200% du SMIC si vous êtes en couple.
- si votre salaire direct est supérieur à 15% du SMIC, le cumul est limité à 110% du SMIC si vous êtes célibataire et à 220% du SMIC pour un couple.

### ► L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES

Depuis la loi du 12 juillet 1987, les employeurs sont obligés d'employer un quota de personnes handicapées. Les employeurs d'au moins 20 salariés ont l'obligation d'employer des personnes handicapées à hauteur de 6% de leur effectif total. Les personnes reconnues handicapées par la COTO-REP bénéficient de cette obligation. Les employeurs sont libres du mode d'embauche (CDD ou CDI, temps plein ou temps partiel). Ils peuvent cependant se libérer de leur obligation d'emploi en versant une contribution volontaire au Fonds de développement pour l'Insertion Professionnelle des Handicapés, ce que font un grand nombre d'entreprises.

## Commentaire

Les villes ou organismes de l'Etat pourtant soumis à l'obligation de verser une contribution au fonds de Développement pour l'Insertion Professionnelle ne la respectent pas toujours. Il paraît alors difficile d'exiger du secteur privé ce que l'Etat ou les collectivités locales ne respectent pas.

## [ DROITS DES DÉTENUS ]

*Les droits des détenus sont quasi inexistants, qu'ils soient malades ou non. La détention reste un lieu où le droit ne rentre pas ou est peu respecté. L'accès aux droits et à l'information demeure difficile. Il en est de même pour le suivi social. Le nombre de travailleurs sociaux en détention reste très faible face aux besoins des personnes détenues. Nombreux sont les détenus qui sortent de prison alors qu'aucune demande de logement, d'allocations n'a été entreprise.*

### ► LA SÉCURITÉ SOCIALE

Depuis la réforme des soins en prisons par la loi du 18 janvier 1994, tous les détenus sont systématiquement et immédiatement couverts par les assurances maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale dès leur arrivée en détention. Cette affiliation est gratuite. Le conjoint, les enfants et ascendants de la personne détenue sont aussi affiliés en tant qu'ayants droit à la sécurité sociale. Pour les étrangers en situation régulière, les ayants droit sont reconnus par la sécurité sociale si ceux-ci répondent eux-mêmes aux conditions de régularité de séjour en France. Pour les détenus étrangers en situation irrégulière, les membres de la famille ne sont pas reconnus comme ayants droit.

### DÉMARCHES À EFFECTUER

Le détenu n'a aucune démarche à effectuer : l'établissement pénitentiaire se met en relation avec la caisse primaire d'assurance maladie dont il dépend. Les ayants droit du détenu sont rattachés à la CPAM de leur lieu de résidence. Les détenus sont en outre exonérés du ticket modérateur : c'est l'Administration Pénitentiaire qui prend en charge ces frais.

### SOINS RESTANT À LA CHARGE DU DÉTENU

Au-delà du ticket modérateur, les soins restant à la charge du détenu sont :

- les appareillages ;
- les prothèses ;
- les actes, traitements ou interventions chirurgicales ;
- les dépassements tarifaires des médecins ou laboratoires d'analyse.



Pour les personnes déclarées indigentes, une partie des frais de prothèses dentaires ou optiques peut être prise en charge par l'Administration Pénitentiaire. Pour cela, la prothèse doit être médicalement justifiée et prescrite par le médecin de l'UCSA (Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires) ou du service médical dans les établissements type 13000.

### ► LES ALLOCATIONS

#### LES ALLOCATIONS CHÔMAGE

Les allocations chômage ne sont plus perçues en détention : pour les percevoir, il faut en effet être considéré comme demandeur d'emploi, ce qui n'est pas le cas des personnes incarcérées. Si le détenu était inscrit aux ASSEDIC avant sa détention, il est radié le jour de son incarcération. Il est alors tenu de prévenir les ASSEDIC de son changement de situation lors de sa déclaration mensuelle de situation ou sur papier libre. S'il continue à percevoir ses ASSEDIC, il devra rembourser intégralement à sa sortie les sommes perçues « indûment ». L'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS), versée aux chômeurs de longue durée en fin de droits, est également suspendue pendant toute la durée de l'incarcération. En effet, le bénéficiaire de cette allocation doit être lui aussi dans une démarche active de recherche d'emploi - ce que la détention empêche clairement.

#### LES INDEMNITÉS D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Aucune disposition du code du travail n'est appliquée dans les établissements pénitentiaires (salaire minimum, congés payés, congés maladie, indemnités journalières). Si un détenu est victime d'un accident au cours de son travail, il n'a pas droit aux indemnités journalières versées normalement pendant l'arrêt de travail en détention. Cependant si le détenu travaille en semi-liberté ou dans le cadre d'un placement à l'extérieur, il pourra toucher ces indemnités. Les rentes versées pour accident du travail ne sont pas modifiées du fait de l'incarcération.

#### LES ASSURANCES VIEILLESSE

L'assurance vieillesse garantit une pension de retraite à l'assuré. Si celle-ci était perçue avant l'incarcération, les pensions d'invalidité ainsi que les diverses retraites ou pensions ne sont pas modifiées. Un détenu qui atteint l'âge de la retraite en prison perçoit sa pension de retraite, calculée sur le nombre de trimestres travaillés durant sa vie active. Les autres allocations

vieillesse à caractère alimentaire (c'est-à-dire soumises à une condition de ressources) sont suspendues pendant l'incarcération.

#### ► L'ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ

##### SITUATION FAMILIALE

Elle continue à être intégralement versée au détenu qui en bénéficiait à l'extérieur s'il a, au moment de sa demande, un ou plusieurs enfants ou un ou plusieurs ascendants à sa charge (pour être considéré comme une personne à charge, l'ascendant doit vivre sous le même toit que l'allocataire et se consacrer uniquement aux travaux de ménage et à l'éducation d'enfants à la charge du détenu). Par ailleurs le détenu marié mais sans enfant, et dont le conjoint ne peut exercer une activité salariée pour un motif reconnu par la **COTOREP** •, continue aussi à percevoir l'**AAH** •. L'AAH est réduite à 12% du montant mensuel de l'allocation dès le début de l'incarcération, à savoir un montant d'environ 439 F par mois (66,93 Euros).

##### DÉMARCHES

La demande d'AAH peut se faire en détention auprès de la COTOREP dont dépend l'établissement pénitentiaire. Il est alors nécessaire se faire aider par un assistant social.

##### COMPLÉMENT À L'AUTONOMIE

Le complément d'AAH (somme supplémentaire versée pour les allocataires de l'AAH qui disposent d'un logement) n'est pas versé lorsque l'AAH est réduite. L'AAH et son complément sont de nouveau versés intégralement au taux normal à compter du premier jour du mois suivant la sortie de prison.

##### LE REVENU MINIMUM D'INSERTION

Toute personne détenue pour une durée supérieure à 60 jours ne peut plus percevoir le RMI dont elle bénéficiait à l'extérieur, sauf si elle est en semi-liberté ou en placement à l'extérieur.

##### SITUATION FAMILIALE ET PERSONNES À CHARGE

Si le détenu est marié, vit en concubinage ou s'il a une personne à charge, l'organisme payeur procède à un examen des droits dont peuvent bénéficier ces personnes à la place du détenu. Ce dernier n'est alors pas pris en compte comme membre du foyer.

#### DURÉE DE LA DÉTENTION

Si la durée de détention est inférieure à 4 mois, le détenu n'est pas rayé du dispositif du RMI. Ses droits sont suspendus. A sa sortie de prison, le détenu doit informer l'organisme payeur de sa libération en produisant son billet de sortie. Le versement du RMI reprend alors le premier jour du mois suivant sa libération. Si la personne est incarcérée pendant plus de 4 mois, elle est alors rayée du dispositif du RMI. Pour y accéder de nouveau à sa sortie de prison, elle doit pendant sa détention constituer un dossier de présentation au RMI.

#### AGE

Les personnes âgées de moins de 25 ans ne peuvent bénéficier du RMI. Les personnes n'ayant jamais perçu cette allocation ou ayant été radiées du dispositif peuvent remplir un dossier de présentation pendant leur détention avec l'aide des travailleurs sociaux du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP). La procédure d'ouverture des droits à la sortie est identique à celle applicable aux détenus déjà bénéficiaire du RMI.

#### AVANCE SUR DROITS

Une avance sur droits supposés peut cependant être demandée dès la libération : elle permet à la personne libérée de percevoir une somme d'argent dès le jour de sa sortie ou dans les jours qui suivent. Dans tous les cas, le pécule de sortie économisé par le détenu pendant sa détention n'est pas pris en compte dans le calcul de l'allocation.

#### LES ALLOCATIONS FAMILIALES

Elles sont maintenues au profit de la famille du détenu et versées au parent ayant effectivement la charge de l'enfant. Soumises à des conditions de ressources, elles sont recalculées en fonction de la perte de revenus due à l'incarcération d'un membre de la famille.

#### L'ALLOCATION POUR JEUNE ENFANT

La mère détenue peut bénéficier de cette allocation du 4ème mois de sa grossesse jusqu'aux 3 ans de l'enfant, allocation versée avec condition de ressources.

#### L'ALLOCATION PARENT ISOLÉ (API)

Les femmes incarcérées enceintes ou avec leur enfant ont le droit de percevoir l'allocation de parent isolé pendant leur période d'incarcération dans les mêmes conditions que si elles étaient libres. Mais elles ne peuvent garder leur enfant avec elle que jusqu'à son 18ème mois (suite à quoi elles en perdent la charge et donc l'allocation).

#### L'ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL

Le conjoint d'une personne détenue peut bénéficier pour leur enfant de l'allocation de soutien familial. Un certificat de présence est généralement exigé par la CAF comme preuve de l'incarcération d'un des membres de la famille. Ce document est remis à tout détenu qui en fait la demande auprès du greffe de l'établissement pénitentiaire. La CAF ou le conjoint du détenu peuvent aussi le recevoir directement par le biais de l'administration pénitentiaire (services sociaux et greffe). La personne détenue avec son enfant de moins de 18 mois peut percevoir pour son enfant l'allocation de soutien familial. La demande doit être adressée à la CAF dont dépend l'établissement pénitentiaire. L'allocation de parent isolé et l'allocation de soutien familial ne peuvent pourtant pas être versées ensemble.

#### L'ALLOCATION DE LOGEMENT ET L'AIDE PERSONNALISÉE AU LOGEMENT.

L'incarcération est considérée comme un cas de force majeure expliquant la non-occupation du logement. Si le détenu est célibataire, les allocations sont maintenues pendant un an si le loyer continue d'être payé et si le logement n'est ni loué, ni sous-loué. Pour les détenus mariés ou vivant maritalement, les montants de l'allocation de logement et de l'aide personnalisée au logement sont révisés au regard de la nouvelle situation financière du foyer.

#### ► LA PRÉPARATION DE LA SORTIE

#### LA LIBÉRATION

La date de sortie du détenu ainsi que, s'il y a lieu, la décision ou le texte de loi motivant la libération, fait l'objet d'une mention sur l'acte d'écrou. L'administration pénitentiaire procède ainsi à la levée d'écrou. Le détenu dont la levée d'écrou a été régulièrement effectuée mais qui n'est pas assuré d'un domicile ou d'un moyen de transport immédiat peut, à sa demande expresse, formulée par écrit, obtenir que sa levée d'écrou soit reportée du soir au lendemain matin. Il faut commencer au plus tôt les démarches auprès des Services Pénitentiaires d'Insertion et Probations pour optimiser ses chances de ne pas vous trouver sans ressource ni hébergement lors de votre sortie. Pour les droits au RMI, voir la procédure au chapitre précédent.

#### L'ALLOCATION D'INSERTION

Le code du travail prévoit un régime de solidarité permettant à certains détenus libérés de percevoir une allocation d'insertion. Cette allocation est versée aux détenus dont la durée de détention a été égale ou supérieure à 2 mois, à condition qu'ils s'inscrivent comme demandeurs d'emploi dans un délai de 12 mois à compter de leur libération. Sont exclues de cette allocation les personnes incarcérées pour :

- Trafic de stupéfiant - sauf si l'infraction a été commise alors que la personne était mineure ;
- Enlèvement et séquestration de mineur de moins de 15 ans ;
- Détournement d'aéronef, de navire ou de tout moyen de transport ;
- Proxénétisme et infractions assimilées.

Enfin, pour bénéficier de cette allocation, la personne libérée ne doit pas avoir été condamnée à deux peines de réclusion criminelle.

L'allocation est conditionnée par les critères de ressources. Actuellement, le plafond de ressources mensuelles s'élève à :

- 5 446,80 F (830,36 Euros) pour une personne seule ;
- 10 893,60 F (1 660,72 Euros) pour un ménage.

L'allocation d'insertion est de 60,52 F (9,23 Euros) par jour.

Pour obtenir cette allocation, le détenu libérable demande au chef d'établissement un certificat attestant qu'il ne fait pas l'objet d'une exclusion légale. Muni de cette attestation, il doit s'adresser aux ASSEDIC, qui font le nécessaire pour l'ouverture des droits. L'allocation est attribuée pour un an, par période de 6 mois après examen de la situation de l'intéressé. Ces

durées peuvent être fractionnées. Ainsi une personne qui a déjà bénéficié de cette allocation pour une durée inférieure à un an peut par la suite percevoir le reliquat.

#### COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Les personnes libérées sont affiliées si elles le désirent à la **CMU** <sup>•</sup>. La demande est à formuler auprès de la CPAM, sauf pour les étrangers en situation irrégulière qui entrent dans le dispositif de l'**Aide Médicale d'Etat** <sup>•</sup> gratuite (système très restrictif). Le système de la CMU paraît encore très obscur pour les personnes sortant de détention : en effet, les détenus gardent le bénéfice de la Sécurité Sociale pendant un an après leur sortie. La CMU devrait donc uniquement compléter les prestations offertes. Mais il est encore aujourd'hui difficile de connaître les conditions d'affiliation pour les personnes sortantes. N'hésitez pas à nous signaler tous les problèmes que vous pourriez rencontrer à cette occasion. Pour plus de précisions voir la fiche **CMU** <sup>•</sup>.

#### LES SERVICES PÉNITENTIAIRES D'INSERTION ET DE PROBATION (SPIP)

Les SPIP restent, pour les détenus et les personnes libérées, un interlocuteur de premier ordre. En matière d'insertion les missions des SPIP sont les suivantes :

- favoriser l'accès aux droits et aux dispositifs d'insertion de droit commun des détenus et des personnes confiées au SPIP par les autorités judiciaires ;
- s'assurer en particulier pour les personnes libérées de la continuité des actions d'insertion engagées (formation professionnelle ou culturelle) ;
- apporter si possible une aide matérielle aux personnes qui lui sont confiées par les autorités judiciaires.

#### ► LES RECOURS

##### L'INSPECTION GÉNÉRALE AUX AFFAIRES SANITAIRES

En cas de difficultés rencontrées par rapport à l'accès aux soins et aux traitements, à la nourriture, aux conditions de détention, etc., tout détenu peut solliciter l'IGAS afin de résoudre son problème. Les courriers adressés à l'IGAS

ne sont pas ouverts par l'Administration Pénitentiaire. Il faut écrire à :

IGAS

25-27 rue d'Astorg

75 008 Paris

(valable pour toute la France).

L'IGAS a obligation de faire savoir au détenu que sa demande est prise en compte, et saisit alors le médecin inspecteur de santé publique. Ce médecin mène une enquête auprès du service médical et de la détention, et remet son rapport à l'IGAS. Cette dernière transmet alors le rapport aux autorités compétentes, qui décident des suites à apporter.

Même si rares sont les suites données aux plaintes envoyées à l'IGAS, il ne faut pas négliger ce moyen d'action, aussi dérisoire qu'il soit.

#### LES GRÂCES MÉDICALES

Pour bénéficier d'une grâce médicale, la condamnation doit être effective, irrévocable et exécutoire - les prévenus ne peuvent donc pas en bénéficier. La peine doit être une véritable peine : ni dommages et intérêts, ni sanction disciplinaire. La grâce pour mesure médicale est une mesure individuelle : pour l'obtenir, il faut faire un recours. Ce recours peut être fait par le condamné lui-même, son défenseur, son conjoint, un proche, le ministère public ou l'Administration Pénitentiaire. Les requêtes doivent être adressées au Président de la République, qui transmet à la Chancellerie. Une expertise sera alors sollicitée, ainsi que les médecins suivant le détenu en détention. C'est le Président de la République qui prendra la décision finale d'accorder ou non la grâce.

Si un recours est rejeté, il faudra invoquer un nouvel argument sur l'état de santé du détenu. Dans le cas contraire, le recours sera simplement ajouté au dossier. La grâce peut être accordée sur la totalité ou sur une partie de la peine. Elle dispense le détenu d'exécuter toute ou partie de sa peine. Mais en pratique les grâces médicales ne sont accordées qu'aux détenus en fin de vie, voire quelques jours avant leur mort.

Les demandes de grâces sont à adresser :

Bureau des grâces

Ministère de la Justice

13 Place Vendôme

75001 Paris.

## Commentaire

**1.** Les minima sociaux doivent s'appliquer aux détenus. Une plate forme inter associative exige « ... que toute personne incarcérée ait droit, du premier au dernier jour de son incarcération, à un minimum de ressources personnelles, ce minimum étant constitué soit par le maintien de ses droits (minima sociaux, notamment RMI) soit par l'ouverture, pendant son incarcération, des droits auxquels elle aurait pu prétendre avant l'incarcération, soit par des prestations particulières lui donnant droit aux mêmes minima pendant toute la durée de son incarcération et l'articulation à la sortie ». Cette plateforme a été signée par AC! (Agir ensemble contre le chômage), AIDES, Act Up Paris, APEIS, CGL (Centre gay et lesbien), Chrétiens et Sida, CNT, FARAJEJ, GENEPI (Groupement Etudiant National d'Enseignement aux Personnes Incarcérées), GMP (Groupe Multiprofessionnel des Prisons), Ligue des Droits de l'Homme, ODU (observatoire des droits des usagers), OIP (Observatoire International des Prisons- section française), Sud Education, Syndicat de la Magistrature.

**2.** La baisse des minima sociaux est d'autant plus scandaleuse que la vie en prison est chère. Les produits les plus courants sont soumis à la « cantine », système d'achat organisé le plus souvent par des entreprises privées comme la SODEXHO, qui pratiquent des prix prohibitifs. Seule solution pour les détenus : le travail qui n'est soumis en prison à aucune réglementation. Il n'existe aucun droit de se syndiquer ou de faire grève. L'assurance chômage, les congés maladie n'existent pas. Enfin, le SMIC n'est pas appliqué en prison, et les détenus doivent souvent travailler pour 19 francs de l'heure. C'est pourquoi nous nous battons (avec d'autres organisations telles que la CNT, l'ODU, Ras les murs) pour que le droit du travail s'applique en détention. Les détenus qui travaillent doivent être considérés comme n'importe quel autre salarié.

**3.** Les détenus malades n'ont pas la possibilité, comme une personne à l'extérieur d'avoir un accès aux soins approprié. Ils sont dépendants du système de santé carcéral, lui-même assujéti au système de fonctionnement de la prison. Lorsqu'il s'agit de pathologies graves comme le sida,



---

les problèmes d'accès aux soins, de confidentialité, d'information quant aux traitements et de leurs effets secondaires, sont autant de problèmes insurmontables. La pauvreté et les mauvaises conditions de vie ne font que renforcer ces difficultés. La nourriture et l'hygiène désastreuses sont des facteurs aggravant la pathologie.

**4.** Quant à la substitution en prison, elle dépend trop souvent du bon vouloir des médecins alors que la loi de 1994 prévoit que l'accès aux traitements doit être réalisé dans les mêmes conditions que dehors. Par ailleurs, l'accès et l'échange de seringues est interdit en prison, alors même que tout le monde s'accorde pour reconnaître l'existence de pratiques d'injections de produits de toute sorte en détention. Il en est d'ailleurs de même pour l'accès aux préservatifs, encore soumis au bon vouloir et au regard des infirmeries.

Pour toutes ces raisons, nous pensons entre autre que les personnes atteintes de pathologies graves ne doivent pas être incarcérées. Dans cette perspective, nous battons pour que le système des grâces médicales soit assoupli. En ne s'adressant qu'aux détenus en fin de vie, le dispositif actuel ne vise qu'à diminuer les chiffres de mortalité en prison, et non à garantir aux détenus atteints de pathologies graves l'accès aux soins que chacun mérite.

## **[ LA GARANTIE DE RESSOURCES DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS ]**

### **► QU'EST-CE QUE LA GARANTIE DE RESSOURCES ?**

Si cela est nécessaire, l'Etat complète la rémunération des travailleurs handicapés afin d'atteindre un revenu minimum. Cette garantie de ressource est indexée sur le SMIC et s'établit de la façon suivante :

- d'un salaire à charge de l'employeur ou de l'établissement d'accueil ;
- d'un complément de rémunération servi par l'Etat.

Les différents régimes pour la détermination de la garantie de ressources sont :

#### **SI VOUS TRAVAILLEZ EN MILIEU PROTÉGÉ**

- En Centre d'Adaptation par le Travail, la garantie de ressources est composée d'un minimum de 5% de rémunération du travail versée par le CAT et d'un complément de rémunération d'un maximum de 50%, assuré par l'Etat. Vous pouvez cumuler cette garantie de ressource avec l'Allocation Adulte Handicapé jusqu'à 110% du SMIC.
- En atelier protégé et en centre de distribution de travail à domicile, la garantie de ressources est comprise entre 90% et 130% du SMIC, la rémunération du travail versée par l'employeur ne pouvant être inférieure à 35% du SMIC.

#### **SI VOUS TRAVAILLEZ EN ENTREPRISE**

A la demande de votre employeur et après avis de l'Inspection du Travail, la COTOREP peut décider d'une diminution de votre salaire par rapport à celui d'un travailleur non handicapé effectuant la même tâche que vous. L'état compense, en tout ou partie, cette diminution de salaire par la garantie de ressources des travailleurs handicapés :

- lorsqu'il s'agit d'un emploi de travail protégé (réduction de salaire supérieure à 20% mais limitée à 50% du salaire conventionnel), la garantie de ressources est limitée au SMIC.
- pour les abattements de salaire ne dépassant pas 20% du salaire de référence, la garantie de ressources peut atteindre 130% du SMIC, mais le niveau de compensation par le complément de rémunération versé par l'Etat

---

est plafonné à 20% du SMIC.

## Commentaire

La garantie de ressource n'a qu'une valeur relative sachant le niveau bas de l'AAH, et ce d'autant plus que les incertitudes sur l'ouverture du droit à la CMU complémentaire pour les allocataires de l'AAH demeurent.

L'AAH doit donc impérativement être revalorisée. Par ailleurs, tous les allocataires des prestations familiales (API, AAH, allocation différentielle, RMI, allocation de soutien familial) doivent avoir le bénéfice de la CMU complémentaire gratuite.

## [ LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES - IJ ]

*Les caisses d'assurance maladie peuvent verser deux sortes de prestations, si vous êtes victime d'une incapacité physique due à une maladie ou à un accident du travail. S'il s'agit de remboursements partiels dus à des frais médicaux, ce sont des prestations en nature. Si les salariés reçoivent une somme d'argent pour compenser la perte de salaire, on dit qu'il y a « prestations en espèces ».*

### ► LA MALADIE

#### CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS

Si vous êtes en arrêt maladie, vous touchez vos indemnités journalières pendant les six premiers mois d'interruption de travail si vous pouvez justifier de 200 heures d'activité professionnelle au cours des 3 mois qui précèdent l'arrêt de travail ou bien si vous avez cotisé durant six mois pour un salaire égal au SMIC. Pour bénéficier d'indemnités journalières pour état de santé au-delà de six mois, il faudra :

- que vous soyez immatriculé à la Sécurité Sociale depuis au moins douze mois ;
- que vous ayez cotisé au niveau minimum du SMIC.

Si ce n'est pas le cas, vous devrez avoir travaillé au moins 800 heures au cours des 12 derniers mois, dont 200 pendant les trois premiers mois. Les trois premiers jours de l'arrêt de travail ne sont jamais indemnisés, sauf dans le cas de renouvellement d'arrêts au titre de l'affection longue durée. Pour que vous receviez vos indemnités, il faut que la caisse primaire ait reçu l'arrêt signé par votre médecin dans les deux jours qui suivent l'interruption.

#### LE MONTANT DE L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE

L'indemnité journalière est égale à la moitié de votre salaire journalier de base (SJB), mais elle est plafonnée à un maximum de 249,16 F/jour (39,98 Euros). A partir du 7ème mois, elle est égale à 51,49 % du SJB avec un plafond maximum de 256,28 F/jour (39,07 Euros).

#### LA DURÉE DE VERSEMENT

L'Indemnité Journalière est due à partir du 4ème jour qui suit la constatation médicale (dimanche compris). Elle peut être versée pendant une période de trois ans pour chacune des 31 maladies de longue durée, si vous remplissez les conditions administratives d'ouverture des droits pendant 3 ans.

#### LE CUMUL

Les prestations en espèces ne peuvent être cumulées avec les allocations de chômage, ni avec les indemnités journalières versées au titre d'un accident du travail, ni avec l'aide à la réinsertion des travailleurs étrangers, ni non plus avec les indemnités de congé maternité qui bénéficient, comme les indemnités au titre de l'affection longue durée, de conditions fiscales particulières. Les heures de sortie autorisées sont comprises entre 10 h et 12 h le matin et 16 h et 18 h l'après-midi. Par ailleurs, vous n'avez pas le droit de travailler, même bénévolement. Votre médecin peut, si votre état de santé le permet, mentionner « sorties libres » ou « séjour à la campagne ».

#### ► LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Tout salarié victime d'un accident sur le trajet direct vers son lieu de travail et retour, ou de maladie professionnelle doit recevoir des prestations en espèces et même obtenir une rente s'il en résulte une incapacité permanente, partielle ou totale. En cas d'incapacité permanente, l'assuré victime d'un accident a droit à une rente dite viagère à compter du lendemain de la date de consolidation de la blessure. Elle est égale au salaire annuel de base multiplié par le taux d'incapacité permanente. S'y ajoute une prise en charge par la mutuelle complémentaire de l'entreprise. Le montant des IJ pour les accidents du travail est d'un montant de 60% du Salaire Journalier de Base pendant les 28 premiers jours, avec un maximum de 897,71 F (136,86 Euros). A partir du 29ème jour, les IJ représentent 80% du salaire journalier de base avec un maximum de 1 196,95 F (182,47 Euros).

---

## Commentaire

Les Indemnités Journalières au titre de l’Affection Longue Durée ne sont pas imposables et n’ont même pas à être déclarées. Ne les déclarez pas, car il n’est pas rare que le fisc décide, dans le cas contraire, de les prendre en compte.

De plus, les IJ ne peuvent pas être saisies. Il est indispensable que cette règle soit systématiquement appliquée, ce qui n’est pas le cas aujourd’hui.

## [ LES INFECTIONS NOSOCOMIALES ]

*Une infection nosocomiale est « une maladie provoquée par des micro-organismes contractée dans un établissement de soins par tout patient après son admission, soit pour une hospitalisation, soit pour y recevoir des soins ambulatoires, que les symptômes apparaissent lors du séjour à l'hôpital ou après, que l'infection soit reconnaissable aux plans clinique et ou microbiologique ».*

Le délai pris en compte est de 48 à 72 heures entre l'admission et le début de l'infection. Avant 48 heures après l'admission, on considérera que l'infection était en incubation au moment de l'admission et on ne reconnaîtra pas cette infection comme nosocomiale.

### ► LES OBLIGATIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

Depuis 1988, il doit exister un « comité de lutte contre l'infection nosocomiale » (CLIN) dans chaque hôpital public. Depuis 1992, il existe un « comité technique national des infections nosocomiales » et cinq centres inter-régionaux. A nouveau, seuls les établissements publics sont concernés. Des obligations légales d'hygiène, d'asepsie et de décontamination existent :

- obligation de décontamination et d'entretien du matériel nécessaire aux soins et aux transports des patients ;
- obligation d'un document qui définit les modalités de nettoyage, décontamination, désinfection et stérilisation du bloc opératoire. Ces modalités sont sous la responsabilité d'un médecin coordinateur. Ce ne sont pas les praticiens qui en sont responsables ;
- obligation, pour chaque médecin de « veiller à la stérilisation et à la décontamination des éléments médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets selon les procédures réglementaires ».

Enfin, depuis le 1er juillet 1998, les établissements de santé sont obligés de lutter contre les infections nosocomiales. Les médecins et les établissements de soins sont tenus à une obligation d'hygiène et d'asepsie parfaites.

### ► LES ACTIONS EN JUSTICE SUITE À INFECTION NOSOCOMIALE

Il est possible d'assigner un établissement public (hôpitaux de l'assistance publique, etc.) en responsabilité devant le Tribunal Administratif. Les

recours d'une décision du Tribunal Administratif sont à faire devant la Cour administrative d'appel, et devant le Conseil d'Etat pour la cassation. Pour une action à l'encontre d'un établissement privé (par exemple les cliniques) ou d'un médecin, l'assignation se fera devant le Tribunal d'Instance pour les demandes inférieures à 50 000 F (7 622,45 Euros) et devant le Tribunal de Grande Instance pour les demandes supérieures à 50 000 F ; pour les demandes excédant 25 000 F (3 811,23 Euros), il est possible de faire appel devant une Cour d'appel, puis de se pourvoir en cassation devant la Cour de cassation. Pour les demandes inférieures à 25 000 F, seul le pourvoi est possible.

Il est toujours préférable de pouvoir s'appuyer sur une expertise médicale avant de mener une action de ce type en justice. Il vous faut donc obtenir et conserver précieusement tous les documents révélant l'infection, son début et sa gravité (certificat médical, résultats d'analyse, etc.)

#### ► ASSIGNATION DEVANT LES JURIDICTIONS ADMINISTRATIVES

Si vous êtes victime d'une infection nosocomiale, on présume que c'est l'hôpital qui est responsable de celle-ci si l'infection s'est produite en salles d'opération et d'accouchement. Pour s'exonérer, l'établissement doit prouver que toutes les précautions pour lutter contre les infections nosocomiales ont été prises, que l'infection n'est donc pas due à un agissement fautif de sa part. En revanche, pour les infections contractées en d'autres lieux, c'est à vous, malade, de prouver la faute de l'hôpital.

#### ► ASSIGNATION DEVANT LES JURIDICTIONS CIVILES

Depuis 1999, il pèse sur les établissements et les médecins une obligation de sécurité de résultat, c'est-à-dire qu'ils sont présumés être responsables de l'infection nosocomiale contractée en leur sein, et ce, quelque soit le lieu où vous avez contracté cette infection. Ils ne peuvent pas s'exonérer en démontrant qu'ils n'ont commis aucune faute, mais seulement en rapportant la preuve d'une cause étrangère à l'origine du dommage.

## Commentaire

Les nouvelles règles, élaborées par la jurisprudence, sont fondamentales. Auparavant, les hôpitaux pouvaient s'exonérer en rapportant leur absence de faute. Maintenant, pour s'exonérer, ils doivent prouver que l'infec-



tion a une cause étrangère, ce qui sera une preuve difficile à rapporter. De plus, l'élargissement de la responsabilité aux médecins permet aux malades de se retourner, au civil, à la fois contre l'établissement de soins et contre le médecin. Les médecins ont désormais une obligation de prévention nosocomiale. Enfin, l'extension des zones de l'hôpital où l'infection est proscrite permet aux malades victimes d'une telle infection d'en réclamer réparation même s'ils ont contracté cette infection hors de la salle d'opération, notamment dans un cabinet médical. Cependant des améliorations doivent être apportées :

- la responsabilité sans faute se limite encore aux infections nosocomiales. Elle devrait être généralisée à l'ensemble des accidents médicaux.
- pour l'instant, la jurisprudence administrative ne suit pas la justice civile. Sur le plan administratif, seule une présomption de faute pèse sur l'hôpital dans les salles d'opération et d'accouchement. Pour les autres lieux, c'est à la victime de rapporter la preuve de la faute de l'établissement.

## [ LA LETTRE RECOMMANDÉE ]

*Le fait d'envoyer une lettre recommandée vous donne la preuve que vous avez bien envoyé cette lettre. Mais si vous voulez également la preuve que la personne l'a bien réceptionnée, vous devez l'envoyer en recommandé avec accusé de réception.*

Pour envoyer une lettre recommandée, vous devez vous rendre dans un bureau de poste, y remplir un formulaire « Envoi recommandé », remettre au préposé de la poste la lettre et le formulaire. Le préposé vous remet immédiatement une preuve de dépôt. Le prix varie en fonction du poids de la lettre et du taux de recommandation. Vous pouvez en effet assurer votre envoi recommandé contre le risque de perte. Cela coûte plus cher. Il est possible d'envoyer des colis en recommandé. Il est conseillé, dans ce cas, d'utiliser les conditionnements prévus à cet effet par la poste. Si la poste perd votre lettre recommandée, vous pouvez déposer une réclamation dans n'importe quel bureau de poste. Vous avez un an maximum pour déposer cette réclamation. On vous demandera alors la preuve du dépôt. Lorsque le facteur remet un objet (lettre ou colis) recommandé et que vous êtes absent, il laisse dans votre boîte aux lettres un «Avis de passage». Vous avez 2 semaines pour aller chercher l'envoi. Pour une lettre de 20 grammes qui serait postée au tarif normal à 3 F (0,46 Euro), le prix d'envoi en recommandé avec avis de réception sera de 26,50 F (4,04 Euros).

## **[ MALADIE ET LIBRE CIRCULATION DES PERSONNES ]**

*En France, on ne peut vous interdire de circuler librement pour cause de sida. Evidemment, vous n'êtes soumis à aucune mesure de surveillance. À l'étranger, c'est la législation de chaque pays qui gère la liberté de circulation. Certains pays peuvent restreindre cette liberté.*

Au sein de l'Union Européenne, une liste des maladies contagieuses permettant aux états membres de prendre des mesures restrictives à la liberté de circuler existe. Le sida et l'infection par le VIH ne font pas partie de cette liste. Par contre, les États-Unis ont interdit l'entrée de leur territoire aux séropositifs et la violation de cette interdiction peut être sanctionnée pénalement. Le Canada vient également de se doter d'une nouvelle législation contrôlant l'entrée sur son territoire des personnes séropositives. Renseignez-vous auprès des ambassades avant de voyager.

Par mesure de prudence, si vous êtes sous traitements, vous pouvez, dans la mesure du possible, envoyer vos médicaments par la poste à une adresse sur place où vous les récupérerez en arrivant. Cela peut faciliter le passage en douane. Reportez-vous à la législation des pays pour connaître les éventuelles restrictions à la liberté d'aller et venir. Certains pays frappent d'interdiction de séjour les personnes contaminées par le virus du sida avec reconduction immédiate à la frontière *manu militari*. Si vous êtes en poste dans un consulat ou une ambassade française à l'étranger, il vous est possible de vous faire envoyer vos traitements par le biais de la valise diplomatique. Renseignez-vous auprès des services du Ministère des Affaires Etrangères et assurez-vous que votre médecin vous assiste dans cette démarche sous peine de mettre en danger le secret médical auquel ne sont pas astreints les services administratifs, qui ne sont tenus qu'au devoir de réserve.

► **ISOLEMENT ET INTERDICTION EN FRANCE EN RAISON  
D'AFFECTION A VIH**

**MESURE D'ÉLOIGNEMENT**

L'isolement pour cause d'infection au VIH a été mis en place par exemple à Cuba et en Corée du sud. Au Royaume-Uni et en Suède, l'hospitalisation forcée des personnes contaminées est autorisée par la loi. En France, l'isolement est interdit.

**MESURES D'INTERDICTION D'ENTRÉE EN FRANCE**

L'entrée d'un étranger en France peut notamment être refusée en cas de menace à la santé publique, l'ordre public ou la sécurité publique. On peut vous refuser l'entrée en France en cas de maladie contagieuse ou de toxicomanie, par exemple. Mais le VIH n'est pas considéré comme une menace de ce type, étant donné son caractère transmissible, mais non contagieux. Le dépistage du VIH n'est pas obligatoire pour les étrangers désirant entrer en France. On ne peut donc pas vous interdire l'entrée sur le territoire français pour cause de sida.

**INTERDICTION DE SÉJOUR EN FRANCE POUR CAUSE DE MALADIE**

Pour les mêmes raisons que l'entrée en France, on ne peut pas interdire de séjourner en France pour cause de sida. De plus, la loi du 11 mai 1998 sur l'entrée et le séjour des étrangers a prévu la délivrance d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » pour des raisons de santé.

**MESURES D'ÉLOIGNEMENT**

Au titre de l'article 25-8 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 modifiée, vous ne pouvez pas être expulsé ou reconduit à la frontière si vous résidez habituellement en France et si votre état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve que vous ne puissiez effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi.

---

## Commentaire

Même si la loi l'interdit, des personnes atteintes de pathologies graves, entrant dans le champ d'application de l'article 25-8, se retrouvent expulsées ou renvoyées du territoire français. Trop souvent, les juges envisagent de manière restrictive la notion de « prise en charge médicale », c'est à dire l'accès à des médicaments, alors qu'il conviendrait de l'analyser de manière large, c'est à dire en y englobant l'accès aux examens, aux traitements et à des soins de qualité. Il est donc très important que toute personne concernée puisse argumenter sur son état de santé, la nécessité des soins. Les avocats doivent, preuve à l'appui (par exemple, en prenant les références données par l'OMS), arguer de la nécessité de rester en France pour obtenir des soins impossibles dans les pays de renvoi.

## [ MALADIE ET LIEU DE TRAVAIL ]

### QUESTIONNEMENT SUR VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

Les questions qui peuvent vous être posées lors d'un entretien d'embauche doivent avoir un lien direct et nécessaire avec l'emploi que l'on vous propose. L'employeur n'a donc pas à vous questionner sur votre état de santé. S'il le fait, vous n'êtes pas tenu de répondre. Dans le cadre de l'examen médical d'embauche, vous êtes tenu de répondre aux questions posées par le médecin du travail, quand celles-ci portent sur votre état de santé, mais en aucun cas si elles portent sur vos habitudes de vie. Légalement, ce médecin ne doit pas révéler votre état de santé à l'employeur. On sait pourtant que dans l'entreprise, le secret médical est très mal protégé, même dans les grandes entreprises, qu'elles soient privées ou publiques.

### ► EXAMENS MÉDICAUX OBLIGATOIRES

La visite médicale d'embauche est obligatoire. Elle a pour but :

- de rechercher si vous n'êtes pas atteint d'une infection contagieuse.

Rappel : la séropositivité n'est pas une infection contagieuse.

- de s'assurer que vous êtes médicalement apte au poste de travail proposé.

Il est formellement interdit de vous imposer un dépistage VIH. On peut vous le proposer ; vous êtes libre d'accepter ou non. Si vous refusez, votre décision ne doit pas influencer le médecin. Le médecin du travail est tenu au secret professionnel. Il ne communique à l'employeur qu'une fiche sur votre aptitude ou non pour le travail proposé. Votre infection à VIH n'est pas mentionnée sur cette fiche. En revanche, le médecin peut considérer que votre maladie est incompatible avec le poste de travail. Dans ce cas, il doit conseiller l'employeur sur l'existence d'une incompatibilité, sans aborder la question de l'infection.

### ► REFUS D'EMBAUCHE POUR CAUSE DE MALADIE CONNUE

Dans le secteur privé, il est interdit de vous refuser un emploi pour cause de maladie, sauf si on considère que celle-ci vous rend inapte au poste proposé. Dans le secteur public, c'est l'administration qui statue sur votre embauche. Elle peut la refuser si elle l'estime incompatible avec votre état de santé ou si vous êtes jugé inapte. La séropositivité ne peut justifier un refus d'ad-

mission à passer les concours de la fonction publique, un refus de recrutement ou de titularisation. En cas de sida avéré, des médecins agréés et une instance nommée « comité médical » donnent un avis sur la compatibilité de votre état de santé avec le poste proposé.

► **OBLIGATION D'INFORMATION CONCERNANT UNE PATHOLOGIE GRAVE**

Vous n'êtes jamais tenu d'informer ni votre patron, ni vos supérieurs, ni vos collègues, de la nature ou de la gravité de votre maladie. C'est votre droit à la vie privée. Par contre, la lourdeur des multi-thérapies et leurs effets secondaires viennent heurter ce droit de front. En effet, il est souvent très difficile de cacher, dans l'entreprise, que l'on prend des traitements à heures fixes ou que l'on souffre d'effets secondaires tels que diarrhées, lipodystrophies, fatigue, troubles de l'humeur.

► **MÉNAGEMENT DES CONDITIONS DE TRAVAIL**

Dans le secteur privé, si vous souhaitez un aménagement de vos conditions de travail, vous pouvez faire constater votre inaptitude à exercer votre travail par le médecin du travail. Celui-ci peut proposer des mesures de mutation ou de transformation de votre poste. Tenu au secret professionnel, il n'a pas à préciser les causes de ses propositions à l'employeur. Votre employeur doit tenir compte des propositions du médecin du travail et adapter votre emploi ou vous changer d'emploi en fonction de votre état de santé. Mais, si le reclassement ou l'aménagement de votre poste est impossible, le contrat de travail peut être rompu.

Dans le secteur public, comme dans le privé, un reclassement ou un aménagement de vos conditions de travail doit être envisagé dans la mesure du possible. Les circulaires du 6 juillet 1989 et du 5 mars 1990 prévoient que « lorsque l'état de santé de l'intéressé le permet, le maintien en activité professionnelle peut être bénéfique pour son état psychologique et doit alors être recherché dans toute la mesure compatible avec le bon fonctionnement du service ». Si votre maintien à votre poste initial est impossible, de même que l'aménagement de votre poste, votre employeur a également le droit de vous changer de fonction. Mais vous pouvez refuser ce reclassement. Sachez cependant que si aucune solution ne peut être trouvée, le contrat de travail est rompu.

#### ► LICENCIEMENT POUR CAUSE DE MALADIE

Cette pratique est discriminatoire et donc interdite, sauf :

- si un médecin du travail vous déclare inapte à continuer votre travail ;
- si vous êtes en arrêt de travail dépassant la période pendant laquelle la convention collective interdit le licenciement (à voir selon votre convention collective) ;
- si la fréquence de vos absences perturbe la bonne marche de l'entreprise.

### Commentaire

Les licenciements discriminatoires en raison de l'état de santé sont plus fréquents qu'on ne le dit. Si vous êtes victime de ce type de pratique illégale, vous pouvez agir contre votre employeur. Cependant, la plupart des employeurs qui licencient pour cause de maladie motivent autrement le licenciement. Il est donc difficile de prouver qu'il y a eu discrimination. Si vous êtes licencié abusivement du fait de votre pathologie, vous devrez réunir des témoignages et d'autres documents pour prouver que c'est bien votre maladie seule qui a entraîné votre licenciement (voir également la fiche **Prud'hommes** <sup>1</sup>).



## [ LE MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE ]

*Vous y avez droit si vous êtes salarié d'une entreprise, que vous soyez en contrat à durée déterminée ou indéterminée. Seuls les vacataires n'y ont pas droit. Aucune condition d'ancienneté n'entre en compte.*

La décision de vous orienter vers un mi-temps thérapeutique peut être soit après une suite d'arrêts de travail du fait de votre pathologie, soit dans l'optique d'un retour progressif au travail, si vous considérez qu'une activité à temps partiel peut être de nature à favoriser l'amélioration de votre état de santé. Ce mi-temps s'inscrit donc dans un cadre thérapeutique.

### ► CONDITIONS DE LA DEMANDE

Vous devez vous trouver en arrêt maladie au moment de votre demande. Vous devez vous adresser à votre médecin traitant, qui établit un dossier médical. Il est indispensable que ce dossier soit le plus complet possible sur tous les aspects de votre pathologie et son lien avec la nécessité d'un emploi à temps partiel, dans le cadre du traitement.

Ensuite, contactez le médecin du travail du service dont vous dépendez, avec le certificat de votre médecin et votre demande de mi-temps. C'est ce médecin qui est chargé de donner un avis et de voir quelles sont les possibilités d'aménagement du temps de travail avec votre employeur.

Le médecin du travail est tenu au secret professionnel. Il ne peut donc pas révéler le diagnostic de votre état de santé à votre employeur. Il doit simplement lui signifier que votre demande de mi-temps thérapeutique entre dans le cadre des 31 Affections Longue Durée retenues par le Code de la Sécurité Sociale.

Parallèlement, vous devez adresser une demande au médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie dont vous dépendez avec les derniers documents médicaux en votre possession (dernières analyses, derniers certificats de votre médecin). Ce médecin se mettra en rapport avec votre service de médecine du travail. Il est possible que la CPAM vous convoque pour un examen de contrôle avant de statuer. Aucun accord n'est possible sans l'avis favorable du médecin du travail et du médecin de la Sécurité Sociale.

#### ► LA POSITION DE VOTRE EMPLOYEUR

Votre employeur peut toujours refuser votre demande de temps partiel. Les employeurs n'ont aucune obligation légale à accepter de temps partiel thérapeutique. Il peut toujours invoquer des raisons économiques liées au fonctionnement du service auquel vous appartenez, la nécessité de devoir pallier l'augmentation de la charge de travail du fait de votre temps partiel. Dans ce cas, vous devez tenter tout d'abord de trouver un accord avec votre direction, en mettant notamment en avant votre attachement à votre entreprise et l'importance qu'a pour vous le fait de garder une activité professionnelle correspondant à vos qualifications. N'hésitez pas à faire appel aux services sociaux de votre entreprise s'ils existent ou à la médecine du travail : ils peuvent faire pression sur votre employeur. Vous pouvez également faire intervenir les syndicats, les délégués du personnel. Si vos démarches n'aboutissent pas, vous devrez alors envisager un congé longue durée, ce qui n'est pas à l'avantage de votre employeur (voir la fiche **Congé Longue Durée** \*). Les conventions collectives de votre secteur d'activité (code APE) peuvent vous renseigner utilement.

#### ► LES CONDITIONS DU TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

Si vous obtenez un mi-temps thérapeutique, vous continuez à bénéficier de vos 5 semaines de congés payés. Vous conservez la quasi-totalité de votre salaire excepté la prime d'assiduité. La moitié de votre salaire vous est versée par votre employeur, l'autre moitié sous forme d'indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale. Le mi-temps thérapeutique est accordé pour une durée maximale d'un an, non renouvelable. Au terme de cette année, vous devez pouvoir reprendre une activité professionnelle à temps plein. Si cela n'est pas possible, et si d'autres arrêts de travail sont envisagés, il conviendra probablement de vous orienter vers une solution différente (voir la fiche **Congé Longue Maladie** \*) telle que l'invalidité.

## Commentaire

La durée du mi-temps thérapeutique est actuellement de 12 mois, ce qui n'est pas suffisant pour un grand nombre de malades du sida. Car s'ils peuvent envisager aujourd'hui de reprendre une activité, ils n'ont pas toujours la santé suffisante pour la reprendre à temps plein. Il y a un temps pour la maladie. Il y a également un temps où on peut exercer une activité rédui-

---

te : ce temps doit correspondre à la réalité de la pathologie.  
Cette règle de un an maximum, non reconductible, est un handicap majeur dans une démarche de socialisation et ne favorise en aucune manière les nouveaux projets de carrière ou d'activité pour les personnes. Enfin, il est nécessaire de permettre aux malades d'entrer dans une entreprise directement en mi-temps thérapeutique. Pour l'heure, cela n'est pas possible. C'est pourquoi on ne peut pas considérer le mi-temps thérapeutique comme un véritable outil de retour progressif au travail pour les malades du sida.

## [ LE PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ - PACS ]

*Le pacte civil de solidarité (PaCS) est une convention qui peut être conclue par deux personnes physiques majeures, qu'elles soient hétérosexuelles ou homosexuelles, pour organiser leur vie commune. Les membres d'une même famille (parents/enfants, frères/soeurs, oncles/neveux) ne peuvent pas se pacser ; les personnes mariées ou en instance de divorce non plus. Une convention est obligatoire, mais son contenu pourra varier en fonction de ce que les partenaires voudront fixer à l'avance (lieu de résidence, liste des biens de chacun, sort des biens acquis après le PaCS).*

### ► ENREGISTREMENT DU PACS

Le pacte devra être signé devant le greffier du Tribunal d'Instance du lieu de résidence du couple. Deux originaux de la convention devront être joints, ainsi que les pièces d'état civil attestant qu'aucune des personnes n'est déjà mariée. La loi du 15 novembre 1999 exige que les personnes souhaitant se pacser se présentent ensemble et en personne au greffe du Tribunal d'Instance - sans possibilité de recourir à un mandataire - ce qui interdit purement et simplement aux personnes incarcérées ou hospitalisées de se pacser, alors même qu'elles peuvent se marier (Art. 75 du Code Civil). La chancellerie a promis de prendre une circulaire destinée à prévoir la possibilité pour les greffiers de se déplacer pour enregistrer un PaCS. Malheureusement, si certains greffiers disent accepter d'accomplir les formalités en dehors du tribunal en cas d'empêchement majeur, il n'existe toujours pas de texte émanant des pouvoirs publics qui les y oblige, et les personnes incarcérées ou hospitalisées se voient le plus généralement opposer une fin de non-recevoir. Cela est d'autant plus nécessaire qu'aucun recours n'est prévu par la loi, en cas de refus de la part du greffe d'enregistrer le pacte.

### ► LES DEVOIRS DES PACSÉ(E)S

La signature d'un PaCS a des conséquences juridiques. Les devoirs des partenaires sont à peu près les mêmes que ceux des époux dans le mariage. Ils se doivent assistance mutuelle et matérielle. Ils ont également des devoirs communs envers les tiers. Chaque partenaire est solidaire des dettes contractées par l'autre pour les dépenses courantes

### ► LES DROITS QU'OUVRE LE PACS

#### LES BIENS

Les usagers du PaCS sont soumis à un régime d'indivision particulièrement contraignant et complexe. En effet, si la loi permet aux partenaires pacsés d'écarter dans la convention de vie commune la présomption d'indivision que la loi fait peser sur les meubles meublants, tous les autres biens achetés postérieurement à la conclusion du pacte sont considérés comme indivis pour moitié chaque fois que les partenaires n'ont pas prévu « dans l'acte d'acquisition ou de souscription », d'écarter ce régime (art. 515-5 alinéa 2). L'indivision s'étendra de la sorte à la quasi-totalité des biens dont les pacsés pourraient faire l'acquisition, qu'il s'agisse d'un immeuble, d'une voiture, de parts de société ou simplement d'un CD, pour peu qu'elle n'ait pas été expressément exclue lors de l'achat.

Or même à supposer que les partenaires soient à ce point avertis et prévoyants, il leur sera souvent impossible d'écarter la présomption d'indivision, pour peu que l'acte d'acquisition se résume à un contrat-type ou mieux, à une facture...

#### LOGEMENT

Lorsque le titulaire du bail du logement décède ou quitte le domicile, le contrat de location est automatiquement transféré sur l'autre locataire.

#### TRAVAIL

La loi du 15 novembre 1999 a étendu aux pacsés le bénéfice de certaines dispositions du code du travail applicables aux conjoints.

Les partenaires peuvent bénéficier des même dates de départ en congés payés s'ils travaillent dans la même entreprise.

Les fonctionnaires peuvent demander une mutation pour suivre leur par-

tenaire.

En matière de congés pour événements familiaux, l'article L.226.1 du code du travail n'accorde de congé aux pacsés qu'en cas de décès du partenaire, alors que les couples mariés bénéficient de jours de congés en cas de naissance, d'adoption, de mariage ou de décès d'un enfant, et qu'en outre l'article 4 de la loi du 19 janvier 1978 leur accorde un congé d'une journée en cas de décès des beaux-parents.

En matière de congé d'adoption et de congé parental d'adoption (L.122-26 et L.122-28-1 du code du travail), la loi ne reconnaît aucun droit aux partenaires pacsés, seuls les conjoints ou une personne célibataire peuvent prétendre bénéficier des dispositions en vigueur.

Enfin le partenaire pacsé étranger ne pourra bénéficier d'un titre de séjour emportant autorisation de travail qu'après trois ans de vie commune sur le sol français (au mieux), conformément à la circulaire du ministère de l'intérieur en date du 10 décembre 1999.

#### DROITS SOCIAUX

Le PaCS permet un accès immédiat à l'assurance maladie et maternité pour le partenaire non assuré dès lors qu'il apporte la preuve qu'il est à la charge effective, totale et permanente de l'affilié. La démarche est à faire auprès des caisses de Sécurité sociale. Par contre, dès la signature du PaCS, le bénéfice des allocations soumises à condition de ressource est perdu (alors que les avantages fiscaux interviennent bien plus tard). C'est le cas de l'AAH par exemple. Il est donc impératif de prendre en considération tous ces paramètres avant de signer un PaCS.

L'allocation de parent isolé (API) : la signature d'un PaCS fait perdre le droit à l'allocation de parent isolé. En effet, pour les bénéficiaires de cette allocation, se pacser équivaut à se « dénoncer » soi-même comme étant non isolé.

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) : de même que pour l'allocation de parent isolé, le risque de perdre son AAH est important. En effet, les revenus du partenaire lié par un PaCS sont pris en compte dans la détermination des critères d'attribution. Or, le plafond pour un couple est actuellement de 7 252 F (1 105,56 Euros) de revenu mensuel, soit à peine plus d'un SMIC pour deux personnes. La signature du PaCS entraîne donc une baisse voire dans la plupart des cas la suppression de l'allocation.

Le revenu minimum d'insertion (RMI) : les allocataires du RMI, une fois pac-

sés passeront du RMI individuel de 2 608,50 F (3697,66 Euros) au RMI couple d'un montant de 3 912,75 F (501,06 Euros) soit une perte de 638F (97,26 Euros) par personne. Un RMIste qui se pacse avec une personne touchant plus de 3 500 F (533,57 Euros) par mois perdra l'intégralité de son RMI.

L'allocation de solidarité spécifique (ASS) : dès que l'un des membres du couple dispose d'un revenu mensuel supérieur à 6 013,70 F (916,78 Euros), l'allocation devient dégressive et disparaît lorsque l'ensemble des revenus du couple atteint la somme de 9 450,10 F (1440,66 Euros).

Accident, décès : même si sous certaines conditions, il est possible de percevoir le capital décès de la sécurité sociale lorsqu'on est pacsé. Il n'existe pas de droit à indemnité en cas d'accident mortel du travail, ni d'accès à la pension de réversion en cas de décès du partenaire.

La pension de réversion : les signataires d'un PaCS n'ont pas accès à la pension de réversion (allocation veuvage). Ils perdent également le bénéfice d'une éventuelle allocation veuvage liée à une précédente union.

#### SUCCESSION FISCALITÉ

Les partenaires déclarent leurs revenus en commun à partir de la troisième année de PaCS. Il est primordial de rappeler que le PaCS ne modifie en rien les règles de dévolution successorale. En effet, en l'absence de dispositions particulières prises par l'intéressé, la loi décide qui hérite et dans quelles proportions, favorisant clairement les liens du sang. Rien n'est transmis de droit au pacsé survivant. Il ne faut pas inscrire de dispositions testamentaires dans le contrat de PaCS. Par ailleurs, un testament est nul notamment lorsqu'il est cosigné par le destinataire des biens. Il faut donc que chacun des partenaires établisse son testament. Les avantages fiscaux conférés aux personnes pacsées sont inférieurs à ceux accordés aux époux :

- l'exonération d'impôt sur les legs et sur les donations s'élève à 375 000 F (57 168,38 Euros) pour les pacsés ;
- le conjoint survivant bénéficie au minimum d'1/4 du patrimoine du défunt en usufruit, alors qu'il n'est rien prévu de droit pour le pacsé.

Pour les donations entre partenaires, les sommes inférieures à 100 000 F (15 244,9 Euros) seront taxées à 40% puis à 50% pour le surplus (contre 60% pour l'ensemble avant le PaCS). Pour bénéficier de ces avantages sur

les donations et les successions, il faudra être pacsé depuis au moins 2 ans.

#### ► DROITS EXTRAPATRIMONIAUX

Le PaCS n'étant pas reconnu par les autres pays membres de l'Union européenne, aucune obligation de délivrance de titre de séjour ne leur incombe. Par ailleurs, le PaCS ne modifie pas l'état civil des partenaires. Ainsi les pacsés demeurent célibataires, ce qui entraîne plusieurs conséquences juridiques.

Il est impossible de choisir de porter le nom de son partenaire. Il n'existe pas de représentation légale entre les partenaires pour les actes de la vie civile.

Il est impossible de bénéficier de la protection octroyée par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme relatif à la sauvegarde de la vie familiale. Il est également impossible de bénéficier de la procédure de regroupement familial, de la protection contre l'expulsion du partenaire en situation irrégulière et, de manière générale, de bénéficier de l'ensemble des dispositions protectrices de la famille.

Il est impossible de faire – de son vivant – un don d'organe à son partenaire en cas d'urgence, comme la loi le permet pour le conjoint (article L. 671-3 du code de la santé publique).

Il est impossible d'être dispensé de prêter serment lorsqu'on est entendu en tant que témoin dans le cadre d'une procédure pénale impliquant son partenaire, alors que l'article 448 du code de procédure pénale le prévoit pour les époux, et cela même après le divorce.

En cas de décès, la famille conserve le droit de régler les funérailles sans tenir compte de la volonté du partenaire pacsé survivant (à moins que le défunt n'ait pris, de son vivant, des dispositions testamentaires dans ce sens).

#### ► RUPTURE DU PACS

Le pacte peut être rompu par la volonté des partenaires, de l'un d'entre eux, par décès ou mariage d'un des deux. Dans le cas d'une volonté commune de rupture, les partenaires font une déclaration conjointe au greffe du tribunal d'instance. Le PaCS prend alors fin dès enregistrement de la décision par le greffier.

Dans le cas d'une volonté d'un des partenaires, ce dernier la signifie par



écrit par voie d'huissier à son partenaire et en envoie une copie au greffier. Le pacte prend alors fin trois mois après cet envoi.

En cas de conflit, le litige est réglé par le juge aux affaires familiales (JAF).

#### ► LES DROITS DES PARTENAIRES ÉTRANGERS

Les circulaires d'application du PaCS, notamment celle du 10 décembre 1999 demandent trois ans de vie commune pour pouvoir bénéficier d'un titre de séjour. Pour obtenir un titre de séjour portant la mention « vie privée et familiale » ou tout au moins une carte de séjour salarié, le partenaire étranger pacsé doit pouvoir justifier de trois ans de vie commune.

En dépit d'une jurisprudence, qui permet d'apprécier les liens personnels que l'on a avec la France à travers ses liens affectifs avec un(e) citoyen(ne) français(e) hors du territoire national, la circulaire du 10 décembre 1999 restreint l'attribution d'un titre de séjour aux partenaires étrangers des couples résidant en France. Les visas délivrés aux étrangers pacsés avec un(e) citoyen(ne) français(e) et désirant le ou la rejoindre pour vivre ensemble en France sont des visas « long séjour », qui ne donnent pas le droit de travailler. La circulaire de juillet 2000 évoque le PaCS mais uniquement pour indiquer qu'il faut le prendre en compte. Le PaCS ne permet donc aucunement l'obtention d'un titre de séjour.

Bien que la loi sur le PaCS reconnaisse un statut légal au concubinage, la circulaire du 10 décembre 1999 permet aux préfetures de ne pas prendre en compte les éventuelles demandes de concubin(e)s homosexuel(le)s dont l'un(e) souhaite obtenir la délivrance d'un titre de séjour.

## Commentaire

Si l'existence du PaCS permet aujourd'hui de reconnaître l'union de

couples homosexuels, on peut néanmoins souligner les nombreux défauts de ce dispositif.

#### LES DIFFÉRENCES DE DÉLAIS ENTRE AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

Alors que les pacsés prennent le risque très fort de perdre une partie ou la totalité de leurs allocations dès la signature du PaCS, ils doivent attendre deux ou trois ans avant de pouvoir bénéficier de l'imposition commune ou des droits de succession. De plus, les pacsés n'obtiennent pas les mêmes droits que les mariés puisque les droits de succession qui leurs sont accordés sont inférieurs.

#### LA PERTE DES AVANTAGES SOCIAUX (VOIR CI-DESSUS)

Les pacsés ont de fortes chances de perdre leurs minima sociaux du fait que ces minima sont soumis aux ressources du conjoint. Il est indispensable que ces minima soient considérés comme des droits propres et soient donc individualiser.

#### LES DÉTENUS, PRIVÉS D'OFFICE DE PACS

Le fait qu'il faille habiter sous le même toit et se rendre ensemble au greffe du tribunal empêche d'office les détenus de pouvoir se pacser. Or, rien, dans le texte de loi, ne dit que les prisonniers sont déchus de leur droit de PaCS. Il s'agit d'une discrimination d'autant plus absurde que les détenus ont le droit de se marier en prison.

#### L'INTERDICTION D'ADOPTION ET DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

Le PaCS ne reconnaît pas l'homoparentalité. De ce fait, les personnes pacsées de même sexe n'ont pas le droit à l'adoption, pas plus qu'à l'insémination artificielle avec donneur anonyme ou le recours à des mères de substitution.

#### LE DROIT AU SÉJOUR ET L'ACQUISITION DE LA NATIONALITÉ FRANÇAISE

Le PaCS n'est pas une assurance de régularisation. C'est simplement un élément intervenant dans l'appréciation que fait le préfet de la vie privée du conjoint étranger. Il y a donc un risque quotidien que les couples de même sexe soient menacés de séparation par la reconduite à la frontière d'un des deux. Les partenaires pacsés, sans distinction de nationalité, doi-

---

vent être clairement mentionnés, dans une refonte de l'ordonnance du 2 novembre 1945, comme bénéficiaires des mesures permettant l'obtention d'un premier titre de séjour, de la carte de résident, de la naturalisation, au même titre que les conjoints.

Cette fiche a été rédigée à partir du 2ème Rapport de l'observatoire du PaCS, disponible à [obspace@chez.com](mailto:obspace@chez.com).

## [ PRESTATIONS FAMILIALES ]

*Les prestations familiales sont versées par les caisses d'allocations familiales (CAF). Vous avez droit à ces prestations si vous avez un ou plusieurs enfants à charge, si vous résidez en France et si vous remplissez les conditions propres à chaque prestation.*

Elles sont versées tous les mois, elles sont dues à partir du 1er jour du mois civil qui suit celui au cours duquel les conditions pour les obtenir sont remplies. Toutes les démarches pour obtenir ces prestations sont à faire auprès des CAF. N'hésitez pas à faire connaître vos changements de situation, qui peuvent modifier votre droit à certaines prestations.

### ► ALLOCATION POUR JEUNE ENFANT (APJE)

En bénéficient :

- les femmes enceintes,
- les personnes assumant la charge de l'enfant.

L'allocation est versée du 1er jour du mois civil suivant le troisième mois de grossesse aux 3 ans de l'enfant.

Plafond de ressources annuel en métropole (au 1er juillet 2000) :

- 1 revenu, 1 enfant : 111 810 F (17 045,32 Euros)
- 2 revenus ou allocataire isolé, 1 enfant : 147 761 F (22 526,02 Euros)
- 1 revenu, 2 enfants : 134 172 F (20 454,39 Euros)
- 2 revenus ou allocataire isolé, 2 enfants : 170 123 F (25 935,08 Euros)
- par enfant supplémentaire à partir du 3ème : 26 834 F (4 090,82 Euros)

Montant par mois : 1 009 F (153,82 Euros) par enfant de moins de 3 mois.

L'APJE maintenue jusqu'aux 3 ans de l'enfant n'est versée qu'une fois par famille (sauf en cas de naissances multiples).

### ► ALLOCATIONS FAMILIALES

En bénéficient les personnes ayant la charge d'au moins 2 enfants qui n'ont pas dépassé la limite d'âge (18 ans pour les jeunes à charge non salariés ; 20 ans pour les jeunes en formation, poursuivant leurs études ou malades) et qui ne perçoivent pas une rémunération supérieure à 55% du SMIC. Il n'y a aucun plafond de ressources pour les allocations familiales.

Montant par mois (au 1er juillet 2001) :

- 2 enfants : 703 F (107,17 Euros)
- 3 enfants : 1 603 F (244,38 Euros)
- 4 enfants : 2 504 F (381,73 Euros)
- par enfant supplémentaire : 901 F (137,36 Euros)

Majoration par enfant de plus de 11 ans : 198 F (30,18 Euros) par mois

Majoration par enfant de plus de 16 ans : 351 F (53,51 Euros) par mois

#### A T T E N T I O N

S vous n'avez que deux enfants à charge, vous ne recevrez pas de majoration pour l'aîné.

Les allocations sont dues à compter du mois civil qui suit la naissance ou l'accueil du 2ème enfant. Leur versement cesse dès le mois où les conditions ne sont plus remplies.

#### ► COMPLÉMENT FAMILIAL

En bénéficient les personnes ayant la charge d'au moins 3 enfants âgés de 3 ans et plus. Le plafond de ressources est identique à celui de l'allocation pour jeune enfant (APJE). Le montant par mois est 915 F (139,49 Euros). Le complément familial ne peut se cumuler ni avec l'Allocation Parentale d'Education (APE) ni avec l'allocation pour jeune enfant (APJE) (sauf pendant la période de grossesse).

#### ► ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL

En bénéficient les personnes vivant seul(e) et ayant la charge effective et permanente d'un enfant orphelin ou abandonné par l'un ou les deux de ses parents. Il n'y a aucun plafond de ressources. Montant par mois :

- 659 F (100,46 Euros) si l'enfant est orphelin de père et de mère ;
- 494 F (75,31 Euros) si l'enfant est orphelin de père ou de mère.

#### ► ALLOCATION DE PARENT ISOLÉ

En bénéficient les personnes isolées assumant la charge d'un ou plusieurs enfants ainsi que les femmes enceintes vivant seule ou chez leurs parents. La notion d'isolement a été précisée par de nombreuses circulaires (notamment CNAF, 25-92 du 23 mars 1992) : l'allocataire qui vit avec une personne de même sexe est considéré comme seul.

Elle est versée pendant un an ou jusqu'aux 3 ans du dernier enfant.  
Montant par mois :

- femme enceinte sans enfant : 3 295 F (502,32 Euros) par mois ;
- parent isolé, 1 enfant à charge : 4 393 F (669,71 Euros) par mois ;
- par enfant supplémentaire : 1 098 F (167,38 Euros) par mois.

► **ALLOCATION PARENTALE D'ÉDUCATION (APE).**

En bénéficient les personnes sans activité professionnelle ou exerçant une activité à temps partiel ayant au moins 2 enfants à charge dont un de moins de 3 ans. Ces personnes doivent justifier d'une activité professionnelle antérieure. La durée de cette activité est appréciée différemment selon que cette allocation est demandée au titre d'un deuxième ou du troisième enfant à charge (renseignez-vous auprès des CAF). On ne peut pas cumuler l'APE avec le complément familial. Elle peut être cumulée avec une allocation pour jeune enfant, mais elle sera alors à taux partiel. Montant par mois :

- 3 115,35 F (477,32 Euros) lorsqu'elle est versée à taux plein, c'est à dire, aux personnes qui ont cessé toute activité professionnelle ;
- 2 071 F (315,72 Euros) si l'activité exercée par le demandeur est au plus égale à 50% de la durée légale du temps de travail ;
- 1 566 F (238,74 Euros) si l'activité exercée ou la formation rémunérée est comprise entre 50 et 80% de la durée légale du temps de travail.

► **ALLOCATION D'ADOPTION**

En bénéficient les ménages ou personnes seules qui adoptent un enfant ou accueillent un enfant en vue de son adoption. L'adoption ou l'accueil doivent se faire selon les règles légales en vigueur. Le plafond de ressource annuel est identique à celui pour l'allocation pour jeune enfant (APJE). Montant par mois : 1 009 F (153,82 Euros). L'allocation est versée pendant 6 mois. Une allocation est versée pour chaque enfant y ouvrant droit.

## [ PRUD'HOMMES ]

*Le Conseil des prud'hommes est le tribunal chargé de trancher les litiges qui opposent employeurs et salariés. Ces litiges doivent être individuels (pour les litiges liés par exemple à des grèves, c'est le Tribunal de Grande Instance qui est compétent).*

Les jugements du Conseil des prud'hommes concernent essentiellement des ruptures de contrats (sur lesquelles l'employeur et le salarié sont en désaccord) ou des paiements (sur lesquels le salarié se considère lésé). Le recours au prud'hommes peut également concerner des vices de procédures lors de licenciements. Pour saisir le Conseil des prud'hommes, il faut donc qu'il y ait :

- un contrat de travail (CDI, CDD, contrat d'apprentissage, CES...) ;
- une rémunération ;
- un intérêt privé, motif du désaccord.

Les jugements des prud'hommes portent donc en principe sur des réparations financières. Il peut également porter sur des réintégrations professionnelles.

Les Conseils sont constitués de membres élus ; le nombre des représentants élus par les employeurs est égal à celui de ceux élus par les salariés. Leur mandat est de 5 ans.

### ► LA PROCÉDURE DEVANT LE CONSEIL DES PRUD'HOMMES

#### LA PRÉSENCE AUX AUDIENCES

En principe, toute personne portant plainte devant les prud'hommes doit se rendre aux convocations du Conseil. Il en est de même du défendeur (celui contre qui la plainte est portée). Le demandeur comme le défendeur peuvent se faire assister et/ou représenter. Un salarié peut être assisté ou représenté par :

- un salarié de la même branche d'activité ;
- un délégué syndical ;
- un avocat ;

- le conjoint.

Un employeur peut être assisté ou représenté par le même type de personnes ou par n'importe quel membre de son entreprise. Cela dit, si une partie ne se présente pas à l'audience, il lui faut pouvoir présenter une raison valable, sans quoi cette absence jouera en sa défaveur.

#### LA JURIDICTION COMPÉTENTE

Le salarié peut saisir, en fonction de son intérêt :

- le Conseil du lieu de l'établissement (entreprise, bureau, boutique...) ;
- le Conseil de son lieu de domicile si le travail est effectué hors de l'établissement (VRP, routier) ;
- le Conseil du siège social de l'entreprise ;

Si c'est l'employeur qui porte plainte, il peut choisir :

- le Conseil du lieu de l'établissement lorsque l'employé travaillait dans cet établissement ;
- le Conseil du lieu de domicile de l'employé si celui-ci travaillait hors de l'établissement.

#### LES FORMALITÉS

C'est le greffe du Conseil des prud'hommes qui reçoit les demandes, convoque les parties et fait connaître les jugements. Vous devez donc adresser votre plainte au greffier du Conseil, par lettre recommandée avec accusé de réception. Vous pouvez également vous rendre directement au greffe. Vous vous verrez remettre alors un imprimé type d'introduction de demande. Pour un salarié comme pour un employeur, la demande devra comporter :

- les nom, prénoms, adresse et profession ;
- le nom de l'adversaire (la raison sociale si c'est une société) ;
- la profession et l'adresse de l'adversaire ;
- le code NAF qui figure sur les bulletins de paie ;
- l'objet du litige et le détail chiffré de la demande (rappel de salaires, indemnité de congés payés non versées, indemnité pour licenciement sans cause réelle et sérieuse etc.). Cet objet doit être chiffré.

Une copie de la demande sera adressée au défendeur.

Toute plainte devant les prud'hommes suit un cheminement précis et obligatoire : d'abord tentative de conciliation des deux parties ; puis, si elle a échoué, jugement du Conseil. Ce jugement peut faire l'objet d'appel ou



de pourvoi en cassation.

#### ► LA CONCILIATION

C'est une étape obligatoire (sauf pour quelques cas particuliers comme la demande de requalification d'un CDD en CDI). Si le jour de la convocation pour l'audience visant à la conciliation, celui qui porte plainte ne se présente pas, sa plainte sera considérée comme abandonnée. Mais il aura la possibilité de porter une nouvelle plainte pour le même litige. Il ne peut le faire qu'une seule fois. Si c'est le défendeur qui ne se présente pas à cette audience, le conseil se réunit quand même. Durant cette audience de conciliation, les conseillers du Conseil des prud'hommes écoutent les deux parties et tentent de trouver une solution amiable en posant des questions et en vérifiant les documents produits. Ces conseillers font donc une proposition aux deux parties. Si les deux parties ne sont pas satisfaites et qu'aucun accord n'est trouvé, il y aura jugement du Conseil des prud'hommes lors d'une autre audience. Si les deux parties trouvent un terrain d'entente et si la conciliation est totale, un procès verbal est dressé qui notifie les modalités de cet accord. Celui-ci a autorité de la chose jugée et est exécutoire immédiatement. S'il n'y a qu'une conciliation partielle, les points de contestation sont notifiés dans un procès verbal et l'affaire est renvoyée devant le bureau de jugement. Le bureau de conciliation peut prendre des mesures provisoires telles que :

- contraindre l'employeur à remettre au salarié certains documents comme des certificats de travail, des bulletins de paie, etc.
- contraindre l'employeur à verser des provisions sur salaires ou indemnités de congés payés.

#### ► LE JUGEMENT

En cas d'échec de la conciliation, le litige passe donc en jugement. La convocation est envoyée en recommandé par le greffier du Conseil aux deux parties. Le salarié peut se faire représenter à titre gracieux par une autre personne (syndicaliste, collègue...) ou comparaître seul. L'assistance d'un avocat est coûteuse. Elle n'est pas obligatoire. Il est néanmoins conseillé de se faire assister de quelqu'un de compétent (se renseigner auprès des syndicats).

Aucune pièce présentée au jugement ne pourra être prise en compte si le défendeur n'en avait pas eu connaissance dans des délais suffisants.

Toutes les pièces qu'un demandeur utilise dans sa plainte doivent donc avoir été communiquées auparavant en copie au défendeur. Si elles sont dans la demande initiale, le greffe du Conseil les lui aura communiquées. Si elles ne figurent pas dans la demande, c'est au demandeur d'en envoyer copie au défendeur. Le jugement sera ensuite notifié aux deux parties par lettre recommandée avec accusé de réception. Dans cette lettre, le délai d'appel est également clairement indiqué. Ce délai commence à la réception de la lettre par le destinataire.

#### ► LES VOIES DE RECOURS

##### L'APPEL

Toute partie condamnée ou déboutée en première instance peut faire appel du jugement devant la chambre sociale de la Cour d'Appel dont dépend le Conseil des prud'hommes qui a rendu le jugement.

Vous devez faire appel dans un délai d'un mois après l'énoncé du jugement. L'appel n'est possible que lorsque la demande évalue le litige à au moins 22 500 F. Cet appel suspend l'exécution du jugement.

L'appel doit être adressé par lettre recommandée au secrétariat du conseil de prud'hommes qui a rendu la décision.

##### LA CASSATION

Si le jugement en appel ne satisfait pas l'une des deux parties, la cassation est encore possible. Mais la demande de cassation n'est recevable que si elle fait valoir la violation de la loi, l'excès de pouvoir, l'incompétence, l'inobservation des formes ou le manque de base légale. Les délais pour se pourvoir devant la cour de cassation sont de deux mois après l'énoncé du jugement en appel. Le ministère d'avocat est obligatoire. Vous devez vous adresser à un avocat au Conseil. Attention, les frais sont assez élevés.