

JOURNAL DE MEDECINE LEGALE DROIT MEDICAL VICTIMOLOGIE DOMMAGE CORPOREL

Expertise - Déontologie - Urgences

JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE

**NUMÉRO SPÉCIAL
DOMMAGE CORPOREL
Handicap et Maladies professionnelles**

**SPECIAL ISSUE
BODILY DAMAGE
Disability and Occupational Diseases**

Fondateur : † Pr. Louis Roche / Lyon



Éditions
ALEXANDRE
LACASSAGNE



ISBN 978-2-7472-1742-2



9 782747 217422



Diffusion
ESKA

Publication bimestrielle

Journal de médecine légale droit médical

Journal of Forensic Medicine

Une revue des Éditions ESKA – Éditions ALEXANDRE LACASSAGNE
Fondateur / Founder : Pr Louis ROCHE †

SÉRIE BIMESTRIELLE • N° 5-6-7-8 • 2009

Rédaction – Édition – Diffusion : Éditions ESKA, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS
Directeur de publication : Serge KEBABTCHIEFF

Commission paritaire : n° 0412 T 81816 – ISSN 0999-9809 – ISBN 978-2-7472-1742-2

© 2010, Editions ESKA

**Organe officiel de la Société de Médecine légale et de Criminologie de France
(1957-2009)**

Official Organ of the French Society of Forensic Medicine and Criminology

45, rue des Saints-Pères – 75006 PARIS

Comité de publication

Publication Committee

Pr Michel BÉNÉZECH

Coordinateur de la partie
PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE
ET CRIMINOLOGIE

Pr Philippe DE MAZANCOURT

Coordinateur de la partie GÉNÉTIQUE

Pr Valéry HÉDOUIN

Coordinateur de la partie
MÉDECINE LÉGALE CLINIQUE

**Pr Geoffroy LORIN DE
LA GRANDMAISON**

Coordinateur de la partie
THANATOLOGIE

Pr Daniel MALICIER

RÉDACTEUR EN CHEF
CHARGÉ DE L'INTERNATIONAL

Comité scientifique

Scientific Committee

P. ADALIAN (Marseille), J.-P. BEAUTHIER (Belgique), A. BLANC (Toulouse), D. BOTTER (Hollande), J. BRUZEK (Talence), T. CASPER (Montpellier), E. CUNHA (Portugal), P.-A. DELPLA (Toulouse), P. FORNES (Paris), S. GROMB (Bordeaux), V. HÉDOUIN (Lille), C. HERVÉ (Paris), G. LEONETTI (Marseille), B. LUDES (Strasbourg), C. MANAOUIL (Amiens), E. MARGUERITE (Montpellier), L. MARTRILLE (Montpellier), G. MOUTEL (Paris), F. PARAF (Limoges), C. ROUGÉ-MAILLART (Angers), O. SAUTEL (Saint-Christol-les-Alés), A. SCHMITT (Talence), F. SPORKERT (Suisse), N. TELMON (Toulouse), A. TRACQUI (Strasbourg), A. ZERILLI (Brest).

• Les articles publiés dans le **Journal de Médecine Légale Droit Médical** n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

The Journal of Forensic Medicine does not assume responsibility for the articles which are published under the sole responsibility of the authors.

Secrétariat de Rédaction et de Fabrication

Éditions AGPA

Marise URBANO
4, rue Camélinat
42000 SAINT-ÉTIENNE
Tél. : 04 77 43 26 70
Fax : 04 77 41 85 04

Abonnements et Ventes

 **Éditions
ESKA**

12, rue du Quatre-Septembre
75002 PARIS
Tél. : 01 42 86 55 65
Fax : 01 42 60 45 35

<http://www.eska.fr>



• Les sommaires du **Journal de Médecine Légale Droit Médical** sont reproduits dans les « CURRENT CONTENTS » (Clinical Practice and Scientific and Technical Proceedings) dans MEDEXPRESS, et EMBASE.

The contents of the Journal of Forensic Medicine are reproduced in the "CURRENT CONTENTS" (Clinical Practice and Scientific and Technical Proceedings) in MEDEXPRESS and EMBASE / Excerpta.

Tarifs

Voir p. 126

SOMMAIRE — CONTENTS

Journal de Médecine Légale Droit Médical
Journal of Forensic Medicine

2009 – VOL. 52 – N° 5-6-7-8

NUMÉRO SPÉCIAL
DOMMAGE CORPOREL
Handicap et Maladies professionnelles

SPECIAL ISSUE
BODILY DAMAGE
Disability and Occupational Diseases

La prise en charge sociale des handicapés. V. Dang Vu.....	127
<i>Social care of the disabled</i>	
Les prestations sociales offertes aux handicapés. V. Dang Vu.....	159
<i>Allowances proposed to the disabled</i>	
Les maladies professionnelles. V. Dang Vu	213
<i>Occupational diseases</i>	

Bulletin d'abonnement 2010 / *Subscription form 2010*, 126

Recommandations aux auteurs / *Instructions to Authors*, couv. 3

ABONNEMENTS / SUBSCRIPTIONS 2010

UN AN / ANNUAL SUBSCRIPTION	FRANCE		ÉTRANGER / CEE		TARIF ÉTUDIANT
	Normal	Institution	Normal	Institution	
Journal de Médecine Légale Droit Médical (8 N°s) <i>Journal of Forensic Medicine</i>	246 €	307 €	295 €	356 €	152 €
Journal d'Économie Médicale (8 N°s)	191 €	236 €	228 €	277 €	117 €
Journal International de Bioéthique (4 N°s) <i>International Journal of Bioethics</i>	138 €	172 €	166 €	199 €	—

Nom / Name Prénom / First name

Adresse / Address

Code postal / Zip cod Ville / Town

Pays / Country

Je désire m'abonner à la revue de / I wish to subscribe to

« Journal de Médecine Légale Droit Médical » (bilingue)

« Journal d'Économie Médicale »

« Journal International de Bioéthique » (bilingue)

Nombre d'abonnements

Ci-joint la somme de / Please find enclosed the sum of €

Number of subscriptions à l'ordre des Éditions ESKA / made payable to Éditions ESKA

(Une facture vous sera retournée comme justificatif de votre paiement).

(An invoice will be sent to you to acknowledge payment).

Bulletin à retourner avec votre paiement à / Return your order and payment to :
Éditions ESKA, bureaux et ventes, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS FRANCE

La prise en charge sociale des handicapés

Vincent DANG VU¹

RÉSUMÉ

La prise en charge sociale des handicapés se base sur la loi du 11.02.05. Cette prise en charge se fait par l’intermédiaire de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Les décisions de prise en charge sont prises par la Commission des Droits et de l’Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

L’équipe pluridisciplinaire au sein de la MDPH propose un plan de compensation de la personne handicapée.

Mots-clés : Loi du 11.02.05, Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), Commission des Droits et de l’Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), Association Nationale de GEstion des Fonds pour l’Insertion Professionnelle des personnes Handicapées (AGEFIPH).

SUMMARY

Social care of the disabled

Social care for the disabled is based on the law of 11.02.05. It is implemented by the MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées – Regional Centre for Disabled Persons). Decisions about care are made by the CDAPH (Commission des Droits et de l’Autonomie des Personnes Handicapées – Commission for the Rights and the Autonomy of Disabled Persons).

The multidisciplinary team within the MDPH proposes a compensation plan for the disabled person.

Keywords: Law of 11.02.05, MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées – Regional Centre for Disabled Persons), CDAPH (Commission des Droits et de l’Autonomie des Personnes Handicapées – Commission for the Rights and the Autonomy of Disabled Persons), AGEFIPH (Association Nationale de GEstion des Fonds pour l’Insertion Professionnelle des personnes Handicapées – National Fund Management Association for the Professional Integration of Disabled Persons).

1. Ancien interne des Hôpitaux de Nancy, Ancien Assistant chef de clinique.
Rhumatologie – Radiologie osseuse – Electromyographie.
Adresse : 17, Grande allée de la Faisanderie, 77185 Lognes, France.

A. LA LOI DU 11 FÉVRIER 2005

1. Les principes de la loi

Comme le titre exact de la loi l'indique : loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées (parue au Journal officiel de la République Française du 12.02.05), son but est d'aboutir à une meilleure intégration sociale des personnes handicapées.

Les principes de cette loi visent tous ce but :

La reconnaissance du handicapé comme une personne et citoyen à part entière.

Le droit à compensation pour tout handicapé.

L'installation de la personne handicapée au centre des dispositions qui la concernent avec la création d'un guichet unique de la maison départementale des personnes handicapées.

Les moyens mis en place sont à la fois financiers, par la délivrance d'une allocation adulte handicapé, la délivrance d'une prestation de compensation du handicap, et en nature par une plus forte incitation à l'embauche et une proximité de l'accueil grâce à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Pour mieux asseoir encore sa légitimité, la loi du 11 février 2005 a été introduite dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Pour la première fois on définit le handicap, en énonçant que « constitue un handicap toute restriction de participation à la vie en société » (article L.114 du CASF).

Le fondement de la loi est la reconnaissance de la personne handicapée comme une personne, un citoyen à part entière, ce qui peut paraître évident. Mais la loi précédente concernant les personnes handicapées du 30.06.1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées privilégiait plutôt la conception d'un statut spécial attribué aux personnes handicapées.

Cette loi du 30 juin 1975 reconnaissait « le handicap comme une réalité qui impose une charge à la société » et prévoyait ainsi une éducation spéciale pour les enfants, un statut de travailleur handicapé pour les personnes handicapées majeures, des prestations spéciales, des établissements spécifiques...

Ce statut de personnes handicapées leur conférait des droits mais aboutissait également à un effet pervers, une certaine stigmatisation du handicap voire une exclusion par une protection affichée des personnes handicapées.

Cette pleine citoyenneté des personnes handicapées doit les faire considérer comme partie intégrante de la société comme des personnes ordinaires.

Le deuxième pilier de la loi repose sur le « droit à compensation pour toute personne handicapée ». En effet « la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap » (article L.114-1-1 du CASF).

L'article 1^{er} du 4 mars 2002 inscrit dans l'article L.114-5 du CASF précisait que la compensation relevait de la solidarité nationale.

Ce droit à la compensation s'arc-bouté sur le fait que toute personne handicapée est un citoyen à part entière et qu'il a donc les mêmes droits que tout autre citoyen. Cette égalité des droits n'est possible que par l'intervention de la solidarité nationale qui permettra donc à la personne handicapée de s'accomplir en tant que citoyen. Cette compensation des conséquences du handicap de la personne et un revenu d'existence garantiront aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie. Ce projet de vie sera établi par une équipe pluridisciplinaire de la maison départementale de personnes handicapées (MDPH) avec rédaction d'un plan personnalisé de compensation du handicap.

On arrive ainsi au troisième fondement de cette loi qui vise à placer l'handicapé au centre des dispositions qui le concernent avec création d'un guichet unique d'accueil et d'informations des personnes handicapées, d'évaluation de leur besoin et de reconnaissance de leurs droits : la MDPH.

2. Les moyens de la citoyenneté

Ils passent par une meilleure intégration à la vie sociale en permettant « l'accès aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et le maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie » (article L.114-2 du CASF).

— La scolarité

La scolarisation en milieu ordinaire reste la priorité bien que le projet de vie puisse conduire à inscrire l'enfant dans un établissement spécialisé.

— Le renforcement de l'accessibilité aux bâtiments et aux transports

En effet, si les personnes handicapées ne peuvent accéder aux différents lieux de la vie sociale (école, travail, loisirs...) elles deviennent confinées chez elles et

invisibles aux autres, ce qui crée une distance entre elles et le reste de la société.

Ainsi l'accessibilité dans les transports et tous les bâtiments recevant le public qu'ils soient neufs ou anciens est promise d'ici à 2013.

— L'emploi

La priorité au travail en milieu ordinaire se fait en misant sur l'incitation des employeurs à l'embauche. Cette incitation se fait par un renforcement des sanctions. Ainsi la loi du 11 février 2005 renforce l'obligation de personnes handicapées avec un quota de 6 % minimal dans les entreprises de plus de 20 salariés.

Les entreprises qui ne respectaient pas cette obligation légale devaient verser une contribution amende à l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH).

A compter du 1^{er} janvier 2006, la sanction est portée à 4.962 € et lorsque le non respect de l'obligation dure 3 ans, la contribution passe à plus de 12.000 €. Ce dispositif avec ce quota de 6 % est étendu aux employeurs publics. Il s'agit à ce titre d'une discrimination positive basée sur une incitation à l'embauche. L'employeur peut d'autre part obtenir un financement de l'AGEFIPH pour des dépenses d'aménagement de poste lors de l'embauche d'un salarié handicapé.

— Les ressources

Elles sont constituées par l'allocation aux handicapés, revenu versé par l'Etat aux personnes handicapées ayant de faibles ressources et les moyens financiers de la compensation du handicap :

- L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est constituée par un revenu maximal de 652,60 € au 01-09-2008 versé tous les mois par l'Etat aux personnes handicapées ayant de faibles ressources. La personne handicapée doit avoir plus de 16 ans, il faut justifier d'un taux d'incapacité permanente égal au moins à 80 %. Il est possible de bénéficier de cette AAH pour un taux compris entre 50 et 79 % si la personne est reconnue dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle et qu'elle n'a pas travaillé depuis au moins un an. L'AAH est soumise à des conditions de ressources : par exemple, une personne célibataire doit avoir perçu au 01-09-2008 un revenu inférieur à 7.831,20 € par an.

- Les compléments de l'AAH

Les personnes handicapées peuvent bénéficier de compléments de l'AAH sous forme de deux prestations non cumulables :

- le complément de ressources de 179,31 € par mois au 01-09-2008 destiné aux personnes handicapées qui ne peuvent pas travailler et
- la majoration pour la vie autonome d'un montant de 104,77 € au 01-09-2008 pour compenser les dépenses d'aménagement du logement liées au handicap.

3. Les moyens financiers de la compensation

Comme nous l'avons déjà écrit toute personne handicapée a le droit à la compensation des conséquences de son handicap.

Une équipe pluridisciplinaire au sein de la MDPH établit pour chaque personne handicapée un plan personnalisé des compensations du handicap fondé sur le projet de vie.

Une prestation de compensation du handicap vise alors à couvrir les surcoûts de ce handicap. Il s'agit d'octroyer une compensation financière des charges liées à 5 types d'aides.

- aide humaine (auxiliaire de vie)
- aide technique pour la partie non prise en charge par la sécurité sociale (fauteuil roulant, lève personne...)
- aide visant à l'aménagement du logement ou du véhicule
- aide visant à l'acquisition ou l'entretien de produits liés au handicap
- aide spécifique (aide animalière...).

Le montant des aides varie en fonction des revenus. La personne handicapée a droit aux aides maximales lorsque ses ressources ne dépassent pas 23.571 € par an. Au-delà, elle perçoit 80 % des montants maximaux de la prestation de compensation.

4. Les nouvelles structures de prise en charge

La loi prévoit l'instauration d'un nouveau dispositif permettant l'accueil, l'information, l'évaluation des besoins, la reconnaissance des droits des personnes handicapées.

Il s'agit de la M.D.P.H. (article L.146-3 du CASF) « guichet unique » qui fournira l'accueil, l'information, le conseil dans un premier temps que nécessite la personne handicapée. La MDPH participe à l'élaboration

du projet de vie d'une personne handicapée grâce à une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels médicaux, paramédicaux disposant de compétences en psychologie, en travail social, en formation scolaire et universitaire, en emploi et en formation professionnelle. Cette équipe étudiera le cas de chaque personne handicapée avec celle-ci et élaborera, si besoin, en fonction de son projet de vie, plutôt qu'à travers un taux ou une grille d'évaluation comme cela se faisait jusqu'ici.

La MDPH héberge également la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDPH) qui prend toute les décisions relatives aux droits des personnes handicapées, en particulier l'évaluation de l'incapacité ou encore la reconnaissance de la qualité des travailleurs handicapés. A ce titre, elle remplace l'ancienne COTOREP.

a. La Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H.)

Les MDPH sont créées et placées sous l'autorité du président du Conseil général.

Elles sont chargées de l'accueil, de l'information, de l'accompagnement et du conseil à la personne handicapée et à sa famille, elles aident à la définition du projet de vie de la personne handicapée.

Le conseil général est le chef de file de la Maison départementale des personnes handicapées qui est un GIP (Groupement d'Intérêt Public). Il en assure la tutelle administrative et financière.

Le président du conseil général préside la commission exécutive dans laquelle le conseil général détient 50 % des postes, les associations des personnes handicapées : 25 %, l'Etat et les organismes de Sécurité Sociale : 25 %.

Le département devient ainsi le chef de file de la prise en charge des personnes handicapées.

A titre d'exemple la MDPH de Seine et Marne reçoit chaque mois plus de 1.000 dossiers. Ceci explique, que en général, qu'elle ne fait qu'examiner les dossiers et ne convoque pas les malades.

« Art.L.146-3 du Code de l'action sociale et de familles – Afin d'offrir un accès unique aux droits et prestations mentionnées aux articles L241-3, L241-3-1 et L.245-1 à L245-11 du présent Code de l'action sociale et de familles et aux articles L418-8-3, L 432-9, L541-1, L821-1 et L821-2 du Code de la sécurité sociale, à

toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services ainsi que de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille, il est créé dans chaque département une maison départementale des personnes handicapées. »

« La maison départementale des personnes handicapées exerce une mission d'accueil d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Elle met en place et organise le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L.146-8, de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prévue à l'article L.146-9, de la procédure de conciliation interne prévue à l'article L.146-10 et désigne la personne référente mentionnée à l'article L.146-13. La maison départementale des personnes handicapées assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. Elle met en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap. »

« Pour l'exercice des ses missions, la maison départementale des personnes handicapées peut s'appuyer sur des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ou des organismes assurant des services d'évaluation et d'accompagnement des besoins des personnes handicapées avec lesquels elle passe convention. »

« La maison départementale des personnes handicapées organise des actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux concernant des personnes handicapées. »

« Un référent pour l'insertion professionnelle est désigné au sein de chaque maison départementale des personnes handicapées ». »

« Chaque maison départementale recueille et transmet les données mentionnées à l'article L.247-2, ainsi que les données relatives aux suites réservées aux orientations prononcées par la commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées, notamment auprès des établissements et services susceptibles d'accueillir ou d'accompagner les personnes concernées. »

« Art. L.164-4 du Code de l'action sociale et de familles – La maison départementale des personnes han-

dicapées est un groupement d'intérêt public, dont le département assure la tutelle administrative et financière. »

« Le département, l'Etat et les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général de Sécurité sociale définis aux articles L.211-1 et L.212-1 du Code de la sécurité sociale sont les membres de droit de ce groupement. ».

« D'autres personnes morales peuvent demander à en être membres, notamment les personnes morales représentant les organismes gestionnaires d'établissements ou de services destinés aux personnes handicapées, celles assurant une mission de coordination en leur faveur et les autres personnes morales participant au financement du fonds départemental de compensation prévu par l'article L.146-5 du présent code du Code de l'action sociale et de familles. »

« La convention constitutive du groupement précise notamment les modalités d'adhésion et de retrait des membres et la nature des concours apportés par eux. »

« A défaut de signature de la convention constitutive du 1^{er} janvier 2006 par l'ensemble des membres prévus au 1^o et 3^o ci-dessus, le président du conseil général peut décider l'entrée en vigueur de la convention entre une partie seulement desdits membres. En cas de carence de ce dernier, le représentant de l'Etat dans le département arrête le contenu de la convention constitutive conformément aux dispositions d'une convention de base définie par décret en Conseil d'état. »

En cas de carence de la constitution d'un groupement d'intérêt public (GIP) de la part du président du Conseil général, le préfet arrête le contenu de la convention constitutive conformément aux dispositions d'une convention de base.

Des transferts de moyens doivent être opérés vers le département.

Art.R.146-16 du Code de l'action sociale et de familles – La convention constitutive du groupement d'intérêt public dénommé « maison départementale des personnes handicapées » est conclue entre les membres de droits désignés au deuxième alinéa de l'article L.146-4 et, le cas échéant, les personnes morales mentionnées au troisième alinéa du même article qui souhaitent participer à ce groupement. Cependant, en application du quinzième alinéa du même article, le groupement peut être initialement constitué alors même que certains membres de droit n'y seraient pas partie.

« La convention constitutive est approuvée par arrêté du président du conseil général.

« Le groupement d'intérêt public jouit de la personnalité morale à compter de la publication au Recueil des actes administratifs du département de cet arrêté accompagné d'extraits de la convention mentionnant obligatoirement :

- 1^o la dénomination et l'objet du groupement,
- 2^o l'identité de ses membres fondateurs,
- 3^o le siège du groupement.

« Les modifications de la convention constitutive font l'objet d'une approbation et d'une publication dans les mêmes conditions. »

Art R. 146-17 du Code de l'action sociale et de familles – La convention constitutive comporte obligatoirement les stipulations suivantes :

- 1^o désignation et objet du groupement,
- 2^o désignation des membres,
- 3^o conditions d'adhésion de nouveaux membres et de retrait ou d'exclusion des membres, à l'exclusion des membres de droit,
- 4^o fixation du siège et du lieu physique d'implantation de la maison départementale des personnes handicapées,
- 5^o nature et montant des concours des membres du groupement à son fonctionnement,
- 6^o mission du directeur,
- 7^o personnel du groupement,
- 8^o procédure de préparation, d'approbation et d'exécution du budget.

« Les membres du groupement participent au fonctionnement de la maison départementale en mettant à sa disposition des moyens sous forme de contributions en nature, en personnels ou financières.

« Le personnel de la maison départementale des personnes handicapées comprend :

- 1^o des personnels mis à disposition par les parties à la convention constitutive,
- 2^o le cas échéant, des fonctionnaires régis par le statut général de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, placés en détachement,
- 3^o le cas échéant, des agents contractuels de droit public, recrutés par la maison départementale des personnes handicapées, et soumis aux dispositions

applicables aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale,

4° le cas échéant, des agents contractuels de droit privé, recrutés par la maison départementale des personnes handicapées. »

« Art. L.146-7 du Code de l'action sociale et de familles – La maison départementale des personnes handicapées met à disposition, pour les appels d'urgence, un numéro téléphonique en libre appel gratuit pour l'appelant, y compris depuis un terminale mobile.

La maison départementale des personnes handicapées réalise périodiquement et diffuse un livret d'information sur les droits des personnes handicapées et sur la lutte contre la maltraitance ».

b. La Commission exécutive de la maison départementale des personnes handicapées

L'article L.146-4 du Code de l'action sociale et des familles stipule que la maison départementale des personnes handicapées est administrée par une commission exécutive présidée par le président du conseil général.

Outre son président, la commission exécutive, comprend :

1° Des membres représentant le département, désignés par le président du conseil général, pour moitié des postes à pourvoir,

2° Des membres représentant les associations de personnes handicapées, désignés par le conseil départemental consultatif des personnes handicapées, pour le quart des postes à pourvoir,

3° Pour le quart restant des membres :

A) des représentants de l'Etat désignés par le représentant de l'Etat dans le département et par le recteur d'académie compétent

B) des représentants des organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général, définis aux articles L.211-1 et L.212-1 du Code de la sécurité sociale

C) le cas échéant, des représentants des autres membres du groupement prévus par la convention constitutive du groupement.

Les décisions de la maison départementale des personnes handicapées sont arrêtées à la majorité des voix. En cas d'égal partage des voix, celle du président est prépondérante.

Le directeur de la maison départementale des personnes handicapées est nommé par le président du conseil général.

Le décret n° 2005-1587 du 19 décembre 2005 paru au Journal Officiel du 20 décembre 2005 a établi les articles suivants du Code de l'action sociale et des familles :

Article R. 146-18 – Les représentants des services de l'Etat au sein de la commission exécutive sont au nombre de trois.

Article R. 146-19 – A l'exception de son président et des membres désignés en application du a du 3° de l'article L.146-4 du Code de l'action sociale et des familles, les membres de la commission exécutive sont désignés pour une durée de quatre ans, renouvelable. Des suppléants peuvent être désignés dans les mêmes conditions.

Tout membre démissionnaire ou ayant perdu la qualité à raison de laquelle il a été désigné est remplacé dans les mêmes conditions. Pour ceux des membres dont le mandat a une durée déterminée, le remplaçant est nommé pour la durée du mandat restant à courir.

Article R. 146-20 – La commission exécutive arrête son règlement intérieur et désigne un bureau. Elle se réunit au moins deux fois par an.

Article R. 146-21 – Les décisions de la commission exécutive sont exécutoires de plein droit.

Toutefois, le président du conseil général peut, dans un délai de quinze jours, et lorsqu'il s'agit de décisions relatives au budget et à ses décisions modificatives ou à l'organisation de la maison départementale, provoquer une nouvelle délibération de la commission exécutive. Dans ce cas, il est sursis à l'exécution de la décision jusqu'à ce que la commission exécutive se soit à nouveau prononcée. Le président du conseil général ne peut s'opposer à l'exécution de la décision prise sur nouvelle délibération de la commission exécutive.

Article R.146-22 – La commission exécutive est consultée sur la demande d'adhésion au groupement de nouveaux membres. La décision d'adhésion fait l'objet d'un avenant à la convention approuvé par arrêté pris et publié dans les conditions fixées à ce même article.

Le retrait du groupement d'un membre, autre qu'un membre de droit, ne peut être effectif qu'après que ce membre s'est acquitté de ses obligations à l'égard du groupement pour l'exercice en cours et les exercices précédents.

L'exclusion du groupement d'un membre pour inexécution de ses obligations à l'égard du groupement ou pour comportement incompatible avec les missions qui sont confiées au groupement par la loi peut être décidée par décision unanime des autres membres du groupement, après consultation de la commission exécutive.

Le retrait ou l'exclusion d'un membre du groupement font l'objet d'un avenant à la convention approuvé par arrêté pris et publié dans les conditions fixées à l'article R.146-16 du Code de l'action sociale et des familles.

c. La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A. P.H.)

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDPH) prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée, notamment en matière d'attribution de prestation et d'orientation.

Instituée au sein de la maison départementale des personnes handicapées, elle se substitue :

- A la commission d'éducation spéciale (CDES) qui intervenait pour les enfants et l'examen des droits des personnes de moins de 20 ans
- A la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) qui intervenait pour les personnes de 20 ans et plus (ou plus de 16 ans dans le cas des personnes qui travaillaient).

aa. Composition

La CDPH est composée de membres des autorités publiques ainsi que des représentants associatifs du monde du handicap. Elle comprend 23 membres dont :

- 4 représentants du département désignés par le conseil général
- 4 représentants de l'Etat (le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ou son représentant ; le directeur départemental du travail de l'emploi et de la formation professionnelle ou son représentant ; l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale ou son représentant (décret n°2005-1589 du 19.12.05 paru au journal officiel du 20.12.05) ; le directeur des services départementaux de l'éducation nationale ou son médecin représentant ; un médecin désigné par la DDASS)

- 2 représentants des organismes d'assurance maladie et de prestations familiales proposés conjointement par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales et le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles

- 2 représentants des organisations syndicales proposés par le directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, d'une part parmi les personnes présentées par les organisations professionnelles d'employeurs les plus représentatifs, d'autre part, parmi les personnes présentées par les organisations syndicales de salariés ou de fonctionnaires les plus représentatives

- 1 représentant des associations de parents d'élèves proposé par l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale parmi les personnes présentées par ces associations

- 7 membres proposés par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales parmi les personnes présentées par les associations de personnes handicapées et de leur famille

- 1 membre du conseil départemental consultatif des personnes handicapées désigné par ce conseil

- 2 représentants des organismes gestionnaires d'établissements ou de services pour personnes handicapées dont un sur proposition du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et un sur proposition du président du conseil général.

Les membres titulaires, à l'exception des représentants de l'Etat sont nommés par arrêté conjoint par le préfet et le président du conseil général pour une durée de 4 ans renouvelable ainsi que les membres suppléants (dans la limite de trois pour chaque membre titulaire).

Les membres de la CDAPH ont voix délibératives à l'exception de ceux mentionnés au huitième alinéa de l'article R.241-24 qui n'ont que voix consultatives c'est-à-dire les deux représentants des organismes gestionnaires d'établissements ou de services pour personnes handicapées.

Le président de la commission est désigné tous les deux ans par les membres de la commission en son sein. Le président, dont le mandat est renouvelable deux fois, est élu à bulletins secrets parmi les membres de la commission ayant voix délibératives sous réserve de la présence d'au moins 50 % d'entre eux. Il s'agit le plus souvent du président du conseil général ou du vice président en charge des affaires sociales ou d'un conseiller général.

Un vice président est élu pour une durée identique dans les mêmes conditions. En cas d'organisation de la commission en sections, un deuxième vice président peut être élu. En cas d'empêchement ou d'absence du président, la présidence de la séance est assurée par le vice président.

La vice présidence de la CDAPH est quant à elle plus souvent confiée à l'Etat (DDASS, DDTEFP ou inspecteur d'académie) ou à une association.

bb. Les attributions de la CDAPH

La CDAPH se base sur l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire qui tient compte des souhaits exprimés par la personne handicapée ou son représentant légal dans son projet de vie ainsi que du plan de compensation proposé.

La CDAPH désigne les établissements et services concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé qui sont en mesure de l'accueillir. La décision d'orientation vers un établissement ou un service s'impose à cet établissement ou service dans la limite de sa spécialité.

Les établissements et services désignés par la CDAPH doivent informer la maison départementale des personnes handicapées dont relève la commission de la suite réservée aux désignations.

La transmission de cette intervention intervient dans le délai de 15 jours à compter de la date de réponse de l'établissement ou du service à la personne handicapée ou à son représentant.

L'établissement ou le service doit également signaler à cette occasion, la capacité d'accueil, éventuellement disponible ainsi que le nombre des personnes en attente d'admission.

α. En matière d'éducation

La CDAPH se prononce sur les orientations scolaires des enfants handicapés (Code de l'éducation, article L.112-1).

La CDAPH désigne les établissements et services correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent et arrête le projet personnalisé de scolarisation figurant dans le plan de personnaliser de compensation du handicap (Code de l'éducation, article L.112-1).

β. En matière de formation et d'emploi

Pour rendre effective l'intégration professionnelle, la loi 2005-102 du 11 février 205 s'appuie sur de nom-

breux acteurs et sur le nouveau dispositif institutionnel mis en place dans les départements.

La maison départementale des personnes handicapées, la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, le service public à l'emploi ainsi que de nombreuses instances départementales et régionales contribuent au pilotage de la politique de formation et d'emploi.

La CDAPH est au centre du dispositif d'insertion professionnelle. Elle se prononce sur l'orientation professionnelle et sociale de la personne handicapée.

Elle doit :

- se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et sur les mesures propres à assurer son insertion professionnelle et sociale
- désigner les établissements ou les services concourant à la rééducation, au reclassement de l'adulte handicapé
- apprécier si l'état ou le taux d'incapacité de la personne justifie l'octroi d'aides
- apprécier les besoins de compensation (notamment les besoins d'aides humaines et techniques qui peuvent aider la personne dans ses déplacements)
- reconnaître le statut de travailleur handicapé.

La maison départementale des personnes handicapées doit, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, intégrer la dimension professionnelle dans le projet de vie de la personne handicapée. Un référent professionnel est désigné à cet effet au sein de la MDPH.

La CDAPH rend sa décision en tenant compte de cet élément.

β.1. Orientation de la personne handicapée

La CDAPH peut se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son orientation professionnelle et sociale (Article L. 241-6 du Code de l'action sociale et des familles). Elle peut donc ainsi décider dans le cadre d'une orientation professionnelle, par exemple une recherche directe d'emploi, en désignant un correspondant chargé du suivi de la personne handicapée et en proposant à la personne handicapée de s'adresser à une structure telle que, par exemple CAP Emploi.

La personne handicapée peut contester la décision prise en matière d'orientation de la personne handicapée et de mesure propre a assuré son orientation sco-

laire ou professionnelle et sociale en s'adressant au Tribunal administratif dans un délai de 1 mois, à compter de la notification de la CDAPH.

La CDAPH peut également désigner les établissements ou les services correspondant aux besoins de l'enfant ou l'adolescent ou concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé et en mesure de l'accueillir (Article L.241-6 du Code de l'action sociale et des familles).

Si la personne handicapée conteste la décision de ces établissements proposés par CDAPH au titre de l'article L.241-6 du Code de l'action sociale et des familles, elle peut adresser une voie de recours au Tribunal du contentieux de l'incapacité.

La CDAPH dirige le travailleur handicapé, soit vers une formation professionnelle, soit vers un placement direct. Si la formation professionnelle n'est pas jugée nécessaire, la CDAPH décidera d'un placement direct en milieu ordinaire de travail ou en milieu protégé ou en entreprises adaptées. La seule exception réside lorsque la CDAPH rend un avis d'inaptitude au travail, ce qui entraîne alors la transmission du dossier pour l'éventuel octroi d'une allocation aux adultes handicapés.

Après avoir fixé la catégorie de travailleur handicapé, la CDAPH décide donc éventuellement de l'orientation du travailleur handicapé. Sur la base du rapport du centre de préorientation et après concertation entre ses membres, la CDAPH décide de l'orientation du travailleur handicapé.

La CDAPH a le choix entre les 4 options suivantes :

- un stage dans un centre de préorientation afin d'apprécier de façon optimale les aptitudes et capacités de l'handicapé
- un stage dans un centre de formation professionnelle spécialisé précédé ou non d'une remise à niveau et des mesures de réadaptation, de rééducation
- le placement direct, c'est-à-dire la recherche d'un emploi en milieu ordinaire de travail avec le bénéfice de la loi de 1987 (obligation d'emploi d'au moins 6 % de travailleurs handicapés)
- un placement dans un centre de travail protégé.

La mise en œuvre de l'orientation de la personne vers le marché du travail nécessite une articulation entre les différents opérateurs (qui concernent la formation, le placement, le financement). L'ANPE, le CAP emploi, l'Association pour la gestion du fonds pour l'insertion

professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) et le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées, nouvelle structure visant les fonctions publiques, sont notamment appelées à intervenir.

Des centres de pré-orientation peuvent accueillir, sur décision motivée de la CDAPH, des travailleurs reconnus handicapés dont l'orientation professionnelle présente des difficultés particulières d'insertion.

Pendant son séjour en centre de pré-orientation, la personne handicapée est mise dans des situations de travail caractéristiques de catégories de métiers nettement différentes les unes des autres. Elle est informée des perspectives professionnelles que lui offrent ces métiers et à la possibilité d'élaborer un projet professionnel en liaison avec les services de l'agence nationale pour l'emploi.

Les outils devant permettre l'emploi des personnes handicapées ont évolué avec la loi du 11 février 2005. Si le travailleur handicapé peut être orienté par la CDAPH vers un emploi en milieu ordinaire ou vers un emploi en milieu protégé, la priorité doit être donnée à l'intégration dans le milieu ordinaire. Des adaptations peuvent s'avérer nécessaires pour une durée limitée ou non.

Lorsque la CDAPH considère que le travailleur handicapé ne peut être orienté dans un milieu ordinaire de travail, elle peut orienter alors l'handicapé vers un emploi léger dit encore travail protégé dans une entreprise ordinaire, vers un atelier protégé ou vers un ESAT, autrefois dénommé centre d'aide par le travail ou CAT.

Cette dernière solution reste en valeur quantitative la plus importante des orientations en milieu protégé.

La loi du 11 février 2005 :

- revoit la distinction qui était faite auparavant entre milieu ordinaire et milieu protégé en intégrant les entreprises dites adaptées dans le milieu ordinaire
- crée des passerelles entre les différentes entreprises.

Les contestations des décisions en matière d'orientation de la personne handicapée par la CDAPH doivent être portées devant la juridiction administrative, c'est-à-dire devant le Tribunal administratif par lettre recommandée avec avis de réception comportant les nom, prénom, adresse, et numéro du dossier à la CDAPH dans un délai de 1 mois (article L.323.11.2 du Code du travail, article L.241.6 du Code de l'action sociale et des familles).

L'appel du jugement du Tribunal administratif est fait auprès de la Cour administrative d'appel. Le recours

contre un arrêt de la la Cour administrative d'appel est porté devant le Conseil d'Etat.

Les contestations des décisions en matière de désignation des établissements proposés par la CDAPH (article L.241.6 du Code de l'action sociale et des familles) doivent être portées devant le Tribunal du contentieux et de l'incapacité par lettre recommandée avec avis de réception comportant les nom, prénom, adresse, et numéro du dossier à la CDAPH dans un délai de 2 mois.

La procédure est identique à celle du contentieux de l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés.

β.2. Le stage en centre de pré-orientation

La CDAPH décide de l'orientation du handicapé vers ces centres lorsque les difficultés de cette orientation professionnelle n'ont pu être résolues (article R. 323-33-1 du Code du travail). Le but de ces centres de pré-orientation est de procéder à une évaluation des capacités du handicapé afin de lui proposer une orientation pertinente maximale.

Le centre adressera à la CDAPH, un rapport mentionnant les souhaits, les aptitudes de l'intéressé. La CDAPH prononcera alors l'orientation considérée comme la plus adéquate.

La durée maximale de séjour dans ce centre pré-orientation est de 12 semaines. Les frais de séjour sont payés par l'organisme d'assurance maladie dont dépend l'handicapé. Celui-ci perçoit une aide financière identique à celle perçue par les stagiaires de la formation professionnelle.

β.3. Le stage dans un centre de formation professionnelle spécialisé et les mesures de réadaptation, de rééducation

Le stage de formation et les mesures de réadaptation, de rééducation

peuvent avoir lieu, soit dans un centre public ou privé agréé, soit dans un centre collectif ou d'entreprise créée au titre de la formation professionnelle, soit dans une entreprise ordinaire (article L. 323-15 du Code du Travail).

On distingue 4 types d'institutions de formation :

- les centres privés spécialisés, gérés par des associations
- 2 centres privés gérés par des sociétés

- 9 centres publics gérés par l'office national des anciens combattants

- les centres publics ordinaires agréés, gérés par l'Association nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes (AFPA).

La plupart des frais au cours de cette formation sont pris en charge (frais de formation, frais de séjour, frais de lingerie, frais médicaux ou para-médicaux, frais de transport du domicile au centre).

Le stagiaire bénéficie d'une rémunération analogue à celle des stagiaires de la formation professionnelle. A l'issue de ce stage de rééducation, de réadaptation et de formation professionnelle, le travailleur handicapé peut demander l'octroi d'une prime de reclassement.

Cette demande doit être effectuée à la CDAPH par le travailleur handicapé au moins un mois avant la fin du stage.

La CDAPH fixe le montant de la prime qui oscille en général entre 75 euros et 150 euros. Pour bénéficier de cette prime de reclassement il faut :

- avoir été reconnu comme travailleur handicapé par la euros
- avoir bénéficié, sur avis de la CDAPH, d'un tel stage de réadaptation de rééducation ou de formation professionnelle
- avoir intégralement suivi le stage de façon satisfaisante
- ne pas pouvoir bénéficier d'une autre prime de la même nature
- être de nationalité française ou résider en France depuis au moins 3 ans à la date d'admission en stage.

La prime de reclassement est théoriquement versée à la personne handicapée dans un délai d'un mois à compter de la notification (voir encadré 1).

β.4. Le milieu ordinaire

Le milieu ordinaire de travail (de droit commun) ou encore appelé milieu ouvert recouvre (par référence aux établissements de travail spécialisés, regroupés sous l'appellation générique de « milieu protégé ») :

- les entreprises du secteur privé et du secteur public
- les administrations
- les associations

- les entreprises adaptées (EA, ex-ateliers protégés)
- les centres de distributions de travail à domicile (CDTD).

Personnes concernées.

Le milieu ordinaire de travail est ouvert aux bénéficiaires de l'obligation d'emploi. En font partie, les personnes dont la qualité de travailleur handicapé est reconnue par la commission pour les droits et l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), si celle-ci les oriente en milieu ordinaire de travail.

β.4.1. Les aides à la recherche d'un emploi

- L'aide est fournie essentiellement par Pôle emploi.

Pôle emploi intervient d'une part par la présence d'un représentant à la CDAPH, et deuxièmement par l'existence de prospecteurs placiers spécialisés dans les populations handicapées. Néanmoins leur nombre est faible.

- Les Equipes de Préparation et de Suite au Reclassement (EPSR).

Les EPSR possèdent un statut, soit de droit public, soit de droit privé. Dans ce dernier cas, elles sont d'ailleurs en général gérées par des associations privées.

Il existe en principe une EPSR par département. Les coordonnées de l'EPSR du département peuvent être fournies après demande à la DTEFP (Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle).

Les EPSR disposent d'un rôle d'information et de placement des personnes handicapées. Elles comportent au moins dans leur rang un prospecteur placier de Pôle emploi. Elles possèdent aussi un rôle de vocation du suivi social des personnes handicapées en particulier dans le monde des entreprises.

Les EPSR se voient ainsi confier plusieurs missions :

- informer les personnes handicapées pour leur reclassement, les suivre dans leurs démarches et dans leur intégration professionnelle pendant un an au minimum après la conclusion du contrat de travail
- rechercher les entreprises et les institutions spécialisées susceptibles de leurs fournir une insertion professionnelle
- informer ces institutions spécialisées ou entreprises des aptitudes des personnes handicapées
- conseiller les entreprises dans l'aménagement de postes de travail accessibles aux handicapés (Article R. 323-13 du Code du travail).

Encadré 1

Modèle de lettre

Demande d'octroi de la prime de reclassement

Lettre à adresser au plus tard dans le mois qui suit la fin du stage.

Nom, prénom

A (lieu), le (date)

Adresse

Monsieur le Secrétaire de la CDAPH

Objet : demande d'octroi de la prime de reclassement

Monsieur (ou Madame) le Secrétaire de la CDAPH,

Je suis reconnu travailleur handicapé par la CDAPH. Dans ce cadre, je viens de suivre, suite à l'orientation de cette commission, un stage de rééducation (ou de réadaptation ou de formation professionnelle) dans des conditions jugées satisfaisantes par le Directeur du centre (ou par l'employeur), ainsi que l'atteste le certificat ci-joint établi par ses soins.

J'ai donc l'honneur de solliciter l'attribution d'une prime de reclassement.

J'atteste ne pouvoir bénéficier à un autre titre d'une prime de même nature.

Vous remerciant pour la suite que vous voudrez bien réserver à cette requête, je vous prie d'agréer, Monsieur (ou Madame) le Secrétaire de la CDAPH, l'expression de mes sentiments les plus respectueux,

Signature

L'EPSR traite également, outre des personnes handicapées orientées en milieu ordinaire de travail, des personnes travaillant dans le secteur protégé.

— Les Organismes d'Insertion et de Placement (OIP)

Ils sont institués avec le concours de l'AGEFIPH et des entreprises. Ils interviennent directement dans le placement des travailleurs handicapés avec des objectifs très voisins de l'EPSR. Leur différence par rapport à l'EPSR tient essentiellement à leur statut juridique.

β.4.2. L'obligation à l'emploi

Tous les employeurs occupant au moins 20 salariés sont tenus d'employer au moins 6 % de travailleurs handicapés (articles L.323-1, article L. 323-2 du Code du travail, Loi n° 87 – 157 du 10 – 7 – 1987). Cette obligation concerne aussi bien le secteur privé que le secteur public.

Un travailleur handicapé se définit comme toute personne dont la possibilité d'acquérir ou de conserver un emploi est effectivement réduite par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales. Les travailleurs handicapés reconnus par la CDAPH constituent donc les principaux bénéficiaires de cette obligation d'emploi. Néanmoins, cette obligation d'emploi a également été étendue à différentes catégories :

- victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle
- titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime de la Sécurité Sociale
- ancien militaire titulaire d'une pension militaire
- veuve de guerre non mariée, titulaire d'une pension militaire
- orphelin de guerre de moins de 21 ans
- veuve de guerre remariée ayant au moins 1 enfant à charge issu du mariage contracté avec le militaire décédé
- femme d'invalidé interné pour aliénation mentale imputable à un service de guerre
- sapeur pompier volontaire, titulaire d'une rente d'invalidité (article L. 323-3 du Code du travail).

Les employeurs sont tenus de fournir à l'administration une déclaration annuelle relative aux emplois occupés par les bénéficiaires de cette obligation légale d'emploi par rapport à l'ensemble des emplois existants.

Les employeurs n'employant pas ce minimum de 6 % de travailleurs handicapés peuvent échapper à cette obligation par d'autres moyens :

- traitance avec des établissements de travail protégé. Cette sous-traitance ne peut dépasser 50 % de leur obligation
- application d'un accord de branche avec les syndicats représentatifs de l'entreprise prévoyant un plan d'action en faveur des handicapés annuel ou pluriannuel.
- versement d'une contribution à l'AGEFIPH.

Cette contribution permet ainsi de financer des actions d'insertion dans le milieu ordinaire du travail.

β.4.3. Le travail comme salarié en entreprise privée

— Le statut du travailleur handicapé en entreprise privée

Des droits supplémentaires sont accordés aux personnes handicapées par le Code du travail.

Aucune discrimination ne peut être faite à l'embauche à l'encontre d'une personne handicapée du fait même de son handicap.

Il est interdit de licencier un salarié en raison de son handicap sauf en cas d'inaptitude physique constatée par le médecin du travail. Le délai de préavis est alors doublé sans que ce délai puisse excéder trois mois (Article L. 323 – 7 du Code du travail).

En cas de licenciement économique, le handicap constitue l'un des critères légaux fixant l'ordre des licenciements.

— La rémunération du travail handicapé

Lorsque le rendement professionnel du travailleur handicapé se révèle notoirement diminué, des réductions de salaire peuvent être pratiquées par l'employeur après avis de la CDAPH et autorisation de la DDTEFP (Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle).

Tous les travailleurs handicapés qu'il s'agisse d'un travail en secteur ordinaire ou en secteur protégé bénéficient d'une rémunération minimale garantie. Cette rémunération minimale se définit comme la garantie de ressources. Cette garantie de ressources se décompose en :

- le salaire direct versé par l'employeur
- un complément de rémunération à la charge de l'Etat.

Ce complément de rémunération n'est pas versé directement au travailleur handicapé. En effet il est remboursé par l'Etat à l'employeur qui en fait l'avance.

A titre d'exemple, on citera le cas d'un handicapé travaillant à temps plein, bénéficiant d'un salaire de 8 000 F mensuel en juin 1996.

Un salarié non handicapé pour le même travail perçoit 9 500 F par mois.

La différence c'est-à-dire 1 500 F fera l'objet d'un complément versé par l'Etat.

Comme ce complément ne peut être supérieur à 20 % du SMIC il devra être alors abaissé à 1 274.94 F. Ce complément ne s'élèvera en fait qu'à 287.08 F en 1996 c'est-à-dire 8 287.08 F – 8 000 F puisque ce montant total des ressources ne peut dépasser 130 % du SMIC en date du 01.05.1996 c'est-à-dire 8 287.08 F.

— Les aides à l'emploi

* Le contrat emploi solidarité (CES)

Ce contrat concerne certains publics en difficulté (chômeurs de longue durée, chômeurs âgés de 50 ans...) et les personnes reconnues comme travailleurs handicapés.

Ce contrat de travail peut être signé par des collectivités territoriales (départements, communes, régions), des établissements publics, des associations à but non lucratif.

La durée du contrat varie de 3 mois à 12 mois. Elle peut être portée à 24 mois en particulier pour les travailleurs handicapés et exceptionnellement à 36 mois lorsque le travailleur handicapé présente des difficultés particulières d'insertion.

La durée hebdomadaire du travail est de 20 heures, la rémunération est celle du SMIC horaire. L'employeur est exonéré de certaines cotisations sociales. Il reçoit une aide de l'Etat égale pour les travailleurs handicapés à 85 % du SMIC.

A l'issue d'un contrat emploi solidarité, la personne handicapée qui n'a pas trouvé d'emploi ou qui ne peut bénéficier d'une formation peut conclure un nouveau contrat emploi solidarité, soit à durée indéterminée, soit à durée déterminée de 12 mois dans la limite d'une durée totale de 60 mois.

* Le contrat initiative emploi (CIE)

Ce contrat se donne pour but « de faciliter l'insertion professionnelle durable du public rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi » et donc en particulier, des travailleurs handicapés reconnus par la

COTOREP. Le CIE peut être conclu à durée déterminée ou indéterminée.

Lorsqu'il s'agit d'un CIE à durée déterminée, cette durée est au moins de 12 mois et au maximum de 24 mois.

Il peut s'agir d'un contrat à temps plein ou à temps partiel en sachant qu'à temps partiel, la durée hebdomadaire ne peut être inférieure à 16 heures.

Ce seuil de 16 heures ne concerne pas néanmoins les personnes handicapées contraintes à des horaires limités pour raison médicale et présentant à ce titre une attestation du médecin du travail.

Le CIE permet de bénéficier pour l'entreprise d'une exonération des cotisations patronales de sécurité sociale et d'une aide forfaitaire à la rémunération du bénéficiaire du CIE d'un montant de 2 000 F en 1996.

* Les autres subventions de l'Etat aux entreprises

Il s'agit de subventions de l'Etat aux entreprises soumises à l'obligation d'emploi afin d'aménager les postes de travail, les machines et les outillages, ainsi que pour compenser les charges supplémentaires d'encadrement (Article L. 323 – 9 du Code du travail).

Cette aide peut atteindre 80 % des dépenses pour l'aménagement du matériel et 50 % des frais d'encadrements supplémentaires, mais pour la seule période pendant laquelle cet encadrement est nécessaire pour assurer l'adaptation à l'emploi des travailleurs handicapés. La demande doit être adressée au Préfet du département, accompagnée des justificatifs nécessaires et de l'avis du CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail).

Malheureusement il convient de souligner que ces subventions sont rarement accordées du fait de l'état difficile des finances publiques.

* L'affection à des emplois « légers »

Après avis de la CDAPH, les travailleurs handicapés peuvent être affectés à des emplois dits légers ou à mi-temps. La DDTEFP (Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle) tient une liste de ces emplois et y oriente les travailleurs handicapés concernés.

Il peut s'agir de contrat à durée indéterminée ou à durée déterminée (Article L. 323 – 29 du Code du travail).

Cette affection à des emplois légers est malheureusement de moins en moins utilisée et concerne en fait essentiellement le milieu agricole.

* Les aides fournies par l'AGEFIPH

Par le biais de financements fournis par les entreprises soumises à l'obligation d'emploi, l'AGEFIPH finance (Article L. 323 – 8 – 4 du Code du travail) des actions affectées à la compensation du coût supplémentaire des actions de formation et au financement d'actions d'innovation ou de recherche dont bénéficient les intéressés dans l'entreprise ainsi qu'à des mesures nécessaires à l'insertion et au suivi des travailleurs handicapés dans leur vie professionnelle.

Il s'agit en fait essentiellement de :

- La prime à l'insertion

l'entreprise adresse une demande de subvention à l'AGEFIPH au plus tard 6 mois après la date d'embauche. L'entreprise reçoit 10 000 F (valeur de référence en 1996) à l'acceptation du dossier et 5 000 F sur présentation du bulletin de salaire du 12^e mois de travail effectif après l'embauche.

En cas de maintien de l'emploi, à l'issue d'un contrat en alternance ou d'un contrat d'apprentissage, l'employeur peut bénéficier d'une prime supplémentaire de 5 000 F (valeur de référence en 1996).

La personne handicapée reçoit 10 000 F à l'acceptation du dossier. Cette prime n'est pas renouvelable.

- Les aides à la formation en alternance

L'AGEGIPH verse à l'entreprise une subvention de 10 000 F majorée de 5 000 F au terme du 12^e mois.

Lorsque la personne handicapée est maintenue dans son emploi à l'issue du contrat en alternance, l'employeur bénéficie d'une prime supplémentaire de 5 000 F.

- Le contrat d'apprentissage

Il peut aussi être considéré comme une modalité de formation professionnelle. On retiendra également, outre l'apprentissage pour un handicapé âgé de 16 à 25 ans, le contrat de rééducation chez l'employeur (contrat à durée déterminée, renouvelable, conclu entre l'organisme de prise en charge, sécurité sociale ou mutualité sociale agricole, l'employeur et le salarié).

Le contrat d'apprentissage se donne pour but de fournir aux jeunes handicapés, une formation théorique et pratique pour obtenir une qualification professionnelle.

L'âge maximal d'admission à l'apprentissage est porté jusqu'à 26 ans sur décision de la CDAPH.

Le handicapé peut bénéficier lorsque son état l'exige d'une prolongation d'un an de son contrat d'apprentissage.

La rémunération des handicapés apprentis est identique à celle des autres apprentis. Le salaire minimum est fixé annuellement en pourcentage du SMIC et varie en fonction de l'âge et de l'année d'apprentissage.

Le chef d'entreprise bénéficie d'une prime pour compenser les dépenses supplémentaires ou le manque à gagner (prime égale à 520 fois le SMIC horaire applicable au 1^{er} jour du mois de juillet de la 1^{re} année d'apprentissage).

L'employeur en contre partie de son contrat d'apprentissage bénéficie de divers avantages : aides de l'Etat, exonération de charges sociales...

Le jeune handicapé et l'employeur peuvent bénéficier d'une prime versée par l'AGEFIPH (Association nationale de GEstion des Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées).

L'handicapé, l'employeur peuvent recevoir chacun ainsi une prime de 10 000 F, majorée de 5 000 F pour l'employeur au terme du 12^e mois. Cette demande de prime doit être formulée sur un dossier intitulé « Prime à l'insertion ». La demande de subvention doit parvenir à l'AGEFIPH au plus tard 6 mois après la date d'embauche. L'entreprise reçoit alors 10 000 F à l'acceptation du dossier et 5000 F sur présentation du bulletin de salaire du 12^e mois de travail effectif suivant l'embauche pour l'année 1996. (valeur de référence pour l'année 1996).

β.4.4. L'exercice d'un activité indépendante

A noter : une aide non cumulable avec la subvention d'installation peut être attribuée à un non-salarié fortement handicapé. La démarche de reconnaissance de lourdeur du handicap se fait auprès de la DDTEFP. L'aide est financée par l'AGEFIPH.

- Subvention par la CDAPH

Une subvention d'installation peut être attribuée aux personnes handicapées qui s'installent comme non salariées. La subvention est destinée à financer les équipements nécessaires à l'activité.

La CDAPH peut délivrer une subvention d'installation si l'handicapé :

- n'a pas été frappé de certaines condamnations pénales
- présente les garanties de moralité nécessaires
- est âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 45 ans
- est de nationalité française ou résident en France depuis au moins 3 ans

- dispose d'un local permettant l'exercice de la profession envisagée et remplissant les conditions habituelles d'exploitation
- justifie des diplômes nécessaires pour l'exercice de la profession
- est inscrit au répertoire des métiers, au registre du commerce ou aux ordres professionnels lorsque cette inscription est nécessaire pour l'exercice de la profession.

Le travailleur handicapé doit exercer personnellement la profession libérale envisagée ou doit exploiter personnellement l'entreprise indépendante.

La demande est faite auprès de la CDAPH au plus tard dans les 12 mois qui suivent la fin du stage de formation ou de la sortie de l'université.

La subvention est accordé par le Préfet du département moyennant signature d'une convention avec l'intéressé. Cette subvention doit être obligatoirement consacrée à l'achat ou à l'installation de l'équipement nécessaire de son activité professionnelle.

L'octroi de cette subvention reste assez rare.

Son montant maximal est de 2.290 Euros (voir encadré 2).

Encadré 2

Modèle de lettre

Demande d'octroi de la subvention d'installation

Lettre à adresser au plus tard dans les douze mois qui suivent la fin d'un stage de formation ou la sortie de l'université.

Nom, prénom

Adresse

Objet : demande de subvention d'installation

Monsieur (ou Madame) le Secrétaire de la C.D.A.P.H.,

Je suis reconnu travailleur handicapé par la C.D.A.P.H. Dans ce cadre, j'ai été orienté par cette commission vers l'exercice d'une activité indépendante (préciser laquelle). A cette fin, je viens de suivre un stage de formation (ou un cycle universitaire) (préciser la nature de la formation).

Titulaire du diplôme nécessaire à l'exercice de l'activité de (préciser laquelle), je suis sur le point de m'installer.

Je sollicite donc l'attribution de la subvention d'installation.

Je vous remercie d'avance de bien vouloir me faire connaître les documents à fournir pour bénéficier de l'octroi de cette subvention.

Veuillez agréer, Monsieur (ou Madame) le Secrétaire de la C.D.A.P.H., l'expression de mes sentiments les plus respectueux,

— Subvention de l'AGEFIPH

Une aide non cumulable avec la subvention d'installation peut être attribuée à un non-salarié fortement handicapé. La démarche de reconnaissance de lourdeur du handicap se fait auprès de la DDTEFP. L'aide est financée par l'AGEFIPH.

β.4.5. Le travail dans la fonction publique

— Le recrutement des travailleurs handicapés par contrat

Les agents des cadres A, B, C et D peuvent être recrutés par contrat. Les agents des catégories A, B, C peuvent être titularisés après une période contractuelle d'un an renouvelable (Articles 3, 4 et 5 du 10.07.1987, Article 111 du 04.02.1995).

— Les emplois réservés

Un certain nombre d'emploi de catégorie B et C sont réservés dans l'administration au profit des personnes handicapées.

La CDAPH examine le dossier du travailleur handicapé puis le transmet à la commission inter-départementale des anciens combattants du lieu de résidence. Le demandeur devra attendre la libération d'un poste

A (lieu), le (date)

Monsieur ou madame le Secrétaire de la C.D.A.P.H.

Signature

Encadré 3**Modèle de lettre****Demande de candidature à un emploi du secteur public**

Nom, prénom

A (lieu), le (date)

Adresse

Monsieur le Secrétaire de la CDAPH

Objet : demande de candidature à un emploi du
secteur public

Monsieur (ou Madame) le Secrétaire de la CDAPH

Je suis reconnu travailleur handicapé par la CDAPH. Je souhaite donc me porter candidat à un emploi du secteur public (préciser éventuellement lequel, ou préciser éventuellement l'administration choisie).

Je vous remercie d'avance de bien vouloir me faire connaître les différentes possibilités d'accès qui peuvent m'être proposées et me préciser les documents à fournir.

Je vous prie d'agréer, Monsieur (ou Madame) le Secrétaire de la CDAPH., l'expression de mes sentiments les plus respectueux,

Signature

pour pouvoir accéder à celui-ci. Il convient de souligner les délais assez longs, les emplois réservés étant peu nombreux (voir encadré 3).

β.5. Les entreprises adaptées (anciennement ateliers protégés)

L'admission dans ces unités nécessite une orientation préalable de la première section de la CDAPH.

Sa spécificité est d'employer au moins 80 % de travailleurs handicapés dont le rendement est réduit tout en étant orientés vers le marché du travail par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH anciennement COTOREP).

La vocation de l'EA est de favoriser l'émergence d'un projet professionnel du salarié, en vue de sa valorisation, de sa promotion ou de sa mobilité professionnelle, au sein de l'entreprise elle-même ou dans une autre.

Les entreprises adaptées et les centres de distribution de travail à domicile (CDTD) embauchent des travailleurs handicapés, orientés par la CDAPH vers le milieu ordinaire et qui ne peuvent intégrer une entreprise « classique ».

Depuis la loi du 11 février 2005, les entreprises adaptées et les centres de distribution de travail à domicile sont considérés comme des entreprises du marché ordinaire du travail.

L'entreprise adaptée (EA) est une entreprise à part entière du marché du travail, c'est-à-dire une unité autonome et économiquement viable, tenue d'équilibrer son exploitation. C'est ce qui la différencie de l'ancien « atelier protégé » auquel elle succède et qui relevait du secteur de l'emploi protégé. Les handicapés employés dans ces unités sont considérés comme des salariés à part entière et donc devant disposer d'un contrat de travail et pouvant se doter d'institutions représentatives du personnel. Ces structures en milieu protégé sont donc les plus proches du secteur privé. A noter : compte tenu de leur intégration dans le milieu ordinaire du travail, les salariés de ces entreprises bénéficient des mêmes garanties de rémunération que d'autres salariés et ils ne peuvent percevoir une rémunération inférieure au SMIC.

Les entreprises adaptées ont la spécificité d'employer au moins 80 % de travailleurs handicapés dont le rendement est réduit tout en étant orientés vers le marché du travail par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH, anciennement COTOREP). Ces structures doivent permettre à des travailleurs handicapés à efficience réduite :

- d'exercer une activité professionnelle salariée dans des conditions adaptées à leur possibilités
- de favoriser leur projet professionnel en vue de leur valorisation, de leur promotion et de leur mobilité au sein de la structure elle-même ou vers d'autres entreprises.

Les travailleurs handicapés concernés peuvent être des personnes handicapées orientées par la CDAPH, soit :

- sortant d'un ESAT, ou changeant d'entreprise adaptée ou de CDTD
- ou sans emploi depuis au moins un an, à compter de la date de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et :
 - sortant ou suivie par une institution sanitaire (notamment, un centre hospitalier régional, un centre hospitalier spécialisé ou un centre de rééducation fonctionnelle)
 - ou sortant d'une institution ou d'un service spécialisé (notamment un institut médico-éducatif – IME, un institut d'éducation motrice – IEM, un institut médico professionnel – IMPRO, ou un service d'accompagnement médicalisé pour adulte handicapé, SAMSAH)
 - ou suivies par un service d'accompagnement social (service de soins et de services à domicile – SSAD, service d'éducation et de soins à domicile – SES-SAD, service d'aide à la vie sociale – SAVS)
 - ou passées par une entreprise d'insertion.

En fonction des nécessités de leur production, ils peuvent toutefois recruter des salariés « valides », dans la limite de 20 % de leur effectif.

L'entreprise adaptée peut également être :

- un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) : dans ce cas, elle procure au travailleur handicapé des travaux manuels ou intellectuels à effectuer à domicile
- une section d'entreprise adaptée : dans ce cas, elle constitue une unité distincte, adossée à un établissement ou service d'aide par le travailleur (ESAT), qui, lui, relève du milieu de travail protégé.

L'entreprise adaptée peut être créée par une collectivité territoriale, un organisme public ou privé (société commerciale par exemple).

Pour bénéficier de l'appellation et des aides spécifiques de l'Etat, l'entreprise adaptée doit contractualiser sa relation avec l'Etat et signer une convention tri-annuelle avec le préfet qui vaut agrément.

β.6. Le milieu protégé

β.6.1. Le travail protégé dans une entreprise ordinaire ou « emploi léger »

Ces emplois légers concernent les personnes qui, du fait de leur état physique ou mental, ne peuvent être employées à un rythme normal ou à un temps complet.

Ces emplois légers ont déjà été traités dans le chapitre du travail en entreprises privées.

La période d'essai ne peut excéder 6 mois.

Le salaire versé ne peut être inférieur à la moitié de celui qui percevrait un travailleur non handicapé affecté au même poste.

Le salaire minimum est fixé par la direction départementale du travail après avis motivé de la CDAPH et un rapport de l'inspection du travail portant sur les conditions de travail de la personne handicapée (Articles L. 323 – 29, R. 323 – 59 – 1 et R. 323 – 59 – 2 du Code du travail).

Si le salaire versé par l'entreprise est inférieur au SMIC, l'Etat verse un complément de rémunération permettant d'atteindre ce niveau.

β.6.2. Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT)

Les établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) succèdent aux centres d'aides par le travail (CAT). Ce sont des établissements médico-sociaux, accessibles sur décision d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Les personnes handicapées dont l'intégration dans le marché du travail n'est pas possible sont orientées vers des établissements et services d'aide par le travail (ESAT, anciennement dénommés centres d'aide par le travail ou CAT). Ils permettent aux personnes handicapées qui n'ont pas acquis suffisamment d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire (de droit commun), y compris en entreprise adaptée ou de façon indépendante, d'exercer une activité à caractère professionnel dans un milieu de travail protégé (structure spécialisée). Ces personnes bénéficient, en fonction de leurs besoins, d'un suivi médico-social et éducatif.

Personnes concernées : pour être accueillie en ESAT, la personne doit présenter les caractéristiques suivantes :

- Avoir au moins 20 ans
- Avoir une capacité de travail inférieure à un tiers de la capacité de gain ou de travail d'une personne valide
- Ou avoir une capacité de travail supérieure ou égale au tiers de la capacité d'une personne valide et avoir

besoin d'un ou plusieurs soutiens médicaux, éducatifs, sociaux ou psychologique

- Et être orientée vers ce type de structure par la CDAPH.

A noter : une orientation en ESAT peut intervenir dès l'âge de 16 ans, cela nécessite dans ce cas une décision de la CDAPH réunie en formation plénière.

La décision d'orientation relève de la CDAPH.

Les établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) sont des établissements médico-sociaux qui accueillent les personnes qui ont une capacité de travail inférieure à un tiers de celle des personnes valides tout en ayant une aptitude potentielle à travailler dans ce type d'établissements.

Peuvent également être accueillies en ESAT des personnes handicapées qui nécessitent des soutiens médicaux, sociaux et éducatifs en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social.

Ces structures ne possèdent donc pas le statut d'une entreprise privée de droit commun comme l'atelier protégé mais constituent un établissement médico-social où le travailleur handicapé ne possède pas un statut salarial. Le statut d'un travailleur handicapé en ESAT est particulier, n'étant pas soumis aux dispositions du code du travail. La personne handicapée admise en ESAT n'a pas le statut de travailleur soumis au code du travail. Sa rémunération n'est pas un salaire et il n'a pas de contrat de travail.

Son licenciement est donc impossible. Toutefois, le directeur de l'ESAT peut prendre, à titre de mesure conservatoire, la décision de suspendre le maintien d'un travailleur dans la structure si son comportement met gravement en danger sa santé ou sa sécurité ou celle des autres.

Les personnes admises en ESAT ont la qualité de travailleurs handicapés (au sens applicable dans toute entreprise).

Les travailleurs handicapés exerçant en Centre d'Aide par le Travail ne possèdent pas le statut de salariés et donc ne sont pas soumis à des sanctions disciplinaires, à un licenciement et ne peuvent bénéficier d'institutions représentatives du personnel.

Les dispositions du code du travail s'appliquent aux ESAT en ce qui concerne l'hygiène, la sécurité et le médecin du travail.

La personne accueillie en ESAT doit signer avec cet établissement un contrat de soutien et d'aide par le tra-

vail qui définit les droits et les obligations réciproques des parties, concernant les activités à caractère professionnel et la mise en œuvre du soutien médico-social ou éducatif afférent.

Il s'agit d'une adaptation du contrat de séjour, obligatoire dans tout établissement médico-social. Son modèle est fixé en annexe du décret du 23 décembre 2006.

Ce contrat est conclu pour une durée d'un an et est reconduit chaque année par tacite reconduction.

Ce contrat doit prendre en compte l'expression des besoins et attentes de la personne handicapée ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement propres à l'établissement.

La demande d'accueil en ESAT doit être formulée au moyen d'un formulaire unique de demande, envoyé ou déposé à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), qui le transmet sans délai à la CDAPH. Celle-ci prend dans un premier temps une décision provisoire d'orientation, valable pour une période d'essai de six mois au plus, renouvelable une fois.

Les personnes accueillies en ESAT peuvent bénéficier du congé de présence parentale et ont accès, depuis le 1^{er} janvier 2007, à certains droits à congé prévus par le Code du travail et à la validation des acquis de leur expérience (VAE).

Le travailleur handicapé sous contrat de soutien et d'aide par le travail bénéficie d'un droit à congé annuel, au bout d'un mois de présence, à raison de 2,5 jours par mois d'accueil dans l'ESAT.

Ce congé donne lieu au versement de la rémunération garantie. Sa durée ne peut pas excéder 30 jours ouvrables.

Le travailleur en ESAT peut également bénéficier d'autorisations d'absence exceptionnelle, sur justification, en cas :

- de mariage du travailleur : 4 jours
- de naissance ou d'adoption d'un enfant : 3 jours
- de décès d'un conjoint, d'un concubin, de la personne avec laquelle le travailleur est lié par un PACS ou d'un enfant : 2 jours
- de décès du père, de la mère, du beau-père, de la belle-mère, d'un frère ou d'une sœur : 1 jour.

Ces absences donnent lieu au versement de la rémunération garantie.

Le travailleur orienté en ESAT bénéficie des autorisations d'absences prévues dans le Code du travail dans le cadre :

- du suivi de la grossesse
- du congé de maternité
- du congé de paternité
- du congé parental d'éducation
- du congé de présence parentale.

Ces absences donnent lieu au versement de la rémunération garantie.

La personne accueillie en ESAT peut également bénéficier de la validation des acquis d'expérience (VAE).

Tout travailleur handicapé accueilli dans un ESAT a droit à une « rémunération garantie » versée par l'établissement ou le service d'aide par le travail qui l'accueille et qui tient compte du caractère à temps plein ou à temps partiel de l'activité qu'il exerce. Cette rémunération est versée dès l'admission en période d'essai du travailleur handicapé sous réserve de la conclusion du contrat de soutien et d'aide par le travail.

Un nouveau système de « rémunération garantie » remplace l'ancienne « garantie de ressources » depuis le 1^{er} janvier 2007.

Le travailleur handicapé qui exerce une activité à caractère professionnel à temps plein admis dans un ESAT perçoit une rémunération comprise entre 55 % et 110 % du SMIC, soit 4,79 EUR et 9,58 EUR de l'heure (depuis le 1^{er} juillet 2008), dans la limite de la durée légale du travail. Cette rémunération est composée pour partie d'une rémunération directe versée par l'établissement et d'une aide au poste versée à l'établissement par l'Etat. Le montant de l'aide au poste figure sur le bulletin de paie du travailleur handicapé.

En cas d'exercice de l'activité à temps partiel, la rémunération est réduite proportionnellement.

Pour les travailleurs, le montant de cette rémunération garantie est compris entre 55 % et 110 % du SMIC ; l'exercice d'une activité à temps partiel, quelle qu'en soit la durée, entraîne une réduction proportionnelle du montant de cette rémunération garantie.

En cas de maladie, la rémunération garantie est maintenue intégralement pendant les périodes indemnisées au titre de l'assurance maladie, les indemnités journalières étant versées à l'ESAT et à l'Etat au prorata de leur participation respective dans la rémunération du travailleur handicapé.

En cas de suspension de l'activité par mesure conservatoire

Lorsque le directeur de l'ESAT prend, à titre de mesure conservatoire, la décision de suspendre le maintien d'un travailleur dans la structure, la rémunération garantie est due pendant la période de suspension.

Règles de cumul avec l'AAH :

Au moment de l'admission en établissement ou service d'aide par le travail (ESAT), la CAF suspend le versement de l'AAH pour réexaminer les droits du titulaire de l'allocation de la façon suivante :

- dès l'attribution de l'aide au poste et de la rémunération garantie : une somme forfaitaire équivalant à 12 fois le montant de l'aide au poste remplace le montant des revenus réels de l'activité du travailleur dans l'ESAT. Cette règle est appliquée jusqu'à l'accomplissement d'une année civile de référence en ESAT, la rémunération garantie pendant cette année est prise en compte pour l'attribution de l'AAH
- puis, lorsque l'intéressé a totalisé une année civile de référence en ESAT, la rémunération garantie pendant cette année est prise en compte pour l'attribution de l'AAH.

Avant comparaison avec le plafond de ressources de l'AAH, ces revenus bénéficient d'un abattement échelonné de 3,5 % à 5 %, selon la part de la rémunération garantie versée par l'ESAT. Ils font ensuite l'objet des déductions et abattements prévus à l'article R532-3 du code de la sécurité sociale.

Cette rémunération peut se cumuler avec l'allocation adulte handicapé (dans la limite de 100 % du SMIC brut calculé pour 151,67 heures). Ce pourcentage est majoré lorsque le bénéficiaire de l'AAH est marié, pacsé ou vit en concubinage (décret n°2006-1752 du 23 décembre 2006, JO du 30 décembre ; article D. 821-10 du CSS). Cette limite est portée :

- à 130 % du SMIC lorsque l'allocataire vit en couple (marié, pacsé ou en concubinage)
- majorée de 15 % du SMIC par enfant ou descendant à charge.

Le cumul de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de la rémunération garantie ne peut excéder 100 % du SMIC brut calculé pour 151,67 heures.

Lorsque le total de l'AAH et de la rémunération garantie excède ce montant, l'AAH est réduite en conséquence.

Passerelles avec le milieu ordinaire pour les travailleurs handicapés admis dans un ESAT (Décret n°2007-874, du 14 mai 2007, paru au J.O. du 15 mai 2007 ; CASF, articles R. 344-17 et suivants) :

Mise à disposition : lorsque l'exercice d'une activité à caractère professionnel en milieu ordinaire de travail est susceptible de favoriser l'épanouissement personnel et professionnel et de développer la capacité d'emploi de travailleurs handicapés admis dans un ESAT, cet établissement ou ce service, peut, avec l'accord des intéressés, mettre une ou plusieurs personnes handicapées à la disposition d'une entreprise, d'une collectivité territoriale, d'un établissement public, d'une association ou de toute autre personne morale de droit public ou de droit privé ainsi qu'auprès d'une personne physique. Les personnes accueillies au sein des ESAT peuvent, en fonction de leur capacités et afin de permettre leur évolution vers le milieu ordinaire de travail, être mises à disposition d'une entreprise afin d'y exercer une activité à l'extérieur de l'établissement, tout en restant rattachées à leur ESAT.

Quelles que soient les modalités d'exercice de cette activité à caractère professionnel en milieu ordinaire de travail, les travailleurs handicapés concernés continuent à bénéficier d'un accompagnement médico-social et professionnel assuré par l'établissement ou le service d'aide par le travail auquel ils demeurent rattachés.

Un contrat écrit doit obligatoirement être passé entre l'ESAT et la personne physique ou morale auprès de laquelle la mise à disposition est réalisée. Ce contrat doit comporter des mentions obligatoires. Lorsqu'il porte sur la mise à disposition individuelle d'un ou plusieurs travailleurs handicapés nommément désignés, sa durée est au maximum de deux ans et il doit être communiqué à la Maison départementale des personnes handicapées dans les quinze jours qui suivent sa signature. La prolongation au-delà de deux ans de cette mise à disposition de travailleur handicapé est subordonnée à l'accord de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Cet accord est demandé par le directeur de l'ESAT. L'aide accordée par l'ESAT à l'entreprise dans le cadre cette intervention ne peut excéder la durée d'un an, renouvelable deux fois.

L'ESAT peut conclure une convention d'accompagnement avec toute entreprise employant un travailleur handicapé de sa structure :

- en contrat à durée déterminée (CDD)
- ou en contrat d'accompagnement vers l'emploi (CAE)

- ou en contrat initiative emploi (CIE).

Une clause de la convention doit prévoir les modalités de réintroduction du travailleur handicapé dans l'ESAT en cas de rupture du contrat de travail.

Lorsqu'une personne handicapée accueillie dans un ESAT conclut un contrat à durée déterminée (CDD), un contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE) ou un contrat initiative-emploi (CIE), elle peut bénéficier, avec son accord ou celui de son représentant, d'une convention passée entre l'ESAT, son employeur et éventuellement le service d'accompagnement à la vie sociale. Cette convention précise :

- les modalités de l'aide apportée par l'établissement ou le service d'aide et par le travail
- et éventuellement, le service d'accompagnement à la vie sociale au travailleur handicapé et à son employeur pendant la durée du contrat de travail dans la limite d'une durée maximale d'un an renouvelable deux fois pour cette même durée.

En cas de rupture de ce contrat de travail ou lorsqu'elle n'est pas définitivement recrutée par l'employeur au terme de celui-ci, la personne handicapée est réintégrée de plein droit dans l'ESAT d'origine ou, à défaut, dans un autre ESAT avec lequel un accord a été conclu à cet effet.

β.7. Aides à l'apprentissage

La CDAPH participe à l'aménagement du contrat d'apprentissage et aides à l'apprentissage :

Certaines règles du contrat d'apprentissage sont aménagées pour favoriser la formation du jeune handicapé reconnu travailleur handicapé, tant sur le déroulement du contrat que sur les aides.

Lorsque le contrat d'apprentissage est souscrit par une personne reconnue en sa qualité de travailleur handicapé, la limite d'âge supérieure d'entre en apprentissage, qui est en principe fixée à 25 ans, peut être portée à 30 ans (âge au moment de la conclusion du contrat).

La durée de formation maximale de trois ans peut être portée à quatre ans. Dans ce cas, le pourcentage du SMIC pris en compte pour le calcul de la rémunération est majoré, pendant la période de prolongation, de 15 % par rapport à celui appliqué avant cette période.

En cas de difficultés liées au handicap, la formation peut donner lieu à des aménagements pédagogiques, sur avis de la CDAPH (notamment lieu de la formation, cours par correspondance).

Des aides supplémentaires à l'entreprise sont accordées :

- une prime de l'Etat d'un montant de 520 fois le SMIC horaire brut applicable au premier jour du mois de juillet compris dans la première année d'apprentissage, versée en deux fois, à l'issue de la 1^{re} et de la 2^e année d'apprentissage
- des aides de l'AGEFIPH : subvention de 1.525 € en 2008 par période de 6 mois ou 3.050 € en 2008 par période de 12 mois (apprenti de 30 ans ou plus) ; subvention de 3.050 € en 2008, par période de 6 mois, à l'appui d'un contrat d'apprentissage dans le cadre d'un projet de création d'entreprise ; aides à la formation du tuteur, à l'accessibilité des lieux de travail, à l'aménagement des situations de travail.

À l'issue du contrat d'apprentissage, si l'employeur conclut avec le jeune un contrat à durée indéterminée ou déterminée d'au moins 12 mois, l'AGEFIPH peut lui verser une prime à l'insertion de 1.600 € en 2008.

Des aides sont également attribuées à l'apprenti handicapé :

- une subvention forfaitaire de 1.252 € en 2008 est accordée si la durée d'apprentissage est d'au moins 12 mois et si l'apprenti n'a pas bénéficié d'une prime d'insertion
- une prime à l'insertion de 800 € en 2008 est versée si, à l'issue du contrat d'apprentissage, la personne handicapée signe un CDD ou un CDI de 12 mois au moins et si elle n'a pas perçu la subvention forfaitaire.

Des aides peuvent être accordées au centre de formation des apprentis si les supports pédagogiques doivent être adaptés.

β.8. Aides au contrat de professionnalisation

La CDAPH participe à l'aménagement du contrat de professionnalisation par des aides :

Des aides sont versées aux entreprises pour les inciter à recruter des personnes handicapées. L'employeur peut recevoir :

- une subvention forfaitaire de 1.525 € en 2008 par période de six mois, en appui d'un contrat de professionnalisation des jeunes handicapés de moins de 30 ans
- une subvention forfaitaire de 3.050 euros en 2008 par période de six mois, en appui d'un contrat de

professionnalisation pour les personnes de plus de 30 ans

- une prime à l'insertion de 1.600 € en 2008 pour la signature d'une CDI ou d'un CDD d'au moins douze mois avec la personne handicapée à l'issue de son contrat de professionnalisation
- l'entreprise peut également bénéficier de l'aide à l'accessibilité des situations de travail et de l'aide au tutorat.

La personne handicapée peut recevoir :

- une subvention forfaitaire de 1.525 € en 2008, si le contrat de professionnalisation a une durée d'au moins 12 mois et si la personne n'a pas déjà bénéficié d'une prime à l'insertion
- une prime à l'insertion de 800 € en 2008 pour la signature d'un CDI ou d'un CDD d'au moins douze mois, versée à l'issue du contrat de professionnalisation si la personne handicapée n'a pas perçu la subvention forfaitaire ci-dessus.

Pour être recevable, la demande de subvention doit parvenir au plus tard dans les six mois de l'embauche.

γ La reconnaissance en tant que travailleur handicapé.

Toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites, par suite d'une altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique, est considérée comme travailleur handicapé. Cette qualité doit être reconnue par une administration compétente.

Elle favorise l'accès à l'ensemble des mesures législatives, réglementaires et conventionnelles en matière d'emploi et de formation professionnelle.

Les démarches pour obtenir la qualité de travailleur handicapé sont individuelles.

La qualité de travailleur handicapé est reconnue sur décision de la CDAPH (Ex COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel). Cette Commission est créée au sein de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), qui est seule compétente pour reconnaître la qualité de travailleur handicapé. La personne concernée doit saisir la CDAPH, qui est seule compétente pour reconnaître la qualité de travailleur handicapé.

La demande de reconnaissance doit être déposée à la MDPH du département de résidence de la personne handicapée, ou de département où le demandeur se trouve en traitement ou en rééducation, par :

- la personne handicapée elle-même
- ses parents
- les personnes qui en ont la charge effective
- son représentant légal
- le responsable de l'établissement ou du service social ou médico-social qui assure la prise en charge ou l'accompagnement de la personne. Dans ces derniers cas, la personne handicapée est informée de la saisine de la commission.

A noter : l'orientation dans un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT), à l'exception des associations et des entreprises conventionnées pour l'insertion par l'activité économique ou des entreprises adaptées, vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

L'orientation dans un établissement ou service d'aide par le travail vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Après examen du dossier, la Commission procède à l'audition du demandeur avant de se prononcer sur l'attribution de la qualité de travailleur handicapé.

Le silence gardé par la Commission à l'issue d'un délai de quatre mois à compter du dépôt de la demande à la MDPH vaut décision de refus.

Le travailleur reconnu handicapé peut bénéficier des prestations suivantes :

- l'orientation, par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) vers une entreprise adaptée (ex « atelier protégé »), un établissement ou un service d'aide par le travail (ESAT, ex « centre d'aide par le travail »)
- des stages de préformation professionnelle ou de rééducation professionnelle
- le soutien du réseau de placement spécialisé Cap Emploi
- l'obligation d'emploi à laquelle sont soumis les employeurs du secteur privé et du secteur public
- les aides de l'AGEFIPH (association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées).

Jusqu'au 1^{er} janvier 2006, la reconnaissance de travailleur handicapé s'assortissait du classement à titre temporaire ou définitif, en fonction des capacités professionnelles de la personne et du type d'emploi qui lui était proposé, dans l'une des trois catégories suivantes :

- Catégorie A : handicap léger
- Catégorie B : handicap modéré
- Catégorie C : handicap grave.

Ce classement décidait notamment de l'abattement de salaire éventuellement appliqué au travailleur handicapé dont le rendement professionnel était diminué que pouvaient pratiquer, compte tenu du handicap, les employeurs. Cet abattement de salaire pouvait être compensé dans une certaine mesure par un complément de rémunération à la charge de l'Etat.

Ces dispositions sont supprimées depuis le 1^{er} janvier 2006.

Depuis février 2005, le classement des travailleurs handicapés en catégories A, B, C a été supprimé. Désormais, la loi retient la notion de lourdeur du handicap pour calculer le montant de la contribution que certains employeurs doivent verser à l'Agefiph et pour le versement d'une aide à l'emploi qu'ils peuvent éventuellement recevoir pour favoriser l'emploi des personnes lourdement handicapées.

Une nouvelle distinction intitulée « reconnaissance de la lourdeur du handicap » prend suite depuis le 1^{er} janvier 2008 de l'ancien classement en catégories (A,B,C).

Attention ! Elle n'est pas un attribut de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Elle s'inscrit dans une logique de compensation de l'effort de l'employeur pour l'adaptation d'un travailleur handicapé à son poste de travail, et elle s'appuie sur l'appréciation de l'incidence du handicap sur la capacité de travail d'un travailleur handicapé, au regard d'un poste de travail précis.

La démarche pour en bénéficier ne peut être réalisée qu'à l'initiative exclusive de l'entreprise, ou du travailleur handicapé qui exerce une activité professionnelle non salariée.

Tous les employeurs du secteur privé et du secteur public à caractère industriel et commercial, ainsi que les travailleurs handicapés exerçant une activité professionnelle non salariée, sont concernés par la reconnaissance de la lourdeur du handicap, dès lors qu'ils souhaitent prétendre au versement d'une aide à l'emploi ou à une modulation de leur contribution Agefiph au titre

du maintien dans l'emploi ou de l'embauche d'un bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (lorsqu'ils sont soumis à cette obligation).

Il appartient au directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) de reconnaître la lourdeur du handicap d'un bénéficiaire de l'obligation d'emploi après consultation d'un dossier déposé par l'employeur ou le travailleur handicapé non salarié.

Son évaluation tient compte du surcoût économique restant à la charge de l'employeur ou du travailleur handicapé non salarié, malgré l'aménagement optimal du poste de travail et les travaux indispensables à l'accueil d'un travailleur handicapé ou à son maintien à un poste de travail précis. Pour cela, il examine l'évaluation des charges induites par le handicap.

Ces charges induites doivent être pérennes, comme par exemple :

- une organisation particulière de l'activité
- un accompagnement social ou professionnel
- un tutorat
- un manque à gagner pour l'employeur du fait d'une productivité moindre du travailleur handicapé par rapport à un travailleur valide.

Dans le cas d'un dossier déposé par un travailleur handicapé exerçant une activité non salariée, le demandeur doit être en mesure de justifier que son activité se retrouve significativement diminuée après aménagement optimal de son poste.

L'employeur occupant un bénéficiaire de l'obligation d'emploi doit adresser une demande à la DDTEFP où est situé l'établissement auquel le bénéficiaire de l'obligation d'emploi est rattaché.

La lourdeur du handicap est reconnue si le montant du surcoût lié à l'incidence de la lourdeur du handicap après aménagement optimal du poste est supérieur ou égale à 20 % du produit du Smic horaire par le nombre d'heures correspondant à la durée collective du travail applicable dans l'établissement ou, pour les travailleurs handicapés exerçant une activité non salariée par la durée légale du travail.

Cette demande sur papier libre est accompagnée :

- Du justificatif de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi du travailleur handicapé

- De la fiche d'aptitude établie par le médecin du travail avec ses préconisations et de son avis circonspecté
- Du détail et du coût des aménagements réalisés par l'employeur pour optimiser le poste de travail et l'environnement du bénéficiaire
- Le cas échéant, de la liste et du montant des aides versées par l'AGEFIPH
- D'une évaluation des charges induites par le handicap, indépendamment des coûts d'aménagement du poste.

Cette reconnaissance est réévaluée tous les trois ans.

Lorsque le bénéficiaire présente un taux d'invalidité ou d'incapacité permanente égale ou supérieure à 80 %, l'employeur peut proposer un budget prévisionnel des aménagements qu'il compte réaliser au cours de l'année ainsi qu'un surcoût prévisionnel. La reconnaissance n'est accordée que pour un an.

Grâce à la reconnaissance de la lourdeur du handicap, les entreprises soumises à l'obligation d'emploi peuvent obtenir à ce titre une modulation de leur contribution AGEFIPH ou l'attribution d'une aide à l'emploi.

Les contestations des décisions relatives à la reconnaissance ou la non-reconnaissance du statut de travailleur handicapé doivent être portées devant la juridiction administrative, c'est-à-dire devant le Tribunal administratif par lettre recommandée avec avis de réception comportant les nom, prénom, adresse, et numéro du dossier à la CDAPH dans un délai de 1 mois (article L.323.11 du Code du travail, article L.241.6 du Code de l'action sociale et des familles).

L'appel du jugement du Tribunal administratif est fait auprès de la Cour administrative d'appel. Le recours contre un arrêt de la Cour administrative d'appel est porté devant le Conseil d'Etat (voir encadré 4).

δ. En matière des droits

La CDAPH apprécie si l'état ou le taux d'incapacité de la personne handicapée justifie l'attribution de l'allocation d'éducation d'enfant handicapé voire de son complément ou s'il s'agit d'un adulte, l'attribution de l'allocation adulte handicapé et de son complément.

Elle apprécie les besoins en compensation de l'enfant ou de l'adulte, justifie l'attribution de la prestation de compensation.

Elle apprécie si les capacités de travail justifient l'attribution du complément de ressources.

Encadré 4

Modèle de lettre de recours devant le Tribunal administratif pour contestation d'un refus de reconnaissance du statut de travailleur handicapé :

Nom Prénom

Profession

Adresse du requérant

Monsieur ou Madame le Président du
Tribunal Administratif de ...

Adresse du tribunal administratif

Lettre recommandée avec accusé de réception.

Monsieur ou Madame le Président du Tribunal Administratif,

Par lettre du ...,

Le CDAPH de ... vient de me notifier la décision suivante :

Au refus opposé à ma demande de reconnaissance du statut de travailleur handicapé (cf. photocopie ci-jointe),

J'ai l'honneur de former un recours contre cette décision, dont je conteste le bien fondé pour les motifs suivants :

...

(A titre d'exemple, la victime pourrait écrire le motif suivant :

« en effet, je considère que le refus opposé à ma demande de reconnaissance du statut de travailleur handicapé n'est pas justifié, puisque je souffre des affections suivantes, qui entraînent un handicap majeur, pour l'exercice de ma profession de ... »).

Je vous prie d'agréer, Monsieur ou Madame, le Président du Tribunal Administratif, l'expression de mes sentiments profondément respectueux.

A ... Le ...

Signature

Elle reconnaît la qualité ou non de travailleur handicapé.

Elle décide de l'attribution ou non de la carte d'invalidité ou de la carte « priorité pour personnes handicapées ».

Elle statue sur l'accompagnement des personnes handicapées de plus de 60 ans résidant dans les établissements de personnes handicapées adultes.

cc. Fonctionnement

La commission délibère valablement si le quorum de 50 % des membres est atteint. A défaut elle délibère valablement sans quorum à quinzaine.

Ses décisions sont prises à la majorité simple, et en cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Cependant lorsque la décision porte sur l'attribution de la prestation de compensation les voix sont pondérées en fonction de la règle suivante :

- lorsque le nombre $n1$ des membres présents de la commission qui représentent le département est inférieur ou égal au nombre $n2$ des autres membres présents ayant voix délibératives, un coefficient $x = (n2+1) / n1$ est appliqué aux voix des représentants du département. Dans cette dernière hypothèse, la voix du président n'est jamais prépondérante.

La personne handicapée ou le cas échéant son représentant légal, est informé au moins deux semaines à l'avance de la date et du lieu de séance au cours de laquelle la commission se prononcera sur sa demande ainsi que de la possibilité de se faire assister ou de se faire représenter par la personne de son choix.

Les décisions de la commission sont prises au nom de la maison départementale des personnes handicapées.

Leur durée de validité ne peut être inférieure à un an ni excéder 5 ans sauf dispositions législatives ou réglementaires contraires.

La décision de la commission est notifiée par son président à la personne handicapée ou son représentant légal, ainsi qu'aux organismes concernés.

La CDAPH siège en formation plénière ou en sections. La commission exécutive de la MDPH peut décider d'organiser la CDAPH en sections locales ou spécialisées chargées de préparer les décisions de la commission.

Dans ce dernier cas, elle doit comporter obligatoirement un tiers de représentants de personnes handicapées et de leur famille.

La commission plénière s'occupera des dossiers urgents et difficiles tandis que les sections s'occuperont plutôt des dossiers ordinaires.

Une procédure simplifiée a été instituée. La CDAPH peut adopter une procédure simplifiée de prise de décision et désigner en son sein les membres habilités à la mettre en œuvre sauf opposition de la personne handicapée concernée ou de son représentant légal. Si une personne handicapée ou s'il y a lieu son représentant légal s'oppose à une procédure simplifiée de décision, concernant les demandes qu'elle formule, elle en fait expressément mention au moment du dépôt de la demande.

La personne est également informée qu'en cas de procédure simplifiée de décision, elle ne sera pas entendue.

La commission peut décider de constituer une ou plusieurs formations comprenant au minimum trois de ses membres ayant voix délibératives, au nombre desquels figurent au moins un représentant du département et un représentant de l'Etat, à laquelle elle peut déléguer le pouvoir de prendre en son nom tout ou partie des décisions dans les matières suivantes :

- Renouvellement d'un droit d'une prestation dont bénéficie une personne handicapée lorsque son handicap ou sa situation n'a pas évolué de façon significative.
- Reconnaissance des conditions prévues au 2^e alinéa de l'article L.381-1 du Code de la Sécurité sociale qui stipule qu'est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, pour autant que ses ressources ou celles du ménage ne dépassent pas le plafond du complément familial et que cette affiliation ne soit pas acquise à un autre titre, la personne et, pour un couple, l'un ou l'autre de ses membres :

1°) ayant la charge d'un enfant handicapé qui n'est pas admis dans un internat, dont l'incapacité permanente est au moins égale à un taux fixé par décret et qui n'a pas atteint l'âge limite d'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;

2°) ou assumant, au foyer familial, la charge d'une personne adulte handicapée dont la commission prévue à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles reconnaît que l'état nécessite une assistance ou une présence définies dans des conditions fixées par décret et dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal au taux ci-dessus rappelé, dès lors que ladite personne handicapée est son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son ascendant, descendant ou collatéral ou l'ascendant, descendant ou collatéral d'un des membres du couple. Les différends auxquels peut donner lieu l'application du présent alinéa relèvent du Contentieux technique de la Sécurité sociale mentionné à l'article L. 143-1 du présent Code.

- Attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention « priorité pour personne handicapée » mentionnées respectivement aux articles L.241-3 et L.241-3-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé répondant aux conditions définies par l'article L.323-10 du Code du travail.
- Situation nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.

Chaque formation rend compte régulièrement à la commission du nombre et du type de décisions prises selon cette procédure simplifiée.

La commission prévoit, dans sa délibération instituant ces formations pour l'attribution de la prestation de compensation, des règles spécifiques transposant à ces formations les règles prévues au 3^e alinéa de l'article R.241-27 du Code de l'action sociale et des familles.

Ne peuvent faire l'objet d'une procédure simplifiée, outre les recours gracieux, les demandes de réexamen d'une présente décision qui n'aurait pas pu être mise en œuvre pour un motif quelconque.

L'organisation en sections peut se faire par tranche d'âge ou par section territoriale ou par domaine de prestations ou par catégorie de handicap.

La décision de la CDAPH doit être motivée et porter mention des voies de recours.

La CDAPH a un délai de 4 mois pour statuer. Au-delà le silence vaut décision de rejet.

dd. Les voies de recours

Lorsqu'une personne handicapée estime qu'une décision de la CDAPH méconnaît ses droits, elle peut demander l'intervention d'une personne qualifiée chargée de proposer des mesures de conciliation. La liste de ses personnes qualifiées est établie par la MDPH.

Lorsqu'on dépose une procédure de conciliation auprès de la MDPH, ce recours est traité par le médiateur de la MDPH, qui est un médiateur salarié par MDPH.

Si on ne souhaite pas avoir de contact avec ce médiateur salarié de la MDPH, la personne handicapée, peut demander alors, l'intervention d'une personne qualifiée nommé par la MDPH, personne bénévole et indépendante de la structure de la MDPH.

Dans les deux cas, l'objectif est de proposer des mesures de conciliation.

L'engagement d'une procédure de conciliation suspend les délais de recours.

Pour la mise en œuvre de la procédure de conciliation, une personne qualifiée est désignée par le directeur de la MDPH et examine le dossier.

Elle a deux mois pour effectuer sa mission. Elle établit un rapport et le transmet à la MDPH ainsi qu'au demandeur. Pendant ce délai, les recours contentieux sont suspendus.

Cette faculté de recours de conciliation s'exerce sans préjudice des autres voies de recours possible contre les décisions de la MDPH.

d. L'équipe pluridisciplinaire

Elle propose un plan de compensation tenant compte des souhaits exprimés et du projet de vie de la personne.

L'équipe pluridisciplinaire de MDPH peut se rendre sur le lieu de vie de la personne handicapée.

L'article L.146-8 du Code de l'action sociale et des familles établit que :

« – Une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de

références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap. Elle entend, soit sur sa propre initiative, soit lorsqu'ils en font la demande, la personne handicapée, ses parents lorsqu'elle est mineure ou son représentant légal. Dès lors qu'il est capable de discernement, l'enfant handicapé lui-même est entendu par l'équipe pluridisciplinaire. L'équipe pluridisciplinaire se rend sur le lieu de vie de la personne, soit sur sa propre initiative, soit à la demande de la personne handicapée. Lors de l'évaluation, la personne handicapée, ses parents ou son représentant légal peuvent être assistés par une personne de leur choix. La composition de l'équipe pluridisciplinaire peut varier en fonction de la nature du ou des handicaps de la personne handicapée dont elle évalue les besoins de compensation ou l'incapacité permanente. »

« L'équipe pluridisciplinaire sollicite, en tant que de besoin et lorsque les personnes concernées en font la demande, le concours d'établissements ou services visés au 11° du 1 de l'article L.312-1 ou des centres désignés en qualité de centres de référence pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares. »

Le décret n° 2005-1.587 du 19 décembre 2005 stipule les articles suivants du Code de l'action sociale et des familles :

« Article R. 146-27 – L'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L.146-8 du Code de l'action sociale et des familles réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle. Sa composition doit permettre l'évaluation des besoins de compensation du handicap quelle que soit la nature de la demande et le type de ou des handicaps ; cette composition peut varier en fonction des particularités de la situation de la personne handicapée.

« Les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont nommés par le directeur de la maison départementale, qui désigne en son sein un coordonateur chargé d'assurer son organisation et son fonctionnement.

« Le directeur peut, sur proposition du coordonnateur, faire appel à des consultants chargés de contribuer à l'expertise de l'équipe pluridisciplinaire. »

« Article R.146-28 – L'équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée en tenant compte des souhaits de la personne handicapée, formalisés dans son projet de vie. La maison départementale des personnes handicapées apporte son

aide, sur leur demande, à la personne handicapée, ou à son représentant légal, pour la confection de ce projet de vie.

« L'équipe pluridisciplinaire détermine, le cas échéant, un taux d'incapacité permanente en application du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 au décret n° 2004-1.136 du 21 octobre 2004 relatif au Code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire).

Elle se fonde en outre sur les référentiels prévus par des réglementations spécifiques pour l'accès à certains droits ou prestations.

« Article R.146-29 – Le plan personnalisé de compensation est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire au terme d'un dialogue avec la personne handicapée relatif à son projet de vie. Il comprend des propositions de mesures de toute nature, notamment concernant des droits ou des prestations mentionnées à l'article L.241-6 du Code de l'action sociale et des familles destinées à apporter, à la personne handicapée, au regard de son projet de vie, une compensation aux limitations d'activités ou restrictions de participation à la vie en société qu'elle rencontre du fait de son handicap. »

« Le plan personnalisé de compensation comporte, le cas échéant, un volet consacré à l'emploi et à la formation professionnelle ou le projet personnalisé de scolarisation mentionné à l'article L.112-2 du Code de l'éducation.

« Le plan de compensation est transmis à la personne handicapée ou, le cas échéant, à son représentant légal, qui dispose d'un délai de quinze jours pour faire connaître ses observations. La Commission des droits et l'autonomie des personnes handicapées est informée de ces observations. »

Cette équipe pluridisciplinaire est composée de professionnels aux compétences différentes et complémentaires : médecins, ergothérapeutes, psychologues mais aussi professionnels du travail social, de l'accueil scolaire ou de l'insertion professionnelle.

« Art. R. 146-27 – L'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L.146-8 réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle. Sa composition doit permettre l'évaluation des besoins de compensation du handicap quelle que soit la nature de la demande et le type de ou des handicaps ; cette compo-

sition peut varier en fonction des particularités de la situation de la personne handicapée.

« Les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont nommés par le directeur de la maison départementale, qui désigne en son sein un coordonateur chargé d'assurer son organisation et son fonctionnement.

« Le directeur peut, sur proposition du coordonateur, faire appel à des consultants changés de contribuer à l'expertise de l'équipe pluridisciplinaire. »

« Art. R 146-28 – L'équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée en tenant compte des souhaits de la personne handicapée, formalisés dans son projet de vie. La maison départementale des personnes handicapées apporte son aide, sur leur demande, à la personne handicapée, ou à son représentant légal, pour la confection de ce projet de vie.

« L'équipe pluridisciplinaire détermine, le cas échéant, un taux d'incapacité permanente en application du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 au décret n°2004-1.136 du 21 octobre 2004 relatif au Code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire). Elle se fonde en outre sur les référentiels prévus par des réglementations spécifiques pour l'accès à certains droits ou prestations. »

Pour aider l'équipe pluridisciplinaire dans sa démarche, un guide d'évaluation prenant en compte l'ensemble de la situation notamment matérielle, familiale, sanitaire, scolaire, professionnelle et psychologique de la personne handicapée vient d'être publié (décret 2008-110 du 6 février 2008, arrêté du 6 février 2008)

La finalité de ce guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 au décret n°2004-1.136 du 21 octobre 2004 relatif au Code de l'action sociale et des familles est de permettre la détermination d'un taux d'incapacité pour l'application de la législation en matière d'avantages sociaux aux personnes atteintes d'un handicap.

De manière générale, le taux d'incapacité d'une personne est fixé, quel que soit son âge, à partie de l'analyse de ses déficiences et de leurs conséquences dans sa vie quotidienne et non sur la seule nature médicale de l'affection qui en est l'origine.

Il a fait l'objet de plusieurs modifications depuis la création de la prestation de compensation. La dernière en date traduit une évolution, pour les cas d'affections chroniques, vers une évaluation qui tiendrait compte davantage des conséquences sur la vie quotidienne que

des déficiences ou incapacités (décret 2007-1.574 du 6 novembre 2007).

Le guide-barème ne fixe pas de taux d'incapacité précis. En revanche, il indique des fourchettes de taux d'incapacité, identifiant, suivant les chapitres, trois à cinq degrés de sévérités (en général 4) :

- forme légère : taux de 1 à 15 %
- forme modérée : taux de 20 à 45 %
- forme importante : taux de 50 à 75 %
- forme sévère : taux de 80 à 95 %.

Les seuils de 50 % et de 80 %, s'ils sont atteints, peuvent ouvrir droit à divers avantages ou prestations.

Exemples : extrait du guide d'évaluation – CASF Annexe 2-4 :

Un taux de 50 % correspond à des troubles importants entraînant une gêne notable dans la vie sociale de la personne. L'entrave peut-être, soit complètement réparée dans la vie de la personne, soit compensée afin que cette vie sociale soit préservée mais aux prix d'efforts importants ou de la mobilisation d'une compensation spécifique. Toutefois, l'autonomie est conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne.

Un taux d'au moins 80 % correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle. Cette autonomie individuelle est définie comme l'ensemble des actions que doit mettre en œuvre une personne vis-à-vis d'elle-même, dans la vie quotidienne. Dès lors qu'elle doit être aidée totalement ou partiellement, ou surveillée dans leur accomplissement, ou ne les assure qu'avec les plus grandes difficultés, le taux de 80 % est atteint.

C'est également le cas lorsqu'il y a déficience sévère avec abolition d'une fonction.

Il n'est pas nécessaire que la situation médicale de la personne soit stabilisée pour déterminer un taux d'incapacité. La durée prévisible des conséquences doit cependant être au moins égale à un an pour déterminer le taux.

« Art. R.146-29 – Le plan personnalisé de compensation est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire au terme d'un dialogue avec la personne handicapée relativ à son projet de vie. Il comprend des propositions de mesures de toute nature, notamment concernant des droits ou des prestations mentionnées à l'article L.241-6 destinées à apporter, à la personne handicapée, au regard de son projet de vie, une compensation aux limitations d'acti-

vités ou restrictions de participation à la vie en société qu'elle rencontre du fait de son handicap. »

« Le plan personnalisé de compensation comporte, le cas échéant, un volet consacré à l'emploi et à la formation professionnelle ou le projet personnalisé de scolarisation mentionné à l'article L.112-2 du code de l'éducation.

« Le plan de compensation est transmis à la personne handicapées ou, le cas échéant, à son représentant légal, qui dispose d'un délai de quinze jours pour faire connaître ses observations. La commission des droits et l'autonomie des personnes handicapées est informée de ces observations. »

Le plan personnalisé de compensation est alors étudié par le CDAPH. La CDAPH prend une décision qui est notifiée par écrit au demandeur, si le demandeur le souhaite il peut demander à être auditionné par la CDAPH qui doit l'informer rapidement et par écrit dès que l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH lui a communiqué le projet de plan personnalisé de compensation qui contient l'ensemble de ces propositions.

e. L'équipe de veille pour les soins infirmiers

« Art. L.146-11 – il est créé au sein de la maison départementale des personnes handicapées une équipe de veille pour les soins infirmiers qui a pour mission :

- 1° L'évaluation des besoins de prise en charge de soins infirmiers
- 2° la mise en place de dispositifs permettant d'y répondre
- 3° la gestion d'un service d'intervention d'urgence auprès des personnes handicapées. »

« Cette équipe peut être saisie par le médecin traitant avec l'accord de la personne handicapée ou par la personne elle-même. Dans les dix jours qui suivent la date du dépôt du dossier de demande, l'équipe procède à l'évaluation précise des besoins d'accompagnement de la personne en soins infirmiers et propose des solutions adaptées. En cas de défaillance, elle intervient auprès des services de soins existants pour qu'une solution rapide soit trouvée.

f. Le référent pour l'insertion professionnelle

Un référent pour l'insertion professionnelle est désigné au sein de chaque maison départementale des per-

sonnes handicapées (Circulaire DGEFP-2007-1 du 15 janvier 2007).

Sa mission est de veiller à ce que l'équipe pluridisciplinaire intègre la dimension professionnelle dans le projet de vie de la personne handicapée.

Il est chargé :

- De faire le lien entre cette équipe et le service public de l'emploi
- D'organiser les modalités concrètes de participation des acteurs du service public de l'emploi aux travaux de cette équipe (préparation et suivi des différentes conventions de coopération)
- Et de coordonner les actions d'accompagnement social ou médico-social avec le parcours d'accompagnement vers l'emploi mis en œuvre par le service public de l'emploi.

g. La personne qualifiée chargée de proposer des mesures de conciliation

L'article L.146-10 du Code de l'action sociale et des familles stipule que sans préjudice des voies de recours mentionnées à l'article L.241-9 lorsqu'une personne handicapée, ses parents si elle est mineure, ou son représentant légal estiment qu'une décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées méconnaît ses droits, ils peuvent demander l'intervention d'une personne qualifiée chargée de proposer des mesures de conciliation. La liste des personnes qualifiées est établie par la maison départementale des personnes handicapées.

« Art.R.146-34 du Code de l'action sociale et des familles – En cas de désaccord avec une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, la personne handicapée peut demander au directeur de la maison départementale des personnes handicapées de désigner une personne qualifiée. »

« Art. R. 146-32 du Code de l'action sociale et des familles – les conditions suivantes sont exigées des personnes qualifiées pour figurer sur la liste mentionnée à l'article L.146-10 du Code de l'action sociale et de familles :

- 1° ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation, d'une incapacité ou d'une déchéance mentionnées sur le bulletin n° 2 du casier judiciaire
- 2° n'avoir pas été l'auteur de faits contraires à l'honneur, à la probité et aux bonnes moeurs ayant donné

lieu à une sanction disciplinaire ou administrative de destitution, radiation, révocation, de retrait d'agrément ou d'autorisation

- 3° posséder par l'exercice présent ou passé d'une activité professionnelle ou bénévole, la qualification requise eu égard à la nature des différends à régler
- 4° présenter les garanties d'indépendance nécessaires à l'exercice de la mission de conciliation. »

« Art. R.146-33 du Code de l'action sociale et des familles – La fonction de conciliation est exercée à titre gratuit.»

5. Les moyens financiers de la loi

Ils sont apportés par les fonds procurés par la journée de solidarité de l'ordre de 500 millions d'euros destinés à financer la prestation de compensation du handicap, le fonctionnement des MDPH.

En conclusion, cette loi aboutit à un tournant important en faveur des personnes handicapées mais des problèmes restent en suspens :

- La proximité des MDPH est-elle suffisante pour les personnes handicapées ?
- Les financements prévus suffiront-ils à la mise en œuvre de cette réforme malgré les promesses des politiques ?

On assiste d'autre part à un rôle moins important du médecin puisqu'il ne constitue plus qu'une partie de l'équipe pluridisciplinaire au sein de la MDPH qui est chargée d'étudier le cas de chaque personne handicapée. Son rôle réside également dans la détection du handicap.

B. L'A.G.E.F.I.P.H. (L'ASSOCIATION NATIONALE DE GESTION DES FONDS POUR L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPÉES)

1. Généralités

Ce fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) a été créé par la loi du 10-07-1987 en faveur de l'emploi des travailleurs

handicapées. C'est une association privée (loi 1901), composée de représentants d'organisations d'employeurs, de syndicats, de salariés, d'associations de personnes handicapées et de personnalités qualifiées. Elle a été agréée en 1988 par le ministre chargé de l'Emploi.

Adresse de l'AGEFIPH (siège) :

192, avenue Aristide Briand
92226 Bagneux Cedex
Tel. : 01.46.11.00.11 / Fax : 01.46.11.00.12
Site Internet : www.agefiph.asso.fr

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité exerce un droit de regard sur l'AGEFIPH, puisque son programme d'activités et son financement doivent être approuvés par lui. La gestion technique et politique est autonome.

L'AGEFIPH est chargée de collecter les contributions financières volontaires des entreprises privées qui ne satisfont pas à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, et qui n'atteignent pas le quota d'emploi de 6 % pour les entreprises privées d'au moins 20 salariés par la loi du 10-07-1987 et confirmé par la loi 2005 du 11 février 2005. Les fonds ainsi collectés doivent être distribués et servir à financer, par le biais de subventions ou d'aides, des actions favorisant l'embauche, le maintien dans l'emploi et la formation professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail.

Le montant de la contribution.

Le montant de la contribution est fixé par le bénéficiaire non employé à :

- 400 fois le SMIC pour les entreprises comptant de 20 à 199 salariés
- 500 fois le SMIC pour les entreprises comptant de 200 à 749 salariés
- 600 fois le SMIC pour les entreprises comptant de 750 salariés et plus.

Pour les établissements qui n'ont occupé aucun bénéficiaire, n'ont passé aucun contrat ou n'appliquent aucun accord pendant une période supérieure à trois ans, il est fixé à 1 500 fois le SMIC quel que soit le nombre de salarié de l'entreprise.

Les entreprises peuvent déduire du montant de la contribution certaines dépenses qu'elles ont engagées pour favoriser l'accueil, l'insertion ou le maintien dans l'emploi des personnes handicapées (Décret n° 2006-136 du 9 février 2006, JO du 10 février 2006).

2. La convention d'objectifs entre l'Etat et l'Agefiph

La loi du 11 février prévoit qu'une convention d'objectifs soit conclue tous les trois ans entre l'Etat et l'Agefiph, fixant notamment leurs engagements réciproques contribuant à la cohésion entre les mesures de droit commun, (formation, emploi) et celles arrêtées par l'Agefiph. Cette convention déterminera les moyens financiers nécessaires pour atteindre ces objectifs.

La loi du 11 février 2005 inscrit explicitement l'intervention de l'AGEFIPH comme élément indispensable dans l'emploi des personnes handicapées. Des conventions triannuelles sont conclues entre l'Etat et l'AGEFIPH. La dernière date du 20 février 2008 : elle formalise une stratégie d'actions qui doit être développée afin d'améliorer l'emploi des personnes handicapées. Cette convention d'objectifs 2008-2010 fixe quatre objectifs prioritaires :

- mettre en place et consolider des politiques régionales concertées de formation. Cette priorité donnée à la formation vise à répondre à un des freins majeurs à l'accès à l'emploi des personnes handicapées : leur niveau de qualification. Le médiateur de la République a relevé dans son rapport de 2007 que moins de 20 % des demandeurs d'emploi handicapés avaient le baccalauréat.

Un des facteurs d'explication serait les difficultés d'accéder à la scolarisation, malgré les mesures mises en place notamment depuis la loi du 11 février 2005

- développer l'accès durable à l'emploi des personnes handicapées. Cet objectif est destiné à répondre à la diminution régulière des contrats à durée indéterminée en faveur des personnes handicapées. L'efficience des organes de placement CAP emploi va être recherchée. L'Etat s'engage à fixer des objectifs régionaux de contrats aidés. Par ailleurs, la prime initiative-emploi mise en place par l'AGEFIPH est maintenue en 2008. De même, l'aide à l'embauche par les entreprises ordinaires de travailleurs handicapés sortant d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ou d'une entreprise adaptée est formalisée dans la convention. L'AGEFIPH devrait proposer également aux MDPH, en concertation avec la CNSA, des prestations visant à l'émergence du projet professionnel pour les personnes handicapées ayant sollicité une orientation professionnelle auprès de la CDAPH et créer des aides à destination des créateurs ou repreneurs d'entreprise (micro-assurance, garantie bancaire et suivi renforcé)

- réduire le nombre d'« entreprises à quota zéro », c'est-à-dire les entreprises qui n'ont aucun handicapé (environ un quart des établissements assujettis à l'obligation d'emploi de personnes handicapées). A cet effet, l'AGEFIPH aide(ra) les établissements, en particulier ceux qui ont moins de 100 salariés, à rendre accessibles leurs locaux de travail à tous les types de handicap
- améliorer la qualité et la durée des carrières des salariés handicapés.

L'AGEFIPH met en œuvre un nouveau service d'accompagnement de la vie au travail afin d'éviter des sorties d'emploi suite à des inaptitudes.

Ces quatre objectifs devaient être déclinés dans toutes les régions par le biais d'une convention régionale conclue, au plus tard le 30 avril 2008, entre le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et le délégué régional de l'AGEFIPH.

3. Aide financière par l'AGEFIPH après reconnaissance de la lourdeur du handicap

Les entreprises qui recrutent des salariés dont l'efficience est moindre qu'un salarié valide peuvent bénéficier d'une aide financière par l'AGEFIPH et qui a pour but de compenser la « lourdeur » du handicap.

La demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap en vue d'une modulation de la contribution annuelle ou de l'attribution d'une aide à l'emploi est adressée, par pli recommandé avec demande d'avis de réception, par l'employeur d'un bénéficiaire de l'obligation d'emploi au directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle du département où est situé l'établissement auquel ce bénéficiaire est rattaché.

Cette demande est accompagnée :

- du justificatif de la qualité du bénéficiaire de l'obligation d'emploi
- de la fiche d'aptitude établie par le médecin du travail et son avis circonstancié ; dans le cas du refus du médecin de donner cet avis, l'examen se fait en fonction de la seule fiche d'aptitude
- de la liste des aménagements réalisés par l'employeur pour optimiser le poste de travail et l'environnement du bénéficiaire, ainsi que leur coût (ou

des prévisions d'aménagements du poste de travail et de l'environnement du bénéficiaire que l'employeur s'engage à réaliser au cours de l'année qui suit le dépôt de la demande, ainsi que l'évaluation de leur coût, lorsque le bénéficiaire présente un taux d'invalidité ou d'incapacité permanente égal ou supérieur à 80 %)

- le cas échéant, de la liste et du montant des aides versées par l'AGEFIPH
- d'une évaluation des charges induites par le handicap, compte tenu des coûts d'aménagements.

L'employeur informe le bénéficiaire du dépôt de la demande.

La lourdeur du handicap est reconnue lorsque le montant des charges fixé par le DDTEFP est supérieur ou égal à 20 % du produit du salaire horaire minimum de croissance par le nombre d'heures correspondant à la durée collective du travail applicable dans l'établissement.

La décision sur la lourdeur du handicap fait l'objet d'un réexamen tous les trois ans (un an en cas de prévisions d'aménagement).

Lorsque le bénéficiaire de l'obligation d'emploi change de poste au sein de l'entreprise, ou d'activité non salariée, ou lorsque son handicap évolue, l'employeur ou le bénéficiaire non salarié présente une demande de révision de la décision de reconnaissance de la lourdeur du handicap.

Le montant annuel de l'aide à l'emploi est fixé par poste de travail à 450 fois le SMIC horaire brut (proratisé en fonction du temps de travail), chargé d'un taux forfaitaire de 21.5 % de cotisations patronales fiscales et sociales.

Le montant annuel est majoré si le montant des charges induites est supérieur ou égal à 50 % du produit SMIC horaire multiplié par le nombre d'heures correspondant à la durée collective du travail applicable dans l'établissement ou pour les bénéficiaires exerçant une activité professionnelle non salariée, la durée légale du travail. Il est fixé, par poste de travail à plein temps, à 900 fois le SMIC horaire brut, chargé d'un taux forfaitaire de 21.5 % de cotisations patronales fiscales et sociales.

Cette aide est versée trimestriellement aux employeurs ou aux bénéficiaires exerçant une activité professionnelle non salariée (Circulaire DGEF, n° 2006-07 du 22 février 2006). ■

BIBLIOGRAPHIE

DANG-VU V. – *L'indemnisation du préjudice corporel*, Paris : Editions L'Harmattan, troisième édition, 2010.

Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, annexé au décret n° 93-1216 du 4-11-1993 paru au *Journal Officiel* du 6-11-1993, pages 15.384-15.401; édité aussi dans les publications du C.T.N.E.R.H.I., 236 bis rue de Tolbiac 75013 Paris, 2007.

Guide Néret, droits des personnes handicapées 2008, CTNE-RHI Groupe liaisons, 1 rue Eugène et Armand Peugeot 92856 Rueil-Malmaison Cedex.

KATZ A. – *Lamy Protection Sociale*. Paris : Editions Lamy S.A., 2009.

LEGRAND P., AUBIJOUX J., DEVEAU A., HOURTOULLE J.L. – *Handicap et dépendance : l'évaluation*. 1 vol., 448 p. Paris : Editions Berger-Levrault, 1^{re} édition, 2002.

SEDLETZKI M. – Douleur, COTOREP et Sécurité sociale. *Revue française du dommage corporel*, 1995, 2, 153-156.

WOOD P.H.N. – Comment mesurer les conséquences de la maladie : la classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps. *Chronique O.M.S.*, 1980, 34, 400-405.

WOOD P.H.N./O.M.S. : Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies. Paris, C.T.N.E.R.H.I.-I.N.S.E.R.M., 1988, (*Flash informations*, n° hors série 165), 202 pages.

Les prestations sociales offertes aux handicapés

Vincent DANG VU¹

RÉSUMÉ

L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) assure un revenu d'existence pour faire face aux dépenses de la vie courante. La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) est une aide financière destinée à financer des besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Les allocations pour enfant handicapé comprennent l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) et le congé de présence parentale, l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP). La carte d'invalidité est fournie à toute personne handicapée dont le taux d'incapacité permanente est au moins de 80 %.

Mots-clés : Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), Prestation de Compensation du Handicap (PCH), Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH), Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), carte d'invalidité, carte européenne de stationnement pour personne handicapée.

SUMMARY

Allowances proposed to the disabled

The AAH (Allocation aux Adultes Handicapés – Disabled Adult Allowance) ensures an income to cope with the expenses of everyday life. The PCH (Prestation de Compensation du Handicap – Disability Compensation Benefit) is financial help designed to finance needs connected with disabled people's loss of independence. Allowances for disabled children include the AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé – Education Allowance for Disabled Children) and parental presence leave, the AJPP (Allocation Journalière de Présence Parentale – Daily Allowance for Parental Presence). The disability card is provided to every disabled person whose permanent disability rate is at least 80%.

Keywords: AAH (Allocation aux Adultes Handicapés – Disabled Adult Allowance), PCH (Prestation de Compensation du Handicap – Disability Compensation Benefit), AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé – Education Allowance for Disabled Children), AJPP (Allocation Journalière de Présence Parentale – Daily Allowance for Parental Presence), disability card, European parking permit for disabled persons.

1. Ancien interne des Hôpitaux de Nancy, Ancien Assistant chef de clinique.
Rhumatologie – Radiologie osseuse – Electromyographie.
Adresse : 17, Grande allée de la Faisanderie, 77185 Lognes, France.

A. L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS (A.A.H.)

En 1994 : 536 185 personnes ont bénéficié de l'Allocation aux Adultes Handicapés dont 60 % à taux plein.

1. Définition

Cette Allocation est destinée aux personnes handicapées aux revenus modestes. L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) est un revenu d'existence assuré par l'Etat aux personnes handicapées, pour faire face aux dépenses de la vie courante.

La demande d'Allocation doit être adressée à la MDPH du lieu de résidence.

2. Les formalités d'obtention

Les demandeurs ou bénéficiaires d'AAH doivent prioritairement faire valoir leurs droits à un avantage vieillesse ou invalidité ou accident du travail lorsqu'ils peuvent y prétendre. Ces dispositions sont applicables également aux avantages dus au titre d'une législation étrangère (Circ. CNAF. N°2006-07, 8 février 2006).

La demande d'Allocation doit être faite auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), qui aidera la personne et la renseignera sur ses autres droits éventuels. La demande d'AAH, accompagnée de toutes les pièces justificatives utiles, est adressée à la maison départementale des personnes handicapées du lieu de résidence de l'intéressé (CSS, Art R.821-3).

La MDPH transmet le dossier à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), chargée de statuer sur les conditions médicales d'attribution de l'AAH (évaluation de l'incapacité).

Un autre exemplaire du dossier est également transmis à la Caisse d'allocations familiales (CAF) pour qu'elle puisse étudier le plus tôt possible si les conditions administratives sont remplies (conditions de ressources, de régularité du séjour de l'étranger notamment).

La décision de la CDAPH est transmise à la CAF. Au vu de la décision de la commission et après avoir vérifié que le demandeur remplit les conditions administratives et financières exigées, la CAF prend la décisi-

sion de liquider la prestation. Si toutes les conditions sont remplies, la CAF verse l'Allocation.

Le délai maximum de réponse prévu est de 5 mois.

Le silence gardé pendant plus de 4 mois par la CDAPH sur une demande d'AAH vaut décision de rejet.

Le silence gardé pendant plus de 1 mois par la CAF, à compter de la date de décision de la CDPAH, vaut décision de rejet.

L'AAH est attribuée à compter du premier jour du mois civil suivant celui du dépôt de la demande.

Par exemple, si la demande est déposée le 12 février, le droit sera ouvert le 1er mars.

Le droit à l'Allocation peut, à la demande de l'intéressé, de l'organisme débiteur ou du préfet être révisé avant la fin de la période fixée, en cas de modification de l'incapacité du bénéficiaire.

L'organisme débiteur est soit la caisse d'allocations familiales, soit la caisse de mutualité sociale agricole du lieu de résidence de l'intéressé (CSS, art. R 821-6) (voir encadré 1).

3. Les conditions d'obtention de l'Allocation aux Adultes Handicapés (A.A.H.)

L'AAH est attribuée à partir d'un certain taux d'incapacité, sous réserve de remplir des conditions de résidence, d'âge et de ressources.

Elle est accordée sous condition de ressources, par la MDPH (article L.821 – 4 du Code de la Sécurité sociale, article L.323 – 11 du Code du travail).

Pour avoir droit à l'Allocation aux Adultes Handicapés (A.A.H.), il faut remplir certaines conditions :

a. Condition de régularité de séjour

Pour les membres de l'Union européenne, de l'espace économique européen, de la Suisse, être ressortissant, ainsi que les membres de leur familles, dans tous ces cas, il n'est pas obligé de produire un titre de séjour pour l'ouverture du droit au prestations. Pour les étrangers d'autres nationalités, il faut justifier de la régularité de son séjour en France, (article D.115-1 du Code de la Sécurité sociale, article L.821-1 du Code de la Sécurité sociale).

Encadré 1**Modèle de demande d'octroi de l'allocation aux adultes handicapés**

Nom, prénom

A (lieu), le (date)

Adresse

Monsieur ou madame le Secrétaire de la M.D.P.H.

Objet : demande d'octroi de l'allocation
aux adultes handicapés

Monsieur (ou Madame) le Secrétaire de la MDPH,

Je suis handicapé (préciser éventuellement le taux octroyé par la MDPH). C'est pourquoi j'ai l'honneur de solliciter l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés.

Je vous saurais gré de bien vouloir m'adresser les imprimés à remplir et de me préciser les documents à fournir.

Je vous prie d'agréer, Monsieur (ou Madame) le Secrétaire de la MDPH, l'expression de mes sentiments les plus respectueux,

Signature

b. Condition de résidence

La personne handicapée doit résider sur le territoire métropolitain ou dans un département d'Outre Mer ou à Saint Pierre et Miquelon (article L.821-1 du Code de la Sécurité sociale).

Est considérée comme résidante sur le territoire métropolitain ou dans les DOM ou à Saint Pierre et Miquelon, la personne handicapée qui y réside de façon permanente. Est également réputée y résider la personne handicapée qui accomplit hors de ces territoires :

- soit un ou plusieurs séjours dont la durée n'excède pas trois mois au cours de l'année civile. En cas de séjour de plus de trois mois hors de ces territoires, soit de date à date, soit sur une année civile, l'allocation aux adultes handicapés n'est versée que pour les seuls mois civils complets de présence sur ces territoires
- soit un séjour de plus longue durée lorsqu'il est justifié que le séjour est nécessaire pour lui permettre, soit de poursuivre ses études, soit d'apprendre une langue étrangère, soit de parfaire sa formation professionnelle.

On doit avoir résidé en France pour les membres de l'union européenne, et des autres états partie à l'accord sur l'espace économique européen, depuis plus de 3 mois à la date de la demande.

c. Conditions de handicap

Avoir une incapacité permanente d'au moins 80 % ou, si l'incapacité est comprise entre 50 et 80 %, (article 35 de la Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées n° 75 – 534 du 30 juin 1975 parue au Journal Officiel des 30 juin 1975 et 1 juillet 1975 et rectificatif paru au Journal Officiel du 18 juillet 1975, décret n° 77 – 1.549 du 31 – 12 – 1977 paru au Journal Officiel du 12 – 1 – 1978 en application de la Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées n° 75 – 534 du 30 juin 1975, articles L.821 – 1, L.821 – 2 du Code de la Sécurité sociale, article D.821 – 1 du Code de la Sécurité sociale) et qui s'est vue reconnaître par la CDAPH, compte tenu de son handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

Il n'est plus nécessaire depuis le 01-01-2009 de ne pas avoir occupé d'emploi depuis une durée d'un an à la date du dépôt de la demande pour pouvoir postuler à l'Allocation aux Adultes Handicapés (A.A.H.) comme cela était le cas auparavant (article 182 de la Loi de finances pour 2009).

Ce taux d'incapacité est apprécié sur la base du Guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles, modifié en dernier lieu par le décret numéro 2007-1574 du 6 Novembre 2007, paru au Journal officiel du 8 Novembre 2007.

d. Conditions d'âge

Avoir dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (article L.821 – 1 du Code de la Sécurité sociale) c'est-à-dire 20 ans,

L'allocation aux adultes handicapés cesse d'être versée à 60 ans, pour les bénéficiaires ayant un taux d'incapacité permanente inférieur à 80 %.

Lorsque l'avantage de vieillesse ou d'invalidité ou la rente d'accident du travail est d'un montant inférieur à celui de l'AAH, une allocation différentielle est versée dans la limite du montant global de l'AAH (Article L821-1 du Code de la sécurité sociale).

Seuls les bénéficiaires de l'AAH dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 80 % peuvent percevoir une AAH différentielle. Les titulaires de l'AAH atteints d'une incapacité permanente d'au moins 80 % peuvent conserver une partie de leur allocation afin de maintenir un niveau de revenu équivalent au plafond annuel de ressources applicable pour l'attribution de l'AAH, soit :

- 7.537.20 € pour une personne seule
- ou 15.074.40 € pour une personne vivant en couple (mariée, vivant en concubinage ou liée par un PACS). Ces plafonds sont majorés de 3.768.60 € par enfant à charge (montants depuis le 1^{er} janvier 2008).

Les bénéficiaires de l'AAH sont réputés inaptes au travail dès l'âge de 60 ans pour faire valoir leur droits à la retraite. Ils sont de ce fait, dispensés de la procédure de reconnaissance de l'inaptitude au travail.

Pour les adultes handicapés âgés de 60 ans, il existe une présomption d'inaptitude au travail à l'âge de 60 ans, au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH (Articles L.821-1 et 821-2 du Code de la sécurité sociale). Une inaptitude au travail est donc acquise de plein droit, sans nécessité de démarche. Les personnes ayant acquis des droits à un avantage contributif de retraite peuvent obtenir la liquidation de la pension de vieillesse à taux plein, pour une inaptitude au travail, dès 60 ans.

Les personnes qui n'ont pas acquis de droit à un avantage contributif de retraite peuvent obtenir l'attribution de l'allocation spéciale complétée par l'allocation supplémentaire.

e. Conditions de ressources d'obtention de l'allocation aux adultes handicapés

Il ne faut pas avoir de ressources supérieures à certains plafonds.

aa. Ressources prises en compte

Les ressources prises en compte pour le calcul du droit à l'AAH sont l'ensemble des revenus nets catégoriels du ménage retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, augmentés ou diminués de certains revenus, charges ou abattements spécifiques. Les ressources prises en compte sont celles de l'allocataire et de son conjoint ou de son concubin ou son partenaire avec lequel il est lié par un pacte civile de solidarité (PACS).

Attention : l'année de référence, retenue pour l'évaluation des ressources servant de calcul de l'AAH, a été modifiée en raison de la suppression de la déclaration de ressources annuelles aux CAF. Cette évaluation, qui intervenait jusqu'alors chaque 1er juillet sur la base des ressources perçues l'année civile précédente, sera dès 2009 réalisée au 1er janvier sur la base des ressources perçues au cours de l'avant-dernière année civile.

Les ressources prises en compte sont celles perçues par l'handicapé, son conjoint, son concubin ou son partenaire du PACS. On ne tient pas compte des revenus des enfants ayant fait l'objet d'une imposition commune. On devra retenir chaque catégorie de revenus, (salaire, pensions, bénéfices non commerciaux...), affectée des déductions des abattements fiscaux spécifiques à chacune de ces catégories, telles que par exemple les abattements de 10 % et de 20 % pour les salariés et les pensionnés.

Les ressources prises en compte, sont, à quelques exceptions près, celles retenues pour le calcul de l'impôt sur le revenu auxquelles on applique un coefficient de 0.8 (cela afin de ne pas pénaliser les personnes du fait de l'intégration dans le barème fiscal de l'abattement de 20 %).

Les revenus provenant d'une activité professionnelle en milieu ordinaire (normal) sont en partie exclus du montant des ressources prises en compte pour le calcul de l'allocation, en 2008 à hauteur de :

Revenus perçus en 2006	Montant de l'abattement
Inférieurs à 300 fois le SMIC horaire au premier janvier de l'année civile de référence : 2.409 €	40 %
Supérieurs ou égaux à 300 fois le SMIC horaire et Inférieurs à 700 fois le SMIC horaire au premier janvier de l'année civile de référence : compris entre 2.409 € et 5.621 €	30 %
Supérieurs ou égaux à 700 fois le SMIC horaire et Inférieurs à 1.100 fois le SMIC horaire au premier janvier de l'année civile de référence : compris entre 5.621 € et 8.833 €	20 %
Supérieurs ou égaux à 1.100 fois le SMIC horaire et Inférieurs à 1.500 fois le SMIC horaire au premier janvier de l'année civile de référence : compris entre 8.833 € et 12.045 €	10 %

Les revenus provenant d'une activité professionnelle en milieu spécialisé font également l'objet d'abattement, sous certaines conditions, en fonction des revenus issus de cette activité.

Cette règle de neutralisation ne s'applique ni au conjoint, ni aux revenus de l'allocataire issus d'une activité en ESAT ou en entreprise adaptée (circulaire DGAS/1C/2005/411 du 7 septembre 2005, BO santé protection sociale Solidarités, 2005-10).

— On devra également retenir :

- Les revenus taxés à un taux proportionnel, à savoir essentiellement les plus values immobilières imposables. Pour le calcul, on tient compte de l'intégralité des revenus avant impôt
- Les revenus soumis à un prélèvement libératoire en particulier les revenus de valeurs mobilières qui ne sont pas portés sur la déclaration fiscale. Pour le calcul, on tient compte de l'abattement, mais les revenus seront calculés avant le prélèvement libératoire
- Les revenus perçus hors de France ou versés par une organisation internationale
- Les plus values immobilières dont le montant est retenu après un abattement fiscal
- Les indemnités journalières versées au titre des accidents du travail et maladies professionnelles,

après abattement de 10 % pour frais professionnels (alors qu'elles ne sont pas imposables).

— On pourra en déduire les dépenses suivantes :

- Les frais de garde des enfants dans la limite d'un montant de 762,25 € (chiffre à jour en mars 2002) par an, par enfants de moins de 7 ans au 31 décembre de l'année d'imposition
- Les pensions alimentaires versées à des enfants mineurs ou à l'ex-conjoint en application d'une décision de justice ou à des enfants majeurs non rattachés au foyer fiscal ou aux descendants (articles 205 à 211 du Code civil)
- L'abattement prévu pour les personnes aux conditions modestes âgées de plus de 65 ans ou invalides. (article 157 bis du Code général des impôts).

bb. Ressources non prises en compte

Elles comprennent (article R. 821 - 4 du Code de la Sécurité Sociale) :

- La retraite du combattant
- Les prestations familiales
- Les pensions attachées aux distinctions honorifiques
- L'allocation logement
- Le revenu minimum d'insertion (RMI)
- L'allocation compensatrice pour tierce personne
- Les rentes viagères dans le cadre d'un contrat de « rente survie » (c'est-à-dire constituées pour le handicapé par un tiers)
- Les rentes issues de contrats d'épargne-handicap (constituées par le handicapé pour lui-même) ouvrant droit à réduction d'impôt
- Le salaire versé à un aidant familial lorsque celui-ci est le conjoint, le concubin ou le partenaire lié au bénéficiaire de l'AAH par un PACS, sous réserve que ce salaire réponde aux conditions fixées pour l'attribution de l'aide humaine dans le cadre de la prestation de compensation du handicap (PCH)
- La prime d'intéressement à l'excédent d'exploitation
- Les revenus issus, d'un contrat d'avenir ou d'un contrat insertion-revenu minimum d'activité (CIR-RMA) conclu par la personne handicapée en sa qualité de bénéficiaire de l'AAH

- Les revenus d'activité professionnelle, les indemnités de chômage perçues par le bénéficiaire, son conjoint ou son concubin lorsqu'il cesse toute activité professionnelle
 - pour élever un enfant de moins de 3 ans ou plusieurs enfants
 - lorsqu'il est appelé sous les drapeaux
 - lorsqu'il est détenu
 - lorsqu'il est en situation de chômage total non indemnisé depuis au moins 2 mois consécutifs indemnisé ou non ou percevant une allocation du régime de solidarité
 - lorsqu'il perçoit le revenu minimum d'insertion.

cc. Abattement pratiqué sur les ressources

— Il est pratiqué un abattement de 30 % sur vos revenus lorsque votre conjoint (ou concubin) ou vous-même cessez toute activité professionnelle, et recevez l'une des prestations suivantes :

- Pension de retraite ou d'invalidité
- Rente d'accident du travail
- Allocation aux adultes handicapés, allocation compensatrice, soit en préretraite ou contrat de solidarité.

— Il est également pratiqué un abattement de 30 % sur les revenus de l'activité professionnelle et sur les indemnités de chômage ou de maladie perçues si du fait d'une affection de longue durée, l'handicapé ou son conjoint, ou son concubin est en arrêt de maladie depuis plus de 6 mois et perçoit à ce titre des indemnités journalières (décret du 21-6-1990 paru au Journal officiel du 23-6-1990).

— Il est également pratiqué un abattement de 30 % sur les revenus sauf les indemnités de chômage lorsque l'handicapé est en chômage indemnisé au moins de 2 mois consécutifs. L'abattement de 30 % sur les revenus ne s'applique pas aux indemnités de chômage.

dd. Le plafond de ressources à ne pas dépasser pour pouvoir bénéficier de l'A.A.H.

Les ressources perçues durant l'année civile précédant celle au cours de laquelle le droit est ouvert ou

maintenu ne doivent pas dépasser douze fois le montant de l'AAH.

Le plafond de ressources est doublé lorsque l'intéressé est marié et non séparé, lorsqu'il vit maritalement ou lorsqu'il est lié par un PACS et il est majoré de 50 % dudit plafond par enfant à charge (CSS, art. D. 821-2, al.2).

Le droit à l'allocation est examiné annuellement pour une période de 12 mois qui commence le 1er juillet, les ressources prises en compte étant celles de l'année civile précédente. Une fois le handicap reconnu par la MDPH, la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) examinera le dossier de l'handicapé en précisant s'il réside en France, son âge et ses ressources. Ainsi, la CAF retient les ressources de l'année 2000 pour une allocation payée entre le 1^{er} juin 01 et le 30 juin 02. En cas de modification de la situation familiale de l'handicapé au cours de cette période, le droit à l'AAH sera étudié, soit au 1^{er} jour du mois civil au cours duquel il y a eu diminution du nombre de ces enfants à charge, soit au 1^{er} jour du mois civil suivant si le nombre d'enfants a augmenté.

Par exemple, pour les droits ouverts entre le 1^{er} juillet 2003 et le 30 juin 2004, le plafond annuel des ressources perçu en l'an 2002 sera pour une personne seule de 6.997 euros 74, pour un couple de 13.995 euros 48 avec une majoration par enfant à charge de 3.498 euros 87.

Pour savoir si vous dépassiez ou non les plafonds ci-dessous, vous devez ajouter au montant de vos ressources, l'équivalent du montant annuel de l'AAH tel que fixé au 1^{er} juillet de l'année de référence. Ainsi, pour une allocation due entre le 1-7-1996 et le 30-6-1997, on doit ajouter le montant mensuel de l'AAH au 1-7-1995 qui est de 3.322 F 41 par mois multiplié par 12, soit 3.322 F 41 X 12 = 39.868 F 92.

Lorsque vos ressources, ajoutées au montant annuel de l'AAH, dépassent le plafond applicable, l'allocation est réduite à due concurrence.

Les revenus ne doivent pas dépasser un plafond annuel de ressources fixé à :

- 7.831,20 € pour une personne seule,
- 15.662,40 € pour une personne vivant en couple (mariée, vivant en concubinage ou liée par un PACS).

Ce plafond est majoré de 3.915,60 EUR par enfant à charge (montants en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2008).

4. Le montant de l'AAH

a. La fixation du montant de l'allocation aux adultes handicapés (A.A.H.)

La CDAPH dans sa décision fixe la durée de versement d'allocation (au minimum 1 an, le maximum 5 ans : article R. 821 - 5 du Code de la Sécurité Sociale), sous réserve que le bénéficiaire continue à satisfaire aux conditions de ressources. Elle peut être attribuée pour une période supérieure à cinq ans, sans pouvoir dépasser dix ans, si le handicap n'est pas susceptible d'une évolution favorable (CSS, art. R 821-5).

Le montant mensuel de l'allocation est égal au douzième du montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) en vigueur durant la période d'ouverture du droit (CSS, art. D 821-3). En d'autres termes, l'AAH est égale au montant mensuel du « minimum vieillesse ».

Le montant de l'AAH est revalorisé chaque année et versé mensuellement.

Le montant de l'A.A.H. est égal au montant mensuel du minimum vieillesse, (c'est-à-dire l'allocation aux vieux travailleurs salariés : AVTS) auquel on ajoute l'allocation supplémentaire versée par le fond de solidarité vieillesse : FSV (article D.821-3 du Code de la Sécurité sociale). Ce montant est augmenté deux fois par an, le premier janvier et le premier juillet.

Le montant de l'AAH varie en fonction des ressources de la personne handicapée. Ainsi, la personne qui ne dispose pas de ressources peut percevoir le montant maximum de l'AAH.

Ce maximum est fixé à 652,60 EUR depuis le 1er septembre 2008.

A partir d'une période de soixante jours révolus passés dans un établissement de santé, une maison d'accueil spécialisée ou un établissement pénitentiaire, le montant de l'allocation est réduit : le bénéficiaire conserve 30 % de l'allocation (article R. 821-8 du Code de la Sécurité sociale).

La réduction n'est pas opérée lorsque :

- l'allocataire est astreint au paiement du forfait hospitalier
- il a au moins un enfant ou ascendant à charge
- le conjoint ou concubin de l'allocataire ne travaille pas pour un motif reconnu valable par la CDAPH.

Le service d'allocation n'est suspendu que pendant la période où l'allocataire est effectivement dans une de ces situations, à l'exclusion des périodes de congés ou de suspension de prise en charge.

Le service de l'allocation reprend sans nouvelle demande à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel la personne n'est plus hospitalisée, hébergée dans une maison d'accueil spécialisée ou incarcérée dans un établissement pénitentiaire.

L'AAH est exonérée de la Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) (Circulaire ministérielle n° 96-71, 2 février 1996) ainsi que la CSG.

b. Le cumul d'allocations

L'allocation aux adultes handicapés est considérée comme une prestation subsidiaire. Ceci signifie que le bénéficiaire ne doit pas percevoir un avantage vieillesse ou d'invalidité, ou une rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à cette allocation (article L. 821-1 du Code de la Sécurité Sociale). Ce cumul est limité car on ne peut être indemnisé deux fois pour le même préjudice. Pour prétendre à l'allocation aux adultes handicapés, le demandeur ne doit pas percevoir un avantage vieillesse ou d'invalidité ou une rente d'accident du travail, d'un montant au moins égal à l'allocation (CSS, Art. L.821-1).

Réduction du montant maximum compte tenu d'autres revenus : lorsqu'une personne handicapée perçoit d'autres revenus que l'AAH, elle bénéficie d'une allocation mensuelle réduite, dont le montant correspond à la différence entre la moyenne mensuelle de ses autres revenus et les 652,60 EUR de l'AAH au 1er septembre 2008. Le bénéficiaire de l'AAH a droit, chaque mois, à une allocation égale au douzième de la différence entre le montant du plafond applicable et les ressources, cette allocation ne pouvant excéder le montant mensuel de l'AAH (CSS, art, D 821-2).

Sont notamment concernés, les revenus qui proviennent :

- d'une pension d'invalidité
- d'un avantage vieillesse
- d'une rente d'accident du travail
- de l'exécution d'un contrat d'avenir ou d'un contrat insertion-revenu minimum d'activité (CI-RMA), pendant toute la durée de ce contrat. La réduction de l'allocation n'est, en revanche, pas appliquée en

cas de suspension de l'un de ces contrats à la demande de l'intéressé, pour effectuer une période d'essai dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée (CDI) ou d'un contrat à durée déterminée (CDD) d'au moins 6 mois.

A ce titre, la Caisse d'Allocations Familiales, qui verse cette allocation aux adultes handicapés, vérifiera que le demandeur ne peut prétendre à un avantage vieillesse ou d'invalidité ou à une rente d'accident du travail, ou que tous les éléments suscités sont inférieurs au montant de l'allocation. Il convient de souligner qu'aucun texte de loi n'exige que la demande d'octroi d'une allocation aux adultes handicapés « soit accompagnée d'une décision de refus d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité, ou d'une rente d'accident du travail dus au titre d'un régime de Sécurité Sociale, d'un régime de pension de retraite ou d'une législation particulière » (arrêt n°00-18.365 de la Chambre sociale de la Cour de Cassation du 31 janvier 2002, Diawara contre C.A.F. de la Seine Saint Denis, bulletin des arrêts des Chambres Civiles de la Cour de Cassation, 5ème partie, Chambre sociale, n°44).

On notera que certaines Caisses d'Allocations Familiales demandent néanmoins aux demandeurs d'allocations aux adultes handicapés de prouver qu'ils ont essayé d'obtenir d'autres allocations et pensions sans succès. A ce titre, il leur est souvent réclamé de déposer une demande auprès du Fonds de solidarité vieillesse, lorsque le demandeur bénéficie déjà d'une pension dont le montant est inférieur au minimum vieillesse. En effet, ce Fonds de solidarité vieillesse verse les allocations non contributives de base suivantes: allocation aux vieux travailleurs salariés et non salariés, secours viager, allocation aux mères de famille, allocation spéciale ainsi qu'une allocation supplémentaire autrefois appelée allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité.

Lorsque l'avantage de vieillesse ou d'invalidité ou la rente d'accident de travail est d'un montant inférieur à celui de l'allocation aux adultes handicapés, une allocation différentielle dite allocation différentielle aux adultes handicapés, est versée dans la limite du montant global de l'allocation aux adultes handicapés (article L. 821-1 du Code de la Sécurité Sociale).

Lorsque l'allocation A.A.H. se cumule avec un avantage d'invalidité, de vieillesse, ou une rente d'accident du travail inférieure à son montant, l'allocation différentielle s'obtient en comparant le montant de l'avantage ou rente perçu au cours du mois précédent l'ouverture et le réexamen des droits avec l'allocation aux adultes handicapés en vigueur au cours de ce même

mois. L'allocation différentielle est calculée de sorte que le total des avantages n'excède pas le montant maximal de la dite allocation. Concernant la liquidation des avantages vieillesse, seuls les bénéficiaires de l'AAH dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 80 % peuvent percevoir une AAH différentielle.

Toute personne handicapée exerçant une activité professionnelle est assurée de percevoir un montant minimal de ressources appelé garantie de ressources. Les sommes versées à ce titre sont prises en compte pour déterminer le droit à l'A.A.H. Ainsi, lorsque le titulaire de l'A.A.H. bénéficie du fait de son travail de la garantie de ressources, ses droits à la A.A.H. sont réduits. Les personnes travaillant dans un centre d'aide par le travail bénéficient d'une réglementation particulière : le cumul de l'A.A.H. et de la garantie de ressources est possible dans une certaine limite.

Si l'handicapé peut prétendre à une rente, pension d'invalidité ou à une retraite attribuée par un régime de sécurité sociale, il ne peut obtenir l'A.A.H. En effet, il doit en priorité demander à ces organismes l'attribution de la pension. Si l'handicapé ne peut prétendre au minimum vieillesse complet du fait de ces revenus, il aura peut-être droit à une allocation différentielle de l'A.A.H. Lorsque l'handicapé ne peut prétendre à partir de 65 (ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail) à aucune retraite, l'A.A.H. est remplacée par l'allocation spéciale de vieillesse, éventuellement complétée par l'allocation supplémentaire du FSV (Fond de Solidarité Vieillesse). La demande est à faire à la mairie du lieu de résidence.

Si le total de l'allocation et des ressources de l'handicapé dépasse le plafond, l'allocation est réduite du montant du dépassement. Ainsi, lorsque l'handicapé bénéficie d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité, (d'une pension de retraite, d'une rente d'accident de travail, etc.) qui est inférieur à celui de l'allocation aux adultes handicapés, cette allocation s'ajoute à la pension sans que le total des deux avantages puisse excéder le montant de l'A.A.H. (Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées n° 75-534 du 30 juin 1975, parue au Journal Officiel des 30 juin 1975 et 1 juillet 1975 et rectificatif paru au Journal Officiel du 18 juillet 1975 dans son article 35, article L.821-1 du Code de la Sécurité sociale, article D.821-2 du Code de la Sécurité sociale).

Cumul de l'AAH avec d'autres prestations liées au handicap : l'AAH peut être cumulée :

- avec le complément d'AAH (à titre transitoire pour les derniers bénéficiaires, ce complément étant rem-

placé par la majoration pour la vie autonome depuis le 1^{er} juillet 2005)

- avec la majoration pour la vie autonome
- avec le complément de ressources (dans le cadre de la rémunération garantie en établissements et services d'aide par le travail (ESAT)).

L'AAH ne peut pas être cumulée avec l'allocation de présence parentale.

5. Les allocations apparentées à l'Allocation aux Adultes Handicapés

a. Le complément de ressources

L'article L821-1-1 du Code de la Sécurité Sociale, institué par la loi n°2005-102 du 11 Février 2005, stipule qu'il est institué une garantie de ressources pour les personnes handicapées composée de l'allocation aux adultes handicapés et d'un complément de ressource.

Le montant de cette garantie de ressources est fixé par décret.

Le complément de ressources est une allocation forfaitaire qui s'ajoute à l'AAH pour constituer une garantie de ressources dans le but est de compenser durablement le revenu d'activité des personnes handicapées dans l'incapacité de travailler.

Son but est donc de favoriser l'autonomie des personnes handicapées.

La garantie de ressources n'est pas cumulable avec la majoration pour la vie autonome. La personne qui remplit les conditions d'octroi de ces deux avantages, doit choisir de bénéficier de l'un ou de l'autre.

aa. Conditions pour en bénéficier

Pour bénéficier du complément de ressources, l'intéressé doit remplir les conditions suivantes :

- être âgé de moins de 60 ans
- percevoir l'allocation aux adultes handicapés à taux normal ou en complément d'une pension d'invalidité, d'une pension de vieillesse ou d'une rente accident du travail
- avoir un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 %

• avoir une capacité de travail, appréciée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH, ex COTOREP), inférieure à 5 % du fait du handicap ; il s'agit donc d'une incapacité de travailler quasiment absolue et peu susceptible d'évolution favorable dans le temps

• ne pas avoir perçu de revenu à caractère professionnel depuis un an à la date du dépôt de la demande de complément ; il s'agit donc de personnes faisant l'objet d'arrêts de travail prolongés ou ayant subi des échecs répétés lors de tentatives d'insertion ou de réinsertion professionnelle

• disposer d'un logement indépendant. A noter : une personne hébergée par un particulier à son domicile n'est pas considérée disposer d'un logement indépendant, sauf s'il s'agit de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité (PACS).

Les droits au complément de ressource peuvent être révisés, si l'état de santé du bénéficiaire évolue.

bb. Montant et durée de versement

Le montant du complément de ressources est fixé à 179,31 € en 2008. Il porte la garantie de ressources à 831,91 € depuis le 1^{er} septembre 2008.

Le complément de ressources est versé mensuellement à terme échu, à compter du premier jour du mois civil suivant celui du dépôt de la demande par la Caisse d'Allocations Familiales. Il est accordé pour une durée allant de 1 à 5 ans. Cette durée peut être portée dans certains cas à 10 ans (lorsque le handicap n'est pas susceptible d'une évolution favorable).

Le montant de la garantie de ressources est révisé chaque année au 1^{er} janvier.

Le versement du complément de ressources prend fin en cas de reprise d'une activité professionnelle ou à 60 ans. A partir de cet âge de 60 ans, le complément n'est pas maintenu, même si l'AAH continue d'être versée jusqu'à l'obtention d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité, sauf si l'avantage en question est d'un montant inférieur à 652,60 €, au 1^{er} Janvier 2009 et si les autres conditions d'ouverture du droit au complément sont remplies.

Le complément de ressources cesse d'être versé en cas de séjour de plus de 60 jours dans :

- un établissement de santé

- un établissement médico social (sur orientation de la CDAPH)
- un établissement pénitencier.

Le versement de complément de ressources est repris sans nouvelle demande de l'intéressé, à partir du 1^{er} jour du mois civil suivant le mois au cours duquel le séjour dans l'établissement a pris fin.

cc. Formalités de demande

La demande doit être adressée accompagnée des justificatifs demandés, notamment d'un certificat médical rempli par le médecin traitant à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) qui transmet le dossier sans délai à la Commission des droits et de l'autonomie (CDAPH) et à l'organisme débiteur (selon les cas CAF ou MSA) en vue de l'examen des conditions relevant de leur compétence.

La demande donne lieu à une évaluation par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Les délais d'instruction de la demande sont variables. Cependant, le silence de la CDAPH gardé pendant plus de 4 mois vaut décision de rejet.

Au vu de la décision de la commission, l'organisme qui verse la prestation (selon les cas CAF ou MSA) vérifie que le demandeur remplit les conditions administratives d'attribution telles que le logement indépendant. Le silence gardé pendant plus de un mois à compter de la date de décision de la CDAPH, par la CAF ou par la MSA, vaut décision de rejet.

b. La majoration pour la vie autonome

Cette nouvelle prestation, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2005, remplace le complément de l'allocation pour adulte handicapé.

La majoration pour la vie autonome est versée automatiquement aux personnes qui remplissent les conditions suivantes :

- être âgé de moins de 60 ans
- percevoir l'AAH à taux normal ou en complément d'un avantage vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente accident du travail
- avoir un taux d'incapacité au moins égal à 80 %
- disposer d'un logement indépendant

- bénéficier d'une aide au logement (aide personnelle au logement, ou allocation de logement sociale ou familiale), comme titulaire du droit, ou comme conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs au titulaire du droit
- ne pas percevoir de revenu d'activité à caractère professionnel propre.

La majoration pour la vie autonome n'est pas cumulable avec la garantie de ressources pour les personnes handicapées.

La personne qui remplit les conditions d'octroi de ces deux avantages, doit choisir de bénéficier de l'un ou de l'autre.

La majoration pour la vie autonome est attribuée automatiquement : il n'est pas besoin d'en faire la demande.

D'un montant de 104,77 € au 1^{er} septembre 2008, elle est versée mensuellement à terme échu, par la Caisse d'allocations familiales (CAF) ou le cas échéant, par la Mutualité sociale agricole (MSA), à compter du premier jour du mois au cours duquel la personne remplit les conditions d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés à taux plein.

6. Avantages des personnes titulaires de l'allocation aux adultes handicapés

Les personnes titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) peuvent bénéficier d'une réduction de leur facture téléphonique :

Les dispositions réglementaires relatives au service universel des télécommunications prévoient la réduction des factures téléphoniques pour les bénéficiaires :

- de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)
- du revenu minimum d'insertion (RMI)
- de l'allocation de solidarité spécifique (ASS).

A condition toutefois :

- d'avoir souscrit un abonnement auprès d'un opérateur autorisé
- d'utiliser le poste fixe de sa résidence principale.

La réduction concerne exclusivement les communications nationales pour des postes fixes et l'accès à des numéros non tarifés.

Le montant maximum hors taxe de cette réduction (fixée chaque année par le ministre des télécommunications) est au plus égal à la moitié du tarif d'abonnement de référence.

La Caisse d'allocations familiales (CAF) est compétente pour recevoir les demandes des bénéficiaires de l'AAH.

Les bénéficiaires de l'ASS devront déposer une demande auprès de Pôle emploi.

7. Le contentieux de l'octroi de l'allocation aux adultes handicapés et des allocations apparentées

Si le motif du refus de l'octroi de l'allocation aux adultes handicapés est administratif, le recours doit être porté devant la commission de recours amiable de la CAF.

Pour les autres motifs du refus de l'octroi de l'allocation aux adultes handicapés, on doit déposer un recours gracieux ou un recours contentieux.

a. Le recours gracieux

Un **recours gracieux** peut être formé auprès du président de la CDAPH dans un délai de deux mois.

En cas de refus d'octroi de l'allocation adulte handicapé, le demandeur peut demander un recours gracieux auprès du président de la CDAPH.

Le patient est alors examiné par un médecin de la MDPH, ceci permet d'éviter les recours contentieux devant le TCI, qui sont d'une durée beaucoup plus longue.

Il est possible, avant d'intenter un recours contentieux, de revenir devant la MDPH en vue d'un réexamen du dossier (voir encadré 2).

b. Le recours contentieux

Ce recours gracieux ne suspend pas le délai du **recours contentieux** qui est lui aussi de deux mois. Ce recours est jugé par le Tribunal du contentieux de l'incapacité.

La composition et le fonctionnement de ce Tribunal du contentieux et de l'incapacité sont décrits dans l'ar-

ticle « La mise en invalidité auprès de la Sécurité Sociale et son contentieux ».

Les tribunaux du contentieux de l'incapacité comprennent trois membres, ils se composent d'un président, magistrat honoraire de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire, d'un assesseur représentant les travailleurs salariés et d'un assesseur représentant les employeurs ou travailleurs indépendants.

Les recours lorsque le demandeur est confronté à un refus de demande de carte d'invalidité ou d'allocation adulte handicapé motivé par un taux d'invalidité insuffisant et / ou capacité du handicapé à se procurer un emploi se font devant le Tribunal du contentieux et de l'incapacité du lieu de résidence de l'intéressé dans les deux mois de la décision (article 14 de la Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées n° 75 – 534 du 30 juin 1975, parue au Journal Officiel des 30 juin 1975 et 1 juillet 1975 et rectificatif paru au Journal Officiel du 18 juillet 1975).

Modèle de lettre de recours contentieux contre un refus de demande d'allocation adulte handicapé devant le Tribunal du contentieux de l'incapacité (voir encadré 3).

Les jugements du Tribunal sont susceptibles d'appel devant la Cour nationale de l'incapacité dans le délai d'un mois.

Les décisions de la Cour Nationale de l'incapacité, de la tarification de l'assurance des accidents du travail (on parle de décisions et non d'arrêts) sont susceptibles de pourvoi devant la Cour de cassation (article L.144-1 du Code de la Sécurité Sociale inséré par les Loi N°94-43 du 18 janvier 1994 art.80 VII Journal Officiel du 19 janvier 1994, Loi N°2002-73 du 17 janvier 2002 art.35 III 2° Journal Officiel du 18 janvier 2002, article L.144-4 du code de la sécurité sociale, inscrit par l'ordonnance du 08.06.05)

Le délai pour ce pourvoi est de 2 mois à compter de la notification de la décision de la Cour Nationale.

Le pourvoi en cassation est examiné par la 2^e Chambre civile de la Cour de cassation.

Le pourvoi en cassation suit la procédure édictée par les articles R.144-7 du Code de la sécurité sociale inscrit par le décret n°2055-1224 du 29.09.05. Cette procédure est commune à l'ensemble des juridictions de sécurité sociale : Tribunal des affaires de sécurité sociale, Cour d'appel, CNIT, cour nationale de l'incapacité.

Encadré 2

Modèle de lettre de recours gracieux contre un refus de demande d'allocation adulte handicapé

Nom, prénom : Date

Adresse :

...
Tél. : .../.../.../.../.../...

Monsieur le Président de la CDAPH

Adresse de la CDAPH

Lettre recommandée avec avis de réception

Référence : (numéro de référence du courrier)

Ci-joint le courrier de notification de la CDAPH du (date)

Objet : recours gracieux

Monsieur le Président de la CDAPH,

J'ai bien reçu le courrier rappelé en référence concernant ma demande d'allocation adulte handicapé.

Par la présente, je vous adresse un recours gracieux sur la décision notifiée,

La commission n'ayant pas été en mesure de prendre en compte les informations complémentaires, actuellement jointes au présent dossier qui ne figuraient pas dans la précédente demande.

Il se trouve que ces éléments sont de nature à conduire à mieux expliciter le taux de 80 % ou le taux entre 50 et 80 %, (quand la personne s'est vue reconnaître par la CDAPH, compte tenu de son handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi) sur lequel repose ma demande.

Précisément, vous trouverez dans le dossier, en complément de ma précédente demande, les nouvelles informations mieux à même de vous éclairer sur ma situation et aussi les difficultés auxquels je dois, en conséquence, faire face :

Certificat médical

Courrier du Docteur ... du ... (date)

Compte rendu radiographique, scannographique et IRM du (Date)

Examens biologiques du ... (date)

Je vous remercie de bien vouloir, dans ses conditions, réexaminer ma situation. Et dans cette attente, je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Signature

Le pourvoi nécessite le recours à un avocat à la Cour de cassation. Cette représentation est donc obligatoire.

Il est conseillé d'intenter les deux recours gracieux et contentieux en même temps car le recours gracieux ne suspend pas, répétons le, le délai du recours contentieux.

Pour le contentieux des allocations apparentées à l'allocation aux adultes handicapés, la procédure est identique à celle du contentieux de l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés.

B. LES ALLOCATIONS POUR ENFANT HANDICAPÉ

1. L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (A.E.E.H.)

C'est une prestation familiale financée par la Sécurité sociale, destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant handicapé.

Encadré 3

Nom Prénom	A (lieu), le ... (date)
Adresse	
Objet	
Contestation d'un refus d'octroi de l'allocation d'Adulte Handicapé	
Monsieur ou Madame le Secrétaire du Tribunal du contentieux de l'incapacité	
Lettre recommandée avec avis de réception.	
Monsieur ou Madame,	
Par la lettre du ... (cf. photocopie ci-joint), la CDAPH vient de me notifier la décision suivante : refus opposé à ma demande d'octroi de l'allocation adulte handicapé.	
Conformément à l'article L.323-11 du Code du Travail, j'ai l'honneur de former un recours contre cette décision, dont je conteste le bien fondé pour les motifs suivants :	
.....	
(A titre d'exemple, la personne handicapée pourrait écrire le motif suivant :	
« En effet je considère que le motif opposé à ma demande d'octroi de l'allocation d'adulte handicapé n'est pas justifié, puisque je souffre des affections suivantes qui entraînent un taux d'incapacité supérieur à 80 % ... ou un taux entre 50 et 80 %, [quand la personne s'est vue reconnaître par la CDAPH, compte tenu de son handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi] »).	
Le médecin que je désigne pour recevoir les documents médicaux est le Docteur exerçant à ..., numéro de téléphone ...	
Je vous prie d'agréer, Monsieur, Madame, mes sentiments profondément respectueux.	
	A ... le ...
	Signature

Cette allocation est destinée à aider les parents qui assument la charge d'un enfant handicapé.

Elle est versée sans conditions de ressources.

Une majoration de l'allocation s'applique au parent isolé.

Un complément d'allocation est en outre versé si l'enfant est atteint d'un handicap dont la nature et la gravité nécessitent l'aide d'une tierce personne ou entraînent des dépenses particulièrement élevées.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et son complément éventuel sont versés par la Caisse d'Allocations Familiales.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) remplace l'allocation d'éducation spéciale (AES) depuis le 1^{er} janvier 2006.

L'AEEH est composée d'une allocation de base, à laquelle il peut être ajouté un complément d'AEEH, réparti en 6 catégories et une majoration de parent isolé (voir encadré 4).

a. Conditions d'octroi de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

aa. Conditions d'octroi de l'allocation de base

— Conditions d'âge et de résidence : l'enfant handicapé doit être âgé de moins de 20 ans et résider en France de façon permanente ainsi que la personne qui demande l'allocation. Néanmoins, la prestation peut être perçue à l'étranger lorsque la famille de l'allocataire

Encadré 4**Modèle de lettre****Demande d'octroi de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé**

Nom, prénom

A (lieu), le (date)

Adresse

Monsieur ou madame le Directeur de la
M.D.P.H.Objet : demande d'octroi de l'allocation d'éducation
de l'enfant handicapé

Monsieur le Directeur de la M.D.P.H.,

Notre enfant (nom, prénom, né(e) le) est handicapé(e). J'ai donc l'honneur de vous demander l'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé. Je vous remercie d'avance de bien vouloir nous faire parvenir les imprimés à remplir et nous préciser la liste des documents à joindre à notre demande.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos sentiments les plus respectueux,

Signature

réside dans un pays lié à la France par une convention de Sécurité sociale.

L'allocation n'est pas due si l'enfant est placé en internant avec prise en charge de ces frais de séjour par l'Assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale. Elle l'est seulement pendant les périodes de congés, de suspension de prise en charge (week-end...). L'allocation n'est pas non plus due, en principe, en cas d'hospitalisation au-delà de deux mois. Toutefois, si les contraintes liées à l'hospitalisation entraînent pour les parents une cessation ou une réduction de l'activité professionnelle, y compris la renonciation à cette activité, le recours à une tierce personne rémunérée ou des dépenses d'un certain montant, le versement de la prestation peut être maintenu sur la décision de la CDAPH. (CSS, art. R.541-1, R.541-8 ; Circulaire DSS/DGAS/DES, n° 2002-290 du 3 mai 2002, BO Santé Solidarités, 2002/25, CSS, art. R541-8).

Les jeunes de moins de 20 ans dont la rémunération est supérieure à 55 % du SMIC n'ont pas droit à l'allocation. Cela peut être le cas d'enfants handicapés placés en apprentissage ou en stages de formation professionnelle en établissement et service d'aide pour le travail ou en établissement de travail protégé.

— Conditions de revenu : l'AEEH ne peut être attribuée à un jeune handicapé exerçant une activité professionnelle si la rémunération perçue est supérieure à 55 % du SMIC mensuel (à savoir : 809,59 €, montant au 1^{er} juillet 2008).

— Conditions concernant le taux d'incapacité ouvrant droit à l'allocation :

Le taux d'incapacité de l'enfant est évalué selon le guide barème de référence et doit être :

- d'au moins 80 %
- ou compris entre 50 % et 79 % :
 - s'il fréquente un établissement d'enseignement adapté, s'il est admis dans un établissement d'éducation spéciale
 - ou si son état exige le recours à un dispositif adapté
 - ou si son état exige le recours à des soins dans le cadre de mesures préconisées par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), en cure ambulatoire dans un établissement de soins préconisés ou constatés par la CDAPH
 - s'il est pris en charge par un service de rééducation ou de soins pratiqués au titre de l'éducation spéciale.

La décision sur le taux d'incapacité relève de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CSS, art. L5411 et R.541-1 ; CASF, art.L.241-6). Pour apprécier le taux d'incapacité, la Commission se réfère au « guide barème » pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles.

Le droit à l'AEEH cesse :

- A l'âge de 20 ans, à l'échéance du droit

- Entre 16 et 20 ans si l'enfant perçoit plus de 55 % du SMIC ou n'est plus à charge au sens des prestations familiales
- En cas de non respect des mesures préconisées par la CDAPH
- A compter du premier jour du mois civil au cours duquel intervient la notification de la décision à l'allocataire lorsque l'enfant n'ouvre pas droit à l'AAH
- Au premier jour du mois civil suivant lorsqu'il ouvre droit à l'AAH.

bb. Conditions d'octroi du complément d'AEEH

Pour ouvrir droit aux compléments, l'enfant doit remplir les conditions d'ouverture de l'allocation de base et avoir recours à une tierce personne ou exposer ses parents à des dépenses particulièrement élevées (CSS, Art. L.541-1, L.541-2 et R.541-2 ; Arrêté du 29 mars 2002, JO du 30 mars 2002).

Ces contraintes sont évaluées en fonction de la combinaison de 2 critères :

- les dépenses réelles engagées au titre du handicap
- et/ou le renoncement, par l'un et/ou l'autre des parents, à tout ou partie de son activité professionnelle.

Six compléments sont possibles, non cumulables entre eux.

Il existe 6 catégories de compléments d'AEEH, correspondant à 6 montants de compléments d'allocation. Le classement dans l'une des 6 catégories est effectué par la CDAPH, suivant des niveaux de contraintes définis par voie réglementaire.

Le complément d'allocation voit son montant gradué en 6 catégories, selon :

- le coût du handicap de l'enfant
- la cessation ou de la réduction d'activité professionnelle de l'un des parents nécessitée par ce handicap
- l'embauche d'une tierce personne.

Cela constitue les éléments de l'outil national d'aide à la décision :

Un guide d'évaluation vise à faciliter l'appréciation des dépenses par la Commission des droits et de l'a-

tonomie des personnes handicapées, chargée de classer les enfants dans l'une des six catégories (annexé à l'Arrêté du 24 avril 2002, JO du 2 mai 2002).

Pour l'appréciation des dépenses liées au handicap, le type de frais susceptibles d'être pris en compte ne peut faire l'objet d'une liste exhaustive.

Ces dépenses peuvent concerner :

- les aides techniques et les aménagements de logement
- les frais de formation des membres de la famille à certaines techniques
- les surcoûts liés aux vacances et aux loisirs
- certains frais médicaux ou paramédicaux non remboursés par l'assurance maladie ou des produits non remboursables mais nécessaires
- les surcoûts liés au transport
- une participation aux frais vestimentaires supplémentaires ainsi qu'à ceux liés à l'entretien.

La Commission apprécie l'ensemble des frais induits par le handicap de l'enfant qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie. Elle doit donc disposer d'un bilan des dépenses prévues ou engagées par les parents et pourra demander tout élément utile à son appréciation.

La Commission est informée des démarches engagées par la famille grâce à un questionnaire.

L'appréciation des frais se fait sur facture ou sur devis. Pour un devis, les parents doivent signer un engagement de réaliser la dépense et d'en fournir un justificatif.

Les frais liés au logement, au véhicule et au transport peuvent être pris en charge par la prestation de compensation.

Il est également possible d'opter pour l'ensemble des éléments de la prestation de compensation.

L'appréciation du recours à une tierce personne du fait du handicap de l'enfant se fait par référence à un enfant du même âge sans déficience. Le guide d'évaluation fournit des références afin d'aider la Commission à opérer cette comparaison. La durée du recours est évaluée en fonction des besoins de l'enfant, sur une base quotidienne ou hebdomadaire, en déduisant les périodes de prise en charge effective de l'enfant. Au besoin elle peut être appréciée sur une base annuelle.

La nécessité du recours à une tierce personne est analysée sur la base du certificat médical et du questionnaire joint à la demande. Le besoin est évalué selon cinq axes :

- l'aide directe aux actes de la vie quotidienne
- l'accompagnement lors des soins
- la mise en œuvre de soins par la famille ou le jeune lui-même
- les mesures éducatives et/ou pédagogiques spécifiques
- la surveillance du jeune en dehors des heures de prise en charge.

Le recours à une tierce personne, qui peut être l'un des parents, correspond éventuellement à :

- l'absence d'activité ou l'exercice d'une activité à temps partiel du ou des membres du couple ou de la personne isolée, quelle que soit sa situation professionnelle antérieure
- l'embauche d'une ou plusieurs tierces personnes rémunérées
- le recours à la tierce personne peut aussi s'apprécier globalement en cumulant la diminution d'activité du ou des parents et la durée du recours à une tierce personne rémunérée.

Le classement dans l'une des 6 catégories est effectué par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) prend en compte :

- le recours à une tierce personne au regard de la nature ou de la gravité du handicap de l'enfant
- et la réduction, ou la renonciation, de l'activité professionnelle du ou des parents, sur présentation de justificatifs
- et/ou l'importance des dépenses supplémentaires engagées par la personne qui assume la charge de l'enfant handicapé.

Les six catégories se définissent comme suit :

Première catégorie.

Le handicap de l'enfant entraîne, par sa nature ou sa gravité, des dépenses égales ou supérieures à 211.60 € par mois au 01-01-2008.

Deuxième catégorie.

Le handicap de l'enfant contraint :

- soit l'un des parents à réduire son activité professionnelle d'au moins 20 % par rapport à un temps plein
- soit exige le recours à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à 8 heures par semaine
- soit entraîne d'autres dépenses égales ou supérieures à 366.52 € par mois au 01-01-2008.

Troisième catégorie.

Le handicap de l'enfant impose les alternatives suivantes :

- soit il contraint l'un des parents à réduire son activité professionnelle d'au moins 50 % par rapport à un temps plein ou à recourir à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à 20 heures par semaine
- soit il contraint l'un des parents à réduire son activité professionnelle d'au moins 20 % par rapport à un temps plein, ou à recourir à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à 8 heures par semaine, et entraîne d'autres dépenses égales ou supérieures à 222.93 € par mois au 01-01-2008
- soit il entraîne, par sa nature ou sa gravité, des dépenses égales ou supérieures à 468.54 € par mois au 01-01-2008.

Quatrième catégorie.

Le handicap de l'enfant impose les alternatives suivantes :

- soit il contraint l'un des parents à n'exercer aucune activité professionnelle ou exige le recours à une tierce personne rémunérée à temps plein
- soit il contraint l'un de ses parents à réduire son activité professionnelle d'au moins 50 % par rapport à un temps plein, ou à recourir à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins 20 heures par semaine, en entraîne d'autres dépenses égales ou supérieures à 311.99 € par mois au 01-01-2008
- soit il contraint l'un des parents à réduire son activité professionnelle d'au moins 20 % par rapport à un temps plein, ou à recourir à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à 8 heures par semaine, et entraîne d'autre part des dépenses égales ou supérieures à 414.02 € par mois au 01-01-2008

- soit il entraîne par sa nature ou sa gravité des dépenses égales ou supérieures à 659,63 € par mois au 01-01-2008.

Cinquième catégorie.

Le handicap de l'enfant contraint l'un des parents à n'exercer aucune activité professionnelle ou exige le recours à une tierce personne rémunérée à temps plein et entraîne d'autres dépenses égales ou supérieures à 270,69 € par mois au 01-01-2008.

Sixième catégorie.

Le handicap de l'enfant contraint l'un des parents à n'exercer aucune activité professionnelle ou exige le recours à une tierce personne rémunérée à temps plein et impose des contraintes permanentes de surveillance et de soins à la charge de la famille.

Ces contraintes ne peuvent être considérées comme permanentes dès lors que l'enfant est pris en charge en internat ou en semi-internat par un établissement d'éducation spéciale pour une durée supérieure à l'équivalent de deux jours par semaine, sauf dans des situations particulières (arrêté du 24 avril 2002, JO du 2 mai, Circulaire DSS/DGAS/DES, n°2002-290 du 3 mai 2002, BO Santé Solidarités, 2002-25).

La notion de surveillance renvoie aux situations où la sécurité du jeune ou de son entourage nécessite une surveillance rapprochée, assurée individuellement par un adulte, lequel ne peut, pendant ce temps, se consacrer à d'autres activités.

La notion de soins fait référence aux soins techniques ou à ceux de base et d'hygiène.

L'idée de permanence, quant à elle, a trait au temps passé à assurer la surveillance rapprochée de l'enfant, de l'adolescent ou de son entourage ; ou à des soins fréquents, durées cumulées, qui laissent peu de temps libre à la personne concernée.

Ainsi, c'est la conjugaison de la surveillance et/ou des soins avec le facteur de permanence qui constitue la condition d'attribution du 6^e complément.

cc. Conditions d'octroi de la majoration de parent isolé

Une majoration spécifique peut s'ajouter lorsqu'un enfant, bénéficiant de l'AEEH et de la PCH ou d'un complément de 2^e, 3^e, 4^e, 5^e ou 6^e catégorie, est à la charge d'un parent isolé bénéficiant de l'allocation et

de son complément et assumant seule la charge d'un enfant handicapé dont l'état nécessite le recours à une tierce personne : la majoration de parent isolé.

L'enfant bénéficiant de l'AEEH et de l'un de ses compléments ou de la PCH, peut ouvrir droit à cette majoration si l'un de ses 2 parents en assume seul(e) la charge, c'est-à-dire au sens des prestations familiales s'il cumule toutes les conditions suivantes :

- il en assure financièrement l'entretien
- il en assume la responsabilité affective et éducative
- l'enfant a moins de 20 ans
- il ne bénéficie pas du versement d'une pension alimentaire
- lorsque l'enfant travaille, s'il ne bénéficie pas d'un salaire mensuel supérieur à 55 % du SMIC sur la base de 169 h (soit 809,59 EUR depuis le 1^{er} juillet 2008).

b. Montant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et de ses compléments

L'allocation de base et son complément éventuel sont versés mensuellement. Elle est attribuée à compter du 1^{er} jour du mois suivant celui du dépôt de la demande à la CDAPH.

La durée d'attribution de l'AEEH et de son complément est de un an minimum et cinq ans au plus. Cette durée est renouvelable. Toutefois, ce délai n'est pas opposable à l'allocataire en cas d'aggravation du taux d'incapacité permanente de l'enfant. Le versement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé peut être suspendu lorsque les mesures particulières préconisées par la Commission ne sont pas respectées. Montant de l'allocation de base : l'allocation de base de l'AEEH s'élève à 120,92 € par mois et par enfant au 1^{er} septembre 2008. Montants des compléments de l'AEEH et de la majoration pour parents isolés au 1^{er} septembre 2008 (voir tableau I).

c. Modalités de demande de versement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

La personne ayant la charge de l'enfant doit s'adresser à la MDPH qui fait suivre le dossier à la CDAPH et à la CAF.

Tableau I.

Classement par catégorie	Montant du complément par catégorie	Majoration spécifique pour parent isolé
1 ^{re} catégorie	90.69 €	-
2 ^e catégorie	245.61 €	49.12 €
3 ^e catégorie	347.63 €	68.01 €
4 ^e catégorie	538.72 €	215.38 €
5 ^e catégorie	688.50 €	275.84 €
6 ^e catégorie	1018.91 €	407.56 €

Elle doit joindre à sa demande :

- un certificat médical précisant la nature particulière de l'infirmité, le type de soins ou, le cas échéant, les mesures d'éducation nécessaires à l'enfant
- une déclaration attestant que l'enfant est admis ou non dans un établissement d'éducation spéciale en précisant, le cas échéant, s'il est placé en internat
- une déclaration attestant que l'enfant bénéficie ou non de soins médicaux et/ou rééducatifs se rapportant à son invalidité, soit dans un établissement d'hospitalisation, soit à domicile (et si les frais de séjour et de soins sont pris en charge intégralement ou partiellement au titre de l'assurance maladie ou par l'Etat ou par l'aide sociale).

En outre les familles doivent remplir un questionnaire accompagné de justificatifs permettant à la CDAPH d'avoir une vision globale, notamment :

- de la situation du jeune
- des besoins d'aide d'une tierce personne
- des dépenses supplémentaires liées au handicap
- des démarches en cours pour trouver d'autres modes de financement des dépenses.

Le dossier de demande de l'allocation et de son complément est constitué :

- du formulaire de demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et de son complément cerfa n°12691*01
- d'une fiche d'identification de l'enfant concerné par la demande cerfa n°12692*01.

Ces formulaires peuvent être retirés à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

La demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, de son complément et de la majoration pour parent isolé est adressée à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) du lieu de résidence de l'intéressé. Celle-ci les transmet à l'organisme chargé du versement de cette allocation (CAF ou MSA) et à la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

La Commission détermine le taux d'incapacité permanente, la nature des soins à lui apporter et la période d'attribution de l'allocation de base ainsi que l'un des six compléments éventuels.

La Commission peut par ailleurs décider de placer l'enfant dans un établissement d'éducation spéciale.

La Commission informe la CAF de sa décision, laquelle la notifie au demandeur. Son silence gardé pendant plus de quatre mois vaut décision de rejet.

Si la Commission estime que l'état de l'enfant justifie l'attribution de l'allocation, elle fixe la durée de la période de validité de sa décision, entre 1 an et 5 ans. Cette décision peut être révisée avant la fin du délai en cas d'aggravation du taux d'incapacité permanente de l'enfant.

Pour l'attribution éventuelle du complément, la Commission classe l'incapacité de l'enfant dans l'une des 6 catégories existantes.

Sans réponse de la CDAPH pendant plus de 4 mois à compter du dépôt de la demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, celle-ci est considérée comme refusée.

Les décisions de la CDAPH relatives à l'attribution de l'allocation peuvent faire l'objet d'un recours contentieux dans les 2 mois qui suivent leur notification auprès du Tribunal du contentieux de l'incapacité.

Lorsque la CDAPH a préconisé des mesures particulières d'éducation et de soins de l'enfant, l'ouverture du droit à prestation doit faire l'objet d'un réexamen dans un délai maximum de 2 ans.

Si l'enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour, l'AEEH ne sera due que pour les périodes pendant lesquelles il rentre chez lui (fins de semaines et vacances).

Lorsque la personne ayant la charge de l'enfant ne donne pas suite aux mesures préconisées par la CDAPH, l'allocation peut être suspendue ou interrompue. Cette personne peut préalablement à la décision de suspension ou d'interruption, demander à être auditionnée pour s'expliquer.

d. Règles de cumul avec d'autres prestations

L'attribution de l'AEEH de base et de ses compléments éventuels ne fait pas obstacle au versement des prestations familiales.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé de base est cumulable avec toutes les prestations et notamment avec l'allocation journalière de présence parentale.

Les compléments de l'AEEH sont également cumulables avec les prestations à l'exception de l'allocation journalière de présence parentale.

L'allocation de présence parentale peut être cumulée avec l'AEEH, mais pas avec son complément ni avec la majoration de parent isolé.

Depuis le 1^{er} avril 2008, l'intégralité des aides prévues par la prestation de compensation du handicap (PCH) pour les adultes handicapés est accessible aux enfants bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et de l'un de ses compléments, ou susceptibles d'en bénéficier, sous certaines conditions, mais ce cumul est exclusif du complément de l'AEEH. Depuis le 1^{er} avril 2008, la prestation de compensation du handicap (PCH) est ouverte aux enfants et adolescents handicapés. Jusqu'alors, les demandeurs devaient notamment avoir dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour pouvoir en bénéficier. Les parents d'enfant handicapé peuvent ainsi opter pour le cumul de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et de la prestation de compensation pour les charges auxquelles ils sont exposés en raison du handicap de leur enfant : aides humaines, animalières ou techniques, amé-

nagement du logement et/ou du véhicule, surcoûts de transport, charges spécifiques ou exceptionnelles liées au handicap.

Dans ce cas, ils ne peuvent pas prétendre aux compléments de l'AEEH.

Depuis le 1^{er} avril 2008, les bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) peuvent la cumuler :

- soit avec l'un des éléments de la prestation de compensation du handicap (PCH) dès lors qu'ils remplissent les conditions d'ouverture au complément de l'AEEH et qu'ils sont exposés, du fait du handicap de leur enfant, à des charges relevant effectivement de la PCH. Ces charges sont les suivantes :

- aides humaines

- aides techniques

- aides liées à l'aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée, de même qu'à d'éventuels surcoûts dus à son transport

- aides spécifiques ou exceptionnelles

- aides animalières

- soit avec le seul élément lié à l'aménagement du logement et du véhicule, ainsi qu'à d'éventuels surcoûts de transport de l'enfant, lorsqu'ils sont exposés, du fait du handicap de leur enfant, à des charges relevant de cet élément de la PCH. Ces charges ne peuvent alors être prises en compte pour l'attribution du complément d'AEEH (CASF, art. L.245-1). Les familles peuvent choisir de cumuler l'AEEH avec la prestation de compensation pour les seuls frais exposés pour l'aménagement du logement ou du véhicule ou le transport. Dans ce cas, elles peuvent prétendre à un complément d'AEEH.

Modalités d'appréciation du handicap pour le cumul.

L'appréciation des critères du handicap s'effectue en référence aux grandes étapes du développement habituel d'un enfant, en particulier dans l'acquisition de son autonomie personnelle et sociale. Ces étapes sont celles mentionnées dans le guide d'évaluation pour l'attribution d'un complément à l'allocation d'éducation spéciale annexé à l'arrêté du 24 avril 2002 paru au Journal officiel du 2 mai 2002 p 7945.

L'autonomie personnelle d'un enfant s'apprécie au regard des références qui servent à repérer les principales incapacités (par exemples, se repérer dans le temps,

communiquer oralement, se comporter de façon logique et sensée). Cette appréciation est complétée par la prise en compte :

- de la progression de l'autonomie psychique et sociale de l'enfant (maîtriser des émotions, accepter les contraintes, par exemple)
- des contraintes spécifiques d'éducation engendrées par la situation de handicap et les mesures mises en œuvre pour réduire au maximum le désavantage présent ou futur
- et de l'importance des soins, susceptible d'imposer des contraintes personnelles ou familiales quotidiennes.

La participation de l'enfant à la vie sociale considérée comme habituelle pour son âge fait en outre l'objet d'une approche globale.

Les parents d'enfants handicapés doivent donc choisir entre le versement du complément d'AEEH et la PCH. Ce nouvel accès à la PCH se fait dans le cadre d'un droit d'option entre les 2 dispositifs, complément d'AEEH et PCH, qui se maintiennent indépendamment l'un de l'autre. Le cumul AEEH et PCH est exclusif du complément d'AEEH. Un droit d'option entre le complément d'AEEH et la prestation de compensation du handicap (PCH) est donc aménagé depuis le 1er avril 2008 pour les parents d'enfants handicapés.

Les parents d'enfants handicapés doivent donc choisir entre le versement du complément d'AEEH et la PCH.

Ce choix s'effectue sur la base des propositions figurant dans le plan personnalisé de compensation (PPC) élaboré par l'équipe pluridisciplinaires de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Ces propositions précisent les montants de l'AEEH, de son complément et de la PCH.

Après la transmission du PPC, le demandeur dispose de 15 jours pour exprimer son choix, lequel est porté à la connaissance de la Commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Lorsqu'une personne qui perçoit déjà une prestation n'exprime aucun choix, il est présumé qu'elle souhaite continuer à percevoir la même prestation. Si elle ne perçoit aucune des 2 prestations et n'exprime aucun choix, il est présumé qu'elle souhaite percevoir le complément de l'AEEH.

La décision d'attribution de la PCH appartient à la CDAPH.

Elle peut décider de fixer un montant de la PCH ou du complément d'AEEH qui soit différent des propositions qui figurent dans le plan personnalisé.

Dans ce cas, le bénéficiaire dispose d'un délai d'1 mois après notification de cette décision pour modifier son choix auprès de la MDPH.

Lorsque le choix du bénéficiaire est définitif, la MDPH transmet la décision aux organismes payeurs.

Lorsque le bénéficiaire du complément d'AEEH obtient le cumul de l'AEEH et de la PCH, la date d'attribution de la PCH est fixée par la CDAPH au 1er jour qui suit la date d'échéance du droit au complément d'AEEH.

Lorsque la demande est faite en cas d'évolution du handicap de la personne ou des facteurs ayant déterminé les charges prises en compte, la date d'attribution de la PCH est fixée :

- au 1^{er} jour du mois qui suit la décision de la CDAPH
- ou à une date comprise entre le 1^{er} jour du mois du dépôt de la demande et la date de la décision de la CDAPH, lorsque le bénéficiaire justifie avoir été exposé à des charges supplémentaires prises en compte au titre de la PCH.

Cette règle s'applique également pour toute demande déposée avant le 1^{er} juillet 2008 par un bénéficiaire de l'AEEH dès lors que celui-ci peut justifier qu'au 1^{er} avril 2008 il est exposé à des charges au titre de l'élément « aides humaines ».

Pour les personnes qui remplissent pour la 1^{re} fois les conditions d'attribution d'un complément de l'AEEH et de la PCH et qui déposent leur demande avant le 1^{er} juillet 2008, la date d'ouverture des droits est fixée rétroactivement au 1^{er} avril 2008.

En cas de cumul de l'AEEH et de la prestation de compensation du handicap, l'allocataire bénéficie d'une majoration de sa durée d'assurance vieillesse et, le cas échéant, de la majoration de l'AEEH pour parent isolé, comme le bénéficiaire du complément.

Renouvellement ou révision de la PCH : toute demande présentée par un bénéficiaire de la PCH en vue du renouvellement ou de la révision de cette prestation en raison de l'évolution du handicap de la personne ou des facteurs ayant déterminé les charges prises en compte entraîne systématiquement un réexamen des conditions pour bénéficier du complément d'AEEH.

Le bénéficiaire des éléments « aides techniques », « aides spécifiques ou exceptionnelles » et « aides ani-

malières » de la PCH ne peut opter pour le complément d'AEEH qu'à la date d'échéance de l'attribution de ces éléments et à condition qu'ils aient donné lieu à versement ponctuel.

En cas d'évolution du handicap de l'enfant ou des facteurs ayant déterminé les charges prises en compte, le bénéficiaire de la PCH peut déposer une nouvelle demande avant la fin de la période d'attribution en cours. Dans ce cas, la CDAPH réexamine les droits à la prestation de compensation et en fixe le montant sans tenir compte des sommes déjà attribuées.

2. Le congé de présence parentale et l'allocation journalière de présence parentale (AJPP)

a. Le congé de présence parentale

Toute personne ayant la charge d'un enfant gravement malade, ou accidenté, ou handicapé peut modifier l'organisation de sa vie professionnelle pour s'occuper de l'enfant.

Le congé de présence parentale est un droit et il donne lieu au versement d'une allocation dénommée allocation journalière de présence parentale.

Le droit est ouvert sur production d'un justificatif attestant de la nécessité de soins contraignants et d'une personne soutenue.

Un complément pour frais peut être versé, sous conditions de ressources.

Ce congé est attribué de plein droit au parent concerné, au vu d'un certificat médical remis à l'employeur attestant que l'état de santé de l'enfant rend nécessaire la présence du parent auprès de lui pendant une période déterminée. Il concerne :

- les salariés : secteur privé ou public
- les non-salariés
- les personnes à la recherche d'un emploi indemnisées : régime de l'assurance chômage, régime de solidarité ou régimes particuliers
- les personnes en formation professionnelle rémunérée.

Le congé est attribué pour une période maximale de 310 jours ouvrés (soit l'équivalent de 14 mois) par enfant et par maladie, accident ou handicap.

Le salarié utilise cette réserve de 310 jours en fonction de ses besoins, espacés sur une période de 3 ans maximum. Aucun de ces jours ne peut être fractionné.

La durée initiale de la période au cours de laquelle le salarié peut bénéficier du congé est définie dans le certificat médical. Cette durée initiale fait l'objet d'un nouvel examen tous les 6 mois.

Attention ! Les jours d'absence ne peuvent être fractionnés.

Pour bénéficier de ce congé, l'enfant doit être victime d'une maladie, d'un handicap ou d'un accident graves nécessitant une présence soutenue et de soins contraignants. Ces deux conditions sont cumulatives (CSS, articles L.544-1, L. 544-2, L.544-3, R.544-1, R.544-2 ; circulaire DSS/2B/2006/189 du 27 avril 2006, BO Santé protection sociale solidarités 06/06 du 15 juillet 2006). Le handicap grave est établi dès lors qu'il ouvre droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Il n'y a pas de durée minimale de traitement. Mais la pathologie dont souffre l'enfant doit être réellement grave. Il s'agit notamment de pathologies engageant le pronostic vital de l'enfant (cancers et leucémies en particulier), à l'exclusion d'épisodes aigus mais bénins (bronchiolites, fractures sans complication par exemple).

Pour chaque période d'attribution, la nécessité d'une présence soutenue et de soins contraignants doit être attestée par certificat médical détaillé, établi par le médecin qui soigne l'enfant, sous pli fermé et adressé au service du contrôle médical dont relève l'enfant en qualité d'ayant droit. Ce certificat précise la nature des soins, les modalités de la présence soutenue aux ôtés de l'enfant ainsi que leur durée prévisible.

A noter que le droit à l'allocation est ouvert, que l'enfant soit hospitalisé ou scolarisé.

b. L'allocation journalière de présence parentale (AJPP)

aa. Principe

Le parent qui modifie l'organisation de sa vie professionnelle pour s'occuper de l'enfant a droit à une allocation, versée sans condition de ressources (Circulaire DSS/2B/2006/189 du 27 avril 2006, BO Santé protection sociale solidarités 06/06 du 15 juillet 2006 ; arrêté du 29 mai 2006, JO du 14 juin 2006).

L'allocation journalière de présence parentale (AJPP) est attribuée aux parents ou à toute personne qui assume la charge d'un enfant âgé de moins de 20 ans atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensable une présence soutenue et des soins contraignants.

L'allocataire perçoit, pour chaque jour de congé, une allocation journalière.

Le versement de l'AJPP ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maladie pendant toute sa durée.

La personne bénéficiaire de l'AJPP peut être affiliée, gratuitement, à l'assurance vieillesse du régime général, sous certaines conditions.

bb. Conditions

α. Conditions relatives à l'activité professionnelle

L'allocation est indissociable du congé de présence parentale : le salarié doit donc justifier de ce congé.

L'allocataire doit :

- Soit interrompre ponctuellement son activité professionnelle
- Soit bénéficier du congé de présence parentale.

Les personnes pouvant bénéficier de l'AJPP sont :

- Les salariés du secteur privé et les agents du secteur public
- Sous certaines conditions : les voyageurs représentants placiers (VRP), les employés de maison et les non-salariés
- Les personnes en formation professionnelle et les demandeurs d'emploi à condition d'être indemnisés au titre de l'assurance chômage.

Il s'agit des demandeurs d'emploi qui exercent une activité professionnelle réduite et qui sont titulaires d'un congé de présence parentale. Le bénéfice de l'allocation suspend le décompte des droits au chômage. Celui-ci reprend à la fin du congé de présence parentale et est poursuivi jusqu'à son terme.

Pour les demandeurs d'emploi qui suspendent leur recherche d'emploi ou interrompent leur formation, une allocation forfaitaire mensuelle leur est versée.

A noter : chaque mois, les bénéficiaires de l'AJPP doivent produire une attestation de l'employeur indiquant le nombre de jours décomptés (dans le cas d'ac-

tivité salariée), ou une déclaration sur l'honneur indiquant le nombre de jours de présence parentale, ou une attestation du formateur, ou bien encore une attestation sur l'honneur de cessation de recherche d'emploi. Les attestations sur l'honneur mentionnent que l'interruption d'activité ou la cessation de recherche d'emploi est motivée par la nécessité de soins contraignants et d'une présence soutenue auprès de l'enfant malade.

β. Conditions relatives à la situation médicale de l'enfant

La particulière gravité de la maladie, du handicap ou de l'accident ainsi que le caractère indispensable d'une présence soutenue et de soins contraignants doivent être attestés par un certificat médical détaillé, sous pli cacheté.

Le certificat médical doit être établi par le médecin qui suit l'enfant au titre de la maladie, du handicap ou de l'accident.

Le médecin doit préciser la durée prévisible du traitement.

Le droit à la prestation est, ensuite, soumis à un avis favorable du service de contrôle médical de la Caisse d'assurance maladie auprès de laquelle est affilié l'enfant en qualité d'ayant droit.

cc. Formalités

Le parent qui sollicite le bénéfice de l'allocation journalière doit déposer à la Caisse d'allocations familiales de lieu de résidence une demande, accompagnée d'un certificat médical détaillé précisant la durée prévisible des soins contraignants et de la présence soutenue de l'un des parents, et d'une demande de prestations familiales s'il n'est pas déjà allocataire.

Le service de contrôle médical de la Caisse primaire d'assurance maladie dont relève l'enfant intervient également dans la décision d'attribution de la prestation : la CAF lui adresse le certificat médical.

Le service dispose jusqu'au dernier jour du deuxième mois civil qui suit la réception de la demande par la CAF pour se prononcer. A défaut son avis sera réputé favorable.

Le versement de l'allocation journalière de présence parentale est effectué dès que le service qui vérifie les conditions d'ouverture du droit dispose des informations nécessaires (CSS, articles L. 544-2 et suivants, D.544-1 et suivants, Circulaire DSS/2B/2006/189 du 27

Tableau II.

Nombre d'enfants à charge	Couple avec un seul revenu	Parent isolé ou couple avec deux revenus
1 enfant	23.598 €	31.186 €
2 enfants	28.318 €	35.906 €
3 enfants	33.981 €	41.569 €
Par enfant en plus	5.663 €	5.663 €

avril 2006, BO Santé protection sociale solidarités 06/06 du 15 juillet 2006).

Le refus du droit à la prestation doit être notifié à l'allocataire avant le dernier jour du troisième mois civil suivant la réception de la demande d'allocation journalière de présence parentale.

A défaut, le silence gardé par la CAF vaut décision favorable. L'allocation est alors due même si le service du contrôle médical a rendu un avis défavorable.

En cas de contestation d'ordre médical, une procédure d'expertise médicale s'applique. Ceci devrait permettre de raccourcir les délais trop longs lorsque le recours passe par le contentieux de la Sécurité sociale.

dd. Montant

L'allocation est due à compter du premier jour du mois au cours duquel est déposée la demande, sous réserve que les conditions d'ouverture soient réunies à cette date.

Au 1^{er} janvier 2008 :

Si l'allocataire vit en couple 39.97 €

Si l'allocataire vit seul (le conjoint d'une personne incarcérée ou hospitalisée est considéré comme isolé) 47.49 €

Complément pour frais :

Un complément mensuel pour frais de 102.23 € peut être attribué à l'allocataire dont les ressources ne dépassent pas un plafond, lorsque l'état de santé de l'enfant exige des dépenses à la charge de celui-ci, pour un montant égal ou supérieur à 102.74 € en 2008. Ce plafond est majoré en fonction du nombre d'enfants à charge. Il est également majoré lorsque chaque membre du couple dispose d'un revenu professionnel ou lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule.

Ce complément est versé mensuellement même si, pour un mois donné, l'allocataire n'a pas perçu d'AJPP.

Montants au 1^{er} janvier 2008 :

Plafonds de ressources annuelles pour 2006 pour bénéficier du complément pour frais (voir tableau II).

Versement :

Le versement de l'allocation est lié au bénéfice du congé de présence parentale.

L'allocation est versée :

- dans la limite d'une durée maximale de trois ans pour un même enfant âgé de moins de 20 ans
- par maladie, accident ou handicap présentant un caractère de gravité
- dans la limite de 310 indemnités journalières.

L'allocataire bénéficie d'un compte crédit de 310 jours de congé, indemnisés sur une base journalière, à prendre sur 3 ans, en fonction des besoins d'accompagnement de l'enfant. Le nombre maximum d'allocations sur une période de trois ans est de 310 jours ouvrés.

Il perçoit autant d'allocations journalières que de jours d'absence pris dans la limite de 22 allocations par mois. Le nombre d'allocations journalières versées mensuellement ne peut dépasser 22. Lorsque l'AJPP n'est pas versée pour la totalité des 22 jours, elle est également cumulable avec l'indemnisation de congés maladie ou d'accident du travail perçue au titre de l'activité à temps partiel.

Au-delà de la durée maximum, le droit à l'allocation peut être ouvert de nouveau, en cas de rechute ou de récidive de la pathologie de l'enfant au titre de laquelle un premier droit à l'allocation de présence parentale ou de l'AJPP avait été ouvert, dès lors que les conditions sont réunies. Dans la limite des trois ans, le droit à l'allocation journalière de présence parentale est ouvert par périodes au plus égales à 6 mois.

Au-delà des trois ans, en cas de rechute ou de récidive, le droit à l'allocation peut être ouvert à nouveau si les conditions d'attribution sont remplies.

L'allocation peut être partagée (simultanément ou successivement) entre les 2 parents.

L'allocation est attribuée pour une période maximale de 3 ans.

Le droit est ouvert pour une période égale à la durée prévisible du traitement fixé par le médecin qui suit l'enfant. Cette durée fait l'objet d'un nouvel examen tous les 6 mois.

Si lors du réexamen, le médecin constate que l'enfant est guéri ou que le traitement est achevé, le droit à l'allocation est suspendu, mais il peut être réactivé en cas de rechute ou de récidive.

En cas de rechute, le droit peut être à nouveau ouvert. Le décompte de la durée de période de droit et du nombre maximum d'allocations journalières qui pourront être versées s'effectue à partir de la date initiale d'ouverture du droit.

Dans le cas d'une nouvelle pathologie, un nouveau droit est ouvert. Un nouveau compte de 310 jours est donc ouvert. Cette nouvelle durée est ouverte même si l'allocation a déjà été versée pendant trois ans ou si la période de droit de trois ans au titre de la pathologie précédente n'est pas dépassée.

L'AJPP est due à compter du 1^{er} jour du mois civil au cours duquel est déposée la demande, sous réserve que les conditions d'ouverture de droit soient réunies à cette date.

L'allocation cesse d'être due à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions de droit ne sont plus réunies.

L'allocation journalière de présence parentale n'est pas cumulable, pour un même bénéficiaire, avec :

- l'indemnisation des congés de maternité, de paternité ou d'adoption
- l'allocation forfaitaire de repos maternel ou l'allocation de remplacement pour maternité
- l'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail
- les indemnités servies aux demandeurs d'emploi, dans ce cas, leur versement est suspendu à partir de celui de l'AJPP. A la date de cessation de paiement de celle-ci, il est repris et poursuivi jusqu'à

son terme. S'agissant du non-cumul de l'allocation journalière de présence parentale et des allocations chômage, c'est à la CAF d'aviser de l'ouverture du droit à la prestation familiale et non à l'allocataire de faire interrompre son indemnisation avant d'adresser sa demande d'allocation journalière de présence parentale

- une pension de retraite ou d'invalidité
- l'allocation parentale d'éducation ou le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant, la prestation la plus favorable est versée. Le bénéficiaire d'un congé parental ou d'un congé sans solde peut prétendre à l'allocation journalière de présence parentale seulement s'il fournit la preuve qu'il est désormais en congé de présence parentale
- un avantage personnel de vieillesse ou d'invalidité
- l'élément de la prestation de compensation lié à un besoin d'aides humaines
- le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant
- l'allocation aux adultes handicapés versée au bénéficiaire de l'AJPP.

C. LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

La prestation de compensation est une aide financière destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Son attribution est personnalisée.

Les besoins de compensation doivent être inscrits dans un plan personnalisé défini par l'équipe pluridisciplinaire de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), sur la base du projet de vie exprimé par la personne.

Il est possible de bénéficier de la prestation de compensation du handicap (PCH) à domicile, ou en établissement.

Les aides couvertes par la prestation de compensation du handicap sont :

- des aides humaines
- des aides techniques

- des aides liées à l'aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée, de même qu'à d'éventuels surcoûts dus à son transport
- des aides spécifiques ou exceptionnelles
- des aides animalières.

1. Conditions d'obtention de la prestation de compensation du handicap

Toute personne handicapée peut bénéficier de la prestation de compensation si :

- Elle remplit des conditions de résidence spécifique (voir plus bas : lieux de vie, ressortissants de nationalité étrangère).

Le demandeur doit réaliser de façon stable et régulière sur le territoire national (les cas de séjours de plus de 3 mois à l'étranger sont encadrés par des mesures spécifiques).

Les personnes de nationalité étrangère, à l'exception des citoyens des Etats membres de la Communauté européenne ou de l'Espace économique européen, doivent en outre détenir une carte de résident, ou un titre de séjour conforme à la législation relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France.

- Et que son handicap génère de façon définitive ou pour une durée prévisible d'au moins un an :

- une difficulté absolue pour réaliser au moins une activité essentielle
- une difficulté grave pour réaliser au moins deux activités essentielles.

- Et qu'elle a moins de 60 ans (la demande peut être effectuée jusqu'à 75 ans dès lors que les critères étaient remplis avant 60 ans).

Les enfants et adolescents handicapés peuvent bénéficier de la PCH dès lors qu'ils répondent aux critères d'attribution de l'AEEH et de son complément, dans le cadre du droit d'option entre le complément d'AEEH et la PCH.

Depuis le 1^{er} avril 2008, l'intégralité des aides prévues par la prestation de compensation du handicap (PCH) pour les adultes handicapés est accessible aux enfants bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et de l'un de ses compléments, ou susceptibles d'en bénéficier.

Ce nouvel accès à la PCH se fait dans le cadre d'un droit d'option entre les deux dispositifs, complément

d'AEEH et PCH, qui se maintiennent indépendamment l'un de l'autre.

Les effets de ce droit d'option sont précisés ci-dessous.

La liste des activités concernées par l'évaluation des capacités de la personne à les réaliser est définie dans le référentiel figurant à l'annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles.

Ces activités sont réparties en 4 grands domaines :

- la mobilité (exemples : les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du logement)
- l'entretien personnel (exemples : la toilette, l'habillage, l'alimentation et l'élimination)
- la communication (exemples : la parole, l'ouïe, la capacité à utiliser des moyens de communication)
- la capacité générale à se repérer dans l'environnement et à protéger ses intérêts (exemples : savoir se repérer dans le temps et dans l'espace, assurer sa sécurité).

La difficulté à accomplir ces activités est qualifiée :

- d'absolue lorsqu'elles ne peuvent pas du tout être réalisées par la personne elle-même
- de grave lorsqu'elles sont réalisées difficilement et de façon altérée par rapport à l'activité habituellement réalisée par une personne du même âge en bonne santé.

Le référentiel a récemment été modifié pour tenir compte de l'ouverture depuis le 1^{er} avril 2008, de la PCH aux enfants et adolescents handicapés.

Pour déterminer le niveau des difficultés qu'ils rencontrent, il est désormais nécessaire de faire référence aux grandes étapes de développement habituel d'un enfant définies en annexe de l'arrêté du 24 avril 2002.

2. Les aides couvertes par la prestation de compensation du handicap

a. L'aide humaine

aa. Les types de besoins

L'aide humaine peut être de différents ordres :

- soit l'état de la personne nécessite l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence

- soit l'état de la personne requiert la présence d'une tierce personne pour une surveillance régulière
- soit l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective pour la personne entraîne des frais supplémentaires du fait du handicap.

Chaque type de besoin identifié pour une personne donne lieu à quantification du temps pris en charge, dans la limite d'un plafond déterminé par nature d'activité.

Dans certaines situations exceptionnelles, la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) peut porter le temps d'aide attribué au titre des actes essentiels ou de la surveillance au-delà des temps plafonds.

a. Aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence

Il s'agit :

- des actes liés à l'entretien personnel : la toilette l'habillage, l'alimentation, l'élimination
- des actes liés aux déplacements : l'aide aux transferts, à la marche, à la manipulation d'un fauteuil roulant
- des actes liés à la participation à la vie sociale : assistance pour la communication et l'aide aux déplacements à l'extérieur du domicile
- et depuis le 1^{er} avril 2008, des actes liés aux besoins éducatifs des enfants et adolescents soumis à l'obligation scolaire pour lequel la décision d'orientation de la CDAPH vers un établissement adapté n'est pas mise en œuvre.

Le temps de l'aide humaine accordé tient compte des temps de transfert, d'installation ou, le cas échéant, de préparation spéciale nécessaire à la réalisation de l'activité pour la personne aidante. Ce temps peut atteindre jusqu'à 30 heures par mois pour les actes liés aux besoins éducatifs.

β. Présence d'une tierce personne pour une surveillance régulière

Le besoin de surveillance régulière doit être durable ou fréquent.

Les personnes susceptibles d'avoir recours à cette aide sont :

- les personnes handicapées qui s'exposent à un danger du fait d'une altération substantielle, durable

ou définitive d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques

- les personnes qui nécessitent à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence due à un besoin de soins constants ou quasi constants.

γ. Frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective

Les besoins d'accompagnement d'une tierce personne dans ce cadre particulier sont évalués distinctement des autres besoins d'aide humaine.

Sont assimilés à une activité professionnelle les stages et formations rémunérées en vue de favoriser l'insertion professionnelle, de même que les démarches de recherche d'emploi si la personne est inscrite à l'ANPE ou dans un organisme de placement spécialisé.

Les fonctions électives sont celles prévus dans le Code électoral et celle d'élu du Parlement européen. Sont assimilées aux fonctions électives les fonctions exercées dans des organismes ou des instances consultatives, où siègent de droit des représentants des associations de personnes handicapées et de leur famille.

bb. Les cadres d'emploi d'une aide humaine

L'emploi peut être direct ou indirect.

L'aide peut être utilisée :

- soit pour rémunérer directement un ou plusieurs salariés (notamment un membre de la famille) ou un service d'aide à domicile
- soit pour dédommager indirectement un aidant familial (sont considérés comme aidant familial, le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle la personne handicapée majeure et émancipée a conclu un PACS, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au 4^e degré. Lorsque la PCH est accordée à l'enfant ou à l'adolescent, sont également considérés comme aidant familial, le conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle un parent de l'enfant handicapé a conclu un PACS ainsi que toute personne qui réside avec la personne handicapée et qui entretient avec elle des liens étroits et stables).

Elle est versée mensuellement et est accordée pour une période limitée à 10 ans mais renouvelable après

demande de renouvellement du dossier de demande de prestation de compensation.

α. Conditions du salariat

Lorsque l'état de la personne handicapée nécessite à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante pour des soins ou des gestes de la vie quotidienne, les sommes attribuées au titre de l'aide humaine peuvent être utilisées pour salarier :

- son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle elle a conclu un PACS
- ou un obligé alimentaire du 1^{er} degré (le père, la mère, le fils, la fille, le gendre et la belle-fille à condition, dans ces 2 derniers cas, que l'époux qui établit la relation soit toujours vivant).

Quel que soit l'état de la personne handicapée, les autres membres de la famille ne peuvent être salariés comme aidant familial, dans le cadre de l'aide humaine versée au titre de la prestation de compensation, que s'ils cumulent les conditions suivantes :

- ils ont dû renoncer totalement ou partiellement à une activité professionnelle pour être employé par la personne
- et s'ils n'ont pas fait valoir leur droit à la retraite.

Ces dispositions, valables pour les personnes handicapées majeures ou émancipées, ne s'appliquent pas aux personnes handicapées mineures.

Modalité du contrat de travail de l'aidant familial pour un majeur protégé.

Lorsque le membre de la famille salarié par la personne handicapée est son tuteur, le contrat de travail est conclu :

- par le tuteur suppléant
- ou à défaut, par un tuteur nommé pour la circonsistance par le juge des tutelles.

Le contrat de travail doit être homologué par le conseil de famille, ou à défaut, par le juge des tutelles.

L'homologation par le juge des tutelles est obligatoire quand celui-ci a autorisé le majeur protégé à conclure lui-même le contrat de travail :

- avec son tuteur
- ou avec son curateur, si ce dernier est en outre les membres de sa famille.

β. Montant de l'aide versée pour l'aide humaine

β.1. Personne handicapée vivant à domicile

Les montants pris en charge par nature d'activité sont fixés à :

- embauche directe : tarif horaire de 11.57 € au 01-07-2008 (les formalités de l'embauche d'un salarié à domicile s'appliquent)
- service mandataire : 12.12 € au 01-07-2008
- service prestataire :
 - à partir du 1^{er} avril 2007 : le tarif correspond aux tarifs fixés par le Conseil général pour les prestations fournies par des organismes et services habilités au titre de l'aide sociale ou à 17.19 € de l'heure au 01-07-2008, en cas de recours à un service à la personne titulaire de l'agrément « qualité », en application de l'article L.7232-1 du Code du travail
 - aidant familial (personne de la famille, conjoint, ascendant, descendant) : 3.36 € par heure au 01-07-2008 ou 5.03 € au 01-07-2008 si l'aidant doit renoncer totalement ou partiellement à une activité professionnelle du seul fait de l'aide qu'il doit apporter à la personne handicapée dans la limite de 865.05 € par aidant familial et par mois au 01-07-2008. En outre, lorsque l'aidant familial n'exerce aucune activité professionnelle afin d'apporter une aide à une personne handicapée dont l'état nécessite à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne, le dédommagement mensuel maximum est majoré de 20 % soit 1038.06 € au 01-07-2008.

β.2. Cas du séjour en établissement en cours de droit à la PCH à domicile

Lorsque le séjour en établissement de santé ou médico-social intervient en cours de droit à la prestation de compensation du handicap (PCH) à domicile, la réduction du versement de l'aide humaine est appliquée :

- à hauteur de 10 % du montant antérieurement versé, dans la limite du versement d'une somme comprise entre :
 - un maximum fixé à 82.74 € par mois au 01-07-2008
 - et un maximum fixé à 41.37 € par mois au 01-07-2008

- et après un délai de séjour en établissement :
 - de 45 jours consécutifs
 - ou de 60 jours, si la personne handicapée est obligée de ce fait de licencier son ou ses aides (particulier employeur).

β.3. Cas du séjour en établissement au moment de la demande de PCH

Lorsque le séjour en établissement intervient au moment de la demande de PCH, la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) décide de l'attribution de l'aide humaine pour les périodes d'interruption de l'hospitalisation ou de l'hébergement et fixe le montant journalier correspondant.

Ce montant journalier est réduit à 10 % pendant les périodes de séjour en établissement, dans la limite du versement d'une somme comprise entre :

- un maximum fixé à 2,78 € par jour au 01-07-2008
- et un maximum fixé à 1,39 € par jour au 01-07-2008.

b. Les aides techniques couvertes par la prestation de compensation

L'aide technique est attribuée pour l'achat ou la location par la personne handicapée et pour son usage personnel, d'un instrument, un équipement ou un système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap.

Elle peut être attribuée en établissement, sous conditions.

Les aides techniques attribuables doivent être inscrites dans le plan de compensation et répondre au moins à l'un des objectifs suivants :

- maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne handicapée pour une ou plusieurs activités
- assurer sa sécurité
- mettre en œuvre les moyens nécessaires pour faciliter l'intervention des aidants qui l'accompagnent.

En outre, l'aide technique doit être suffisante et appropriée aux besoins de la personne, compte tenu de ses habitudes et de son environnement.

Son usage doit être régulier ou fréquent.

Les aides techniques peuvent être attribuées lorsqu'au moment de la demande de prestation de compensation du handicap (PCH) la personne handicapée est :

- hospitalisée dans un établissement de santé
- ou hébergée dans un établissement social ou médico-social financé par l'assurance maladie ou l'aide sociale.

Dans ce cas, le montant des aides techniques correspondant aux besoins de la personne définis par la Commission pour les droits et l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est attribué à partir des besoins en aides techniques que l'établissement ne couvre pas habituellement dans le cadre de ses missions.

L'équipe pluridisciplinaire de la Maison départementale des personnes handicapées peut prévoir dans le plan de compensation une période d'essai, par exemple, pour valider la pertinence d'une aide en situation réelle ou comparer plusieurs systèmes.

Dans ce cas, les conditions de la période d'essai sont précisées dans le plan de compensation.

Pour être prise en charge au titre de la prestation de compensation, l'aide technique doit figurer :

- dans la liste portée sur l'arrêté du 18 juillet 2008
- ou dans la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) de la Sécurité sociale.

Cas particuliers des aménagements d'équipements d'utilisation courante.

En dehors des dispositifs médicaux ou spécifiquement conçus pour compenser le handicap, des équipements d'utilisation courante peuvent être inscrits, au titre des aides techniques, dans le plan de compensation.

Selon la situation, appréciée par la Commission départementale pour les droits et l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), la prestation de compensation peut prendre en charge :

- uniquement le surcoût lié à l'adaptation d'un équipement de base d'usage courant
- ou l'ensemble d'une combinaison comprenant un équipement d'usage courant et le ou les éléments d'adaptation de l'équipement au handicap.

Lorsqu'un dispositif figure dans la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) de la Sécurité sociale, il se trouve soumis à une prescription médicale. Dans ce cas, la prise en charge au titre de la prestation de compensation porte sur la partie non remboursée par la sécurité sociale.

Lorsque l'aide technique indiquée dans le plan de compensation ne figure pas dans la LPPR, elle est remboursée à hauteur de 75 % de son tarif et dans la limite de 3.960 € sur 3 ans en 2008.

Lorsque l'aide a un montant supérieur à 3.000 € en 2008, le montant maximal attribuable est majoré du montant du tarif de l'aide, diminué du montant de la prise en charge par la Sécurité sociale.

Lorsque le choix est possible entre plusieurs aides techniques équivalentes, le plan de compensation retient la moins onéreuse.

c. Aides liées au logement couvertes par la prestation de compensation

Les aménagements du logement pris en compte doivent permettre à la personne de circuler chez elle, d'utiliser les équipements indispensables à la vie courante, de se repérer et de communiquer sans difficulté et en toute sécurité.

Ils visent également à faciliter l'intervention des aidants à domicile. La prise en charge des frais liés à l'adaptation du logement au titre de la prestation de compensation doit compléter d'autres aides financières pouvant être mobilisées pour des travaux d'adaptation et d'accessibilité.

Ils concernent les pièces ordinaires du logement : chambre, séjour, cuisine, toilettes et salle d'eau. Ils peuvent éventuellement concerner une autre pièce destinée à l'exercice d'une activité professionnelle ou de loisirs, ou nécessaire à la personne handicapée pour assurer l'éducation et la surveillance des enfants.

Les aménagements doivent répondre à des besoins directement liés aux limitations d'activité de la personne, que ce soit à titre définitif ou provisoire. Dans ce second cas, les limitations d'activité doivent avoir une durée prévisible d'au moins un an.

A noter : les travaux de mise aux normes du fait de la vétusté du logement ne peuvent être pris en charge au titre de la prestation de compensation.

L'aide liée à l'aménagement du logement peut être attribuée pour le domicile d'une personne qui héberge une personne handicapée. Dans ce cas, il doit y avoir entre la personne handicapée et la personne qui l'héberge :

- soit un lien d'ascendance, de descendance ou collatéral, jusqu'au 4^e degré
- soit un lien d'ascendance, de descendance ou collatéral, jusqu'au 4^e degré de son conjoint, concubin ou partenaire avec lequel elle a conclu un PACS.

En revanche, les aménagements nécessaires au logement d'un accueillant familial (famille d'accueil) sont exclus.

Lorsque l'aménagement du logement est impossible ou jugé trop coûteux, après évaluation par l'équipe pluridisciplinaire, et que la personne handicapée fait le choix d'emménager dans un logement répondant aux normes d'accessibilité, les frais de déménagement peuvent être pris en charge au titre de cet élément de la prestation de compensation, à hauteur de 3.000 EUR par période de 10 ans en 2008.

Lorsque, au moment de la demande de prestation de compensation du handicap (PCH), la personne handicapée est hospitalisée dans un établissement de santé ou hébergée dans un établissement social ou médico-social, les frais exposés pour l'aménagement de son domicile sont pris en compte au titre de la PCH en établissement, s'il s'agit :

- d'un enfant bénéficiaire de l'AEEH dans le cadre défini ci-dessus
- d'un adulte handicapé séjournant à son domicile au moins 30 jours par an
- ou d'un adulte handicapé hébergé par un proche dans les conditions définies plus haut au moins 30 jours par an.

Montant de l'aide.

L'aide est accordée par périodes de 10 ans.

Pour les travaux jusqu'à 1.500 € : 100 % du montant est remboursé en 2008 (une limite de 10.000 EUR de travaux cumulés par période de 10 ans s'applique).

Pour les travaux de plus de 1.500 € : 50 % du montant des aménagements est remboursé dans la limite de 10 000 € par période de 10 ans en 2008.

d. Aides à l'aménagement du véhicule utilisé par la personne handicapée

Les aménagements pris en compte doivent être ceux du véhicule utilisé habituellement par la personne handicapée, en qualité de conducteur ou de passager.

Pour bénéficier de la prestation de compensation au titre de l'aménagement du poste de conduite, s'agissant d'un véhicule exigeant le permis de conduire, le demandeur doit :

- être titulaire du permis portant la mention restrictive d'un poste de conduite adapté
- ou manifester sa volonté d'apprendre à conduire en recourant à la conduite accompagnée.

Il doit produire, dans ce dernier cas, un certificat médical d'aptitude, conformément aux dispositions du Code de la route.

L'aménagement du véhicule doit être effectué au plus tard dans les 12 mois suivant la notification de la décision d'attribution de cet élément de la prestation de compensation.

Montant de l'aide pour l'aménagement du véhicule en vigueur au 1^{er} janvier 2007 :

- travaux jusqu'à 1.500 EUR engagés par tranche : 100 % pris en charge à hauteur d'un total de travaux de 5 000 EUR sur 5 ans
- travaux au delà de 1.500 EUR engagés par tranche : 75 % du montant des aménagements dans la limite de 5.000 EUR sur 5 ans.

e. Aides aux surcoûts liés aux transports

Sont pris en compte les surcoûts liés :

- à des transports réguliers, fréquents ou correspondant à un départ annuel en congés
- aux déplacements entre le domicile de la personne handicapée et son lieu de résidence (séjour en hôpital, établissement médico-social, ou accueil de jour) :
 - lorsqu'ils sont effectués par un tiers
 - ou lorsque la distance aller-retour est supérieure à 50 km.

Dans les 2 derniers cas, le montant de l'aide est attribué après déduction des sommes versées au titre des droits ouverts dans un régime de Sécurité sociale (assu-

rance maladie par exemple) et dans la limite des frais supportés par la personne handicapée.

A noter : les surcoûts qui résultent d'un non-respect, à la date de la demande, de la part des compagnies de transport public, de leur obligation de rendre leurs réseaux de transports accessibles aux personnes handicapées ou à mobilité réduite, ne peuvent pas être pris en charge.

Montant de l'aide pour les surcoûts liés aux transports :

Trajets en voiture particulière : 0,50 € par km en mars 2007 dans la limite de 5.000 € par période de 5 ans.

Trajets avec d'autres moyens de transport : 75 % des surcoûts dans la limite de 5.000 € en mars 2007 par période de 5 ans.

Le plafond du montant total attribuable au titre de cette aide peut être porté à 12.000 € en mars 2007, en cas de recours à un transport assuré par un tiers ou pour un déplacement aller-retour de plus de 50 km, pour :

- les trajets entre le domicile et le lieu de travail
- les trajets entre le lieu de résidence (permanent ou non) et un établissement d'hospitalisation, un établissement ou service social et médico-social.

Lorsque le transport est réalisé par une entreprise ou un organisme de transport, il est tenu compte de la distance accomplie pour aller chercher la personne à son lieu de résidence et pour revenir à son point de départ.

A noter : le Conseil général peut autoriser la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) à fixer un montant supérieur, à titre exceptionnel et compte tenu de la longueur du trajet ou de l'importance des frais en raison de la lourdeur du handicap.

f. Aides spécifiques ou exceptionnelles couvertes par la prestation de compensation

Lorsque la personne handicapée est prise en charge dans un établissement de santé ou hébergée dans un établissement social ou médico-social au moment de sa demande de prestation de compensation du handicap (PCH), les aides spécifiques et exceptionnelles définies ci-dessus sont prises en compte, si les charges visées :

- ne correspondent pas aux missions de l'établissement ou du service

- ou si elles interviennent pendant les périodes d'interruption de l'hospitalisation ou du séjour dans l'établissement.

En outre, l'établissement de santé, ou l'établissement social ou médico-social doit être financé par l'assurance maladie ou par l'aide sociale.

aa. Aides affectées aux charges spécifiques

Les charges spécifiques sont des dépenses permanentes et prévisibles liées au handicap et n'ouvrant pas droit à une prise en charge au titre d'un des autres éléments de la prestation de compensation.

Il peut s'agir par exemple de l'achat de nutriments pour améliorer la qualité d'un régime alimentaire particulier, ou d'un forfait annuel pour les frais d'entretien courant d'une audioprothèse ou d'un fauteuil roulant.

La prise en charge se fait à hauteur de 75 % des coûts dans la limite de 100 € en 2008 par mois pour les produits non indiqués dans l'annexe de l'arrêté du 28 décembre 2005, et suit la grille pour ceux indiqués dans cette annexe.

bb. Aides affectées aux charges exceptionnelles

Les charges exceptionnelles sont des dépenses ponctuelles liées au handicap et n'ouvrant pas droit à une prise en charge au titre d'un des autres éléments de la prestation de compensation.

Il peut s'agir des frais de réparations d'un lit médicalisé (par exemple : du moteur ou de la télécommande) ou d'une audioprothèse en dehors des frais déjà couverts par l'allocation forfaitaire (qui relève d'une charge spécifique).

Le montant des aides exceptionnelles est plafonné à 1.800 € en 2008 par période de 3 ans.

g. Aides animalières couvertes par la prestation de compensation

Ces aides sont destinées à l'acquisition et à l'entretien d'un animal concourant au maintien ou à l'amélioration de l'autonomie de la personne handicapée dans la vie quotidienne.

Elles prennent en charge en particulier, les frais relatifs aux chiens guides d'aveugles et aux chiens d'assistance.

La prise en charge des frais au titre de l'aide animale est conditionnée, depuis le 1^{er} janvier 2006, au fait que le chien ait été éduqué dans une structure labellisée par des éducateurs qualifiés.

Les chiens remis aux personnes handicapées avant cette date sont supposés remplir cette condition.

Les aides sont limitées à 3.000 euros en 2008 pour une période limitée à 5 ans, ou à 50 euros en 2008 par mois, en cas de versement mensuel, pour la même période.

3. Base de calcul des aides liées à la prestation de compensation

a. Règles générales

Les montants et tarifs des éléments de la prestation de compensation sont fixés par nature de dépense. Cependant, leur taux de prise en charge varie en fonction des ressources de la personne handicapée.

Les montants attribués au titre des divers éléments de la prestation de compensation sont déterminés dans la limite des frais supportés par la personne, après déduction, le cas échéant, des sommes versées pour un droit de même nature ouvert au titre d'un régime de Sécurité sociale (assurance maladie, invalidité, vieillesse).

b. Ressources prises en compte

Ce sont les ressources perçues par le demandeur au cours de l'année civile précédent celle de la demande.

Lorsque la prestation de compensation est attribuée pour un enfant bénéficiaire de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), les ressources prises en compte sont celles de la personne ou du ménage qui en a la charge.

Sont exclues des ressources :

- les revenus d'activité professionnelle de l'intéressé
- les indemnités temporaires, prestations et rentes viagères servies aux victimes d'accidents du travail ou à leurs ayants droit

- les pensions de vieillesse ou d'invalidité relevant d'un régime obligatoire législatif ou conventionnel
- les allocations versées aux travailleurs privés d'emploi : allocation d'assurance chômage, allocation temporaire d'attente (ex-allocation d'insertion), allocation de solidarité spécifique, allocation équivalent retraite
- l'allocation de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs victimes de l'amiante
- les indemnités de maladie, de maternité, d'accident du travail et de maladie professionnelle versées par la Sécurité sociale
- les prestations en nature au titre de l'assurance maladie, maternité, accident du travail et décès
- la prestation compensatoire
- la pension alimentaire versée pour l'entretien et l'éducation des enfants en cas de séparation des parents
- la bourse d'étudiant
- les revenus d'activité du conjoint, du concubin, ou du partenaire lié par un PACS, de l'aïdant familial qui, vivant au foyer de l'intéressé, en assure l'aide effective, de ses parents même lorsque le bénéficiaire est domicilié chez eux
- les rentes viagères constituées par la personne handicapée pour elle-même ou, en sa faveur, par ses parents ou son représentant légal, ses grands parents, ses frères et sœurs ou ses enfants
- les prestations familiales et assimilées (exemples : allocations familiales, allocation de parent isolé, allocation d'adoption)
- les allocations non contributives pour personne âgées (minimum vieillesse)
- l'allocation aux adultes handicapés
- les allocations de logement et l'aide personnalisée au logement
- le revenu minimum d'insertion
- la prime de déménagement
- la rente ou indemnité en capital pour la victime ou ses ayants droit en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

En fonction du calcul des ressources du demandeur, les taux maximaux de prise en charge de la compensation du handicap sont fixés à :

- 100 % des tarifs et montants dans les limites par type d'aide, si les ressources de la personne handicapée sont inférieures ou égales à 2 fois le montant annuel de la majoration pour tierce personne, soit : 24.259,88 en 2008 €
- 80 % des tarifs et montants dans les limites par type d'aide, si les ressources de la personne handicapée sont supérieures à ce plafond de 24.259,88 € en 2008.

4. Règles de cumul de la prestation de compensation et des autres prestations liées au handicap

— Suivant le principes de subsidiarité, en règle générale, lorsque le bénéficiaire de la prestation de compensation dispose de droits ouverts au titre d'une prestation de sécurité sociale de même nature, les sommes versées au titre de la prestation de compensation ne peuvent être attribuées qu'en complément.

— Cas du cumul entre prestation de compensation et allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Depuis le 1^{er} avril 2008, les bénéficiaires de l'AEEH peuvent la cumuler avec l'un des éléments de la prestation de compensation du handicap dès lors qu'ils remplissent les conditions d'ouverture au complément AEEH et qu'ils sont exposés, du fait du handicap de leur enfant, à des charges relevant effectivement de la PCH.

Ce cumul s'effectue à l'exclusion du complément de l'AEEH. Les parents doivent donc choisir entre le versement du complément de l'AEEH et la PCH.

Ils peuvent également choisir de cumuler l'AEEH avec le seul élément de la PCH affecté aux charges d'aménagement du logement et du véhicule, ainsi qu'aux éventuels surcoûts de transport, lorsqu'ils sont exposés, du fait du handicap de leur enfant, à des charges relevant effectivement de cette aide. Ces charges ne peuvent alors être prises en compte pour l'attribution du complément d'AEEH.

— Cas du cumul entre prestation de compensation, allocation aux adultes handicapés (AAH) et ses compléments.

* Cas du cumul entre prestation de compensation et l'AAH.

La prestation de compensation peut être cumulée avec l'AAH, la majoration pour la vie autonome ou le complément de ressources.

* Cas du cumul entre prestation de compensation et allocation compensatrice.

La prestation de compensation ne peut être cumulée avec l'allocation compensatrice (allocation compensatrice pour tierce personne : ACTP, et allocation compensatrice pour frais professionnels : ACFP), qu'elle remplace.

Les personnes qui bénéficiaient de droits ouverts à l'allocation compensatrice au 31 décembre 2005 disposent d'un droit d'option les autorisant soit à continuer à percevoir l'ancienne prestation, soit à bénéficier de la prestation de compensation à domicile.

— Cas du cumul entre prestation de compensation et allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Toute personne qui a obtenu le bénéfice de la prestation de compensation avant 60 ans et qui remplit les conditions d'ouverture du droit à l'APA peut choisir, lorsqu'elle atteint cet âge et à chaque renouvellement de l'attribution de cette prestation, entre son maintien et le bénéfice de l'APA.

Lorsque la personne qui atteint 60 ans n'exprime aucun choix, elle est présumée vouloir continuer à bénéficier de la prestation de compensation.

— L'allocation journalière de maternité spécifique versée aux femmes enceintes ou ayant accouché dont le contrat de travail est suspendu en raison de conditions de travail particulières (travail de nuit ou expositions à certains risques professionnels) n'est pas cumulable avec l'élément de la prestation de compensation lié à un besoin d'aides humaines lorsque celui-ci est accordé en contrepartie d'une cessation d'activité.

5. La demande de prestation de compensation

La personne handicapée doit déposer sa demande à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de son lieu de résidence accompagnée des justificatifs indiqués dans les formulaires cerfa n° 12695*01 et n°12692*01 à compléter.

La MDPH a en charge l'instruction de la demande.

L'attribution de la prestation de compensation s'inscrit dans l'élaboration d'un plan de compensation personnalisé, qui comprend des mesures de toute nature et ne se limite pas à cette seule prestation.

La MDPH charge une équipe pluridisciplinaire d'évaluer les besoins de compensation du handicap du demandeur.

Cette évaluation se fait au cours d'un entretien avec le demandeur. L'équipe peut également se rendre sur son lieu de vie.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, la MDPH peut demander des pièces justificatives complémentaires.

Le plan personnalisé de compensation, est transmis au demandeur, qui dispose d'un délai de 15 jours pour faire connaître ses observations.

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), qui a en charge la décision, la fonde sur le plan personnalisé de compensation.

Le demandeur est informé, au moins 2 semaines avant, de la date et du lieu de la séance au cours de laquelle la CDAPH va se prononcer sur sa requête. Il peut se faire assister ou représenter par la personne de son choix.

La décision est notifiée à l'intéressé ainsi qu'aux organismes concernés par le président de la CDAPH.

L'allocataire doit informer la CDAPH et le président du Conseil général de toute modification de sa situation de nature à affecter ses droits.

La CDAPH doit inviter le bénéficiaire de la prestation de compensation à renouveler sa demande au moins 6 mois avant la fin de la période d'attribution de l'aide humaine.

Les autres éléments de la prestation de compensation qui font l'objet d'un versement mensuel obéissent à cette règle.

Une procédure d'urgence peut être exécutée. La demande d'attribution en urgence doit être faite sur papier libre par la personne handicapée ou par son représentant légal, auprès de la MDPH qui transmet sans délai au président du Conseil général.

La demande doit préciser :

- la nature des aides pour lesquelles la prestation de compensation est demandée en urgence et le montant prévisible des frais

- tous les éléments permettant de justifier l'urgence.

Elle doit être accompagnée d'un document attestant de l'urgence de la situation, délivré par un professionnel de santé ou par un service ou organisme à caractère social ou médico-social.

Au vu de ces éléments, le président du Conseil général peut attribuer la prestation de compensation, à titre provisoire pour un montant forfaitaire. Il peut cependant porter le temps d'aide attribué au titre des actes essentiels ou de la surveillance au-delà des temps plafonds.

Il dispose d'un délai de 2 mois pour régulariser sa décision et confier la demande de prestation pour instruction, selon la procédure normale.

Un recours peut être effectué auprès du Tribunal du contentieux de l'incapacité en cas de désaccord avec la décision de la CDAPH.

La décision prononcée par le président du Conseil général concernant une demande de procédure d'urgence, est susceptible de recours contentieux devant la Commission départementale d'aide sociale.

6. Modalités de versement des aides de la prestation de compensation

La prestation de compensation est versée mensuellement.

La partie de la prestation correspondant à un besoin d'aide humaine peut être réglée sous forme de chèque emploi service universel (CESU).

A la demande de la personne handicapée ou de son représentant légal, la décision attributive de la prestation peut prévoir un ou plusieurs versement(s) ponctuel(s) pour certains de ses éléments, lorsqu'ils relèvent :

- d'une aide technique
- d'un aménagement du logement ou du véhicule
- d'une acquisition d'une aide animalière
- ou d'aides spécifiques ou exceptionnelles.

Dans ce cas, le nombre de versements ponctuels est limité à 3.

Le président du Conseil général peut, à tout moment, faire contrôler sur place ou sur pièces si les conditions d'attribution de la prestation de compensation restent réunies ou si le bénéficiaire consacre effectivement l'intégralité des sommes prévues selon leur destination.

Le versement de la prestation peut être suspendu ou interrompu, lorsqu'il est établi, au regard du plan personnalisé de compensation, que son bénéficiaire n'a pas utilisé cette prestation pour compenser les charges liées à son handicap.

Dans ce cas, le président du Conseil général peut intenter une action en récupération des sommes indûment versées.

La récupération des indus est effectuée en priorité par la retenue sur les versements ultérieurs de la prestation.

A défaut, elle peut faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable puis, faute d'accord, d'une procédure de recouvrement forcé par les comptables directs du Trésor, conformément aux dispositions prévues par le Code général des collectivités territoriales.

7. Régime social et fiscal de la prestation de compensation

L'attribution de la prestation de compensation n'est pas subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire.

La prestation de compensation n'est pas prise en compte pour le calcul d'une pension alimentaire.

La collectivité qui assure le paiement de la prestation de compensation ne peut pas exercer de recours en récupération des sommes versées sur la succession du bénéficiaire, après son décès.

En outre, il ne peut pas être exercé de recours sur les sommes déjà perçues au titre de cette prestation lorsque le bénéficiaire est revenu à une situation plus favorable.

En principe, la prestation de compensation est incesante et insaisissable.

Elle peut néanmoins être saisie pour le paiement des frais de compensation relevant des aides

La prestation de compensation n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu.

8. Le contentieux de la prestation de compensation

Lorsque la personne handicapée est en désaccord devant un refus d'octroi de la prestation de compensation du handicap, elle peut déposer une demande de recours gracieux ou former un recours contentieux.

Encadré 5

Modèle de lettre de recours contentieux, suite à un refus d'octroi de la prestation de compensation :

Nom Prénom

A (lieu), le ... (date)

Adresse

Objet

Contestation d'un refus d'octroi de la prestation de compensation du handicap

Monsieur ou Madame le Secrétaire
du Tribunal du contentieux de l'incapacité

Lettre recommandée avec avis de réception.

Monsieur ou Madame,

Par la lettre du ... (cf. photocopie ci-joint), la CDAPH vient de me notifier la décision suivante : refus opposé à ma demande d'octroi de prestation de compensation du handicap.

Conformément à l'article L.323-11 du Code du Travail, j'ai l'honneur de former un recours contre cette décision, dont je conteste le bien fondé pour les motifs suivants :

.....

(A titre d'exemple, la personne handicapée pourrait écrire le motif suivant :

« En effet, je considère que le motif opposé à ma demande d'octroi de prestation de compensation du handicap n'est pas justifié, puisque je souffre des affections suivantes ... »).

Le médecin que je désigne pour recevoir les documents médicaux est le Docteur exerçant à ..., numéro de téléphone ...

Je vous prie d'agréer, Monsieur ou Madame, mes sentiments profondément respectueux.

A ... le ...

Signature

En cas de refus d'octroi de la prestation de compensation, le demandeur peut demander un recours gracieux auprès du président de la CDAPH.

Le patient est alors examiné par un médecin de la MDPH, ceci permet d'éviter les recours contentieux devant le TCI, qui sont d'une durée beaucoup plus longue (voir encadré 5).

Le recours contentieux est alors déposé devant le Tribunal de contentieux de l'incapacité en première instance.

Ce recours doit être formé dans les deux mois qui suivent la réception de la notification de la décision et comprendre un exposé des faits, les motivations et doit être déposé au greffe du TCI ou sinon envoyé en recommandé au greffe du TCI.

Le TCI peut annuler ou réformer une décision de la CDAPH, mais ne peut pas octroyer de dommages et intérêts, du fait des dysfonctionnements, erreurs ou retards de la CDAPH.

Si la personne handicapée désire obtenir des dommages et intérêts, du fait des dysfonctionnements de la MDPH, elle doit en parallèle ou après avoir obtenu gain de cause au TCI, engager un recours auprès du tribunal administratif.

S'agissant d'un recours en dommage et intérêts, l'assistance d'un avocat est obligatoire.

A titre d'exemple, la responsabilité de l'administration peut être engagée en cas :

— De retard anormal.

Par exemple, si une décision de la CDAPH est rendue 1 an après le dépôt d'un dossier, alors que le délai légal est de 4 mois.

— Si la décision notifiée a été annulée ou réformée par le TCI...

Il est possible de faire appel aux décisions du TCI, devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNI-TAAT).

La procédure d'appel est ouverte dans le mois qui suit le jugement du TCI, l'appel a un effet suspensif.

Dans les deux mois qui suivent la décision de la Cour nationale de l'incapacité, un pourvoi en cassation peut être formé.

Les recours contre les décisions du Tribunal administratif se font dans un délai de 2 ans devant la Cour administrative d'appel. Ils n'ont pas d'effet suspensif.

Un pourvoi en cassation devant le Conseil d'Etat peut être formé dans les mêmes délais.

9. L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) : fin de dispositif

Le dispositif de l'allocation compensatrice est remplacé par celui de la prestation de compensation, en vigueur au 1^{er} janvier 2006.

Cependant, les personnes admises au bénéfice de l'ACTP avant cette date pourront continuer à la percevoir, tant qu'elles en rempliront les conditions d'attribution et qu'elles en exprimeront le choix, à chaque renouvellement des droits. Ce droit d'option est assorti d'une information préalable de la personne bénéficiaire sur les montants respectifs de l'allocation et de la prestation auxquels elle peut avoir droit.

A noter : à défaut d'avoir exprimé leur choix, les bénéficiaires de l'ACTP sont présumés avoir opté pour la prestation de compensation.

Cette allocation est destinée à aider l'handicapé à faire face aux frais supplémentaires entraînés par le recours à l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence.

Elle est payée par l'aide sociale du département. En 1993 environ 350.000 personnes ont bénéficié de cette aide. Celle-ci est différente de la majoration pour tierce personne de la Sécurité sociale qui a le même objectif et qui peut être versée aux handicapés le cas

échéant en complément d'une pension d'invalidité, d'une rente accident du travail ou d'une retraite.

Si on perçoit une majoration pour tierce personne de la Sécurité sociale, on ne peut pas demander le versement de l'allocation compensatrice pour tierce personne. Si l'intéressé peut bénéficier de l'une ou l'autre de ces prestations (allocation compensatrice pour tierce personne ou majoration pour tierce personne de la Sécurité sociale), c'est toujours celle de la Sécurité Sociale qui est accordée en premier. En revanche l'allocation compensatrice pour tierce personne peut se cumuler avec l'AAH.

— Les conditions :

Il faut :

* être âgé d'au moins 16 ans et résider en France. Le jeune entre 16 ans et 20 ans ne doit plus bénéficier d'allocations familiales du fait de sa situation personnelle (mariage, activités professionnelles, etc.).

Sauf exception, l'allocation compensatrice tierce personne cesse d'être versée à 60 ans.

L'allocation compensatrice tierce personne ne peut être attribuée pour la première fois qu'aux personnes de moins de 60 ans. En effet, depuis la loi du 24 janvier 1997, à partir de 60 ans, seule la prestation spécifique dépendance (PSD) peut-être allouée. Toutefois, les personnes qui percevaient déjà l'allocation compensatrice tierce personne avant 60 ans ont le droit de choisir, à cet âge, puis à chaque renouvellement, entre le maintien de l'ACTP ou la PSD.

La même option est accordée à celles qui ont bénéficié de l'ACTP après 60 ans, mais ce choix est possible seulement jusqu'à la date de renouvellement de leur allocation compensatrice tierce personne (lettre DAS/RV2 du 03.05.1999).

Pour faire votre choix, lorsqu'il est possible, déposez une demande de prestation spécifique dépendance afin de connaître le montant qui vous serait attribué et comparez-le à celui de votre allocation compensatrice tierce personne. La demande de PSD doit être faite 2 mois avant l'âge de 60 ans, ou, si vous avez plus de 60 ans, 2 mois avant la date d'échéance de l'ACTP.

* avoir un taux d'incapacité d'au moins 80 % apprécié sur la base du Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées inclus dans le décret n° 93-1216 du 4-11-1993 publié au Journal Officiel du 6-11-1993

* présenter un état de santé exigeant l'aide effective d'une tierce personne rémunérée pour les actes essentiels de l'existence (c'est-à-dire ceux énumérés pour la tierce personne en invalidité) ou lorsque le handicap d'une personne qui travaille nécessite des frais supplémentaires et exceptionnels (par exemple l'aménagement d'un véhicule automobile). L'allocation compensatrice ne peut être maintenue que si le bénéficiaire justifie qu'il a effectivement recours à l'aide d'une tierce personne et qu'il peut le justifier par des dépenses

* ne pas avoir de ressources supérieures à un plafond. Les ressources s'apprécient de la même façon que l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés (A.A.H.). La seule différence est qu'un quart seulement des revenus que l'handicapé tire d'une activité professionnelle sont pris en compte pour les ressources.

Les plafonds de ressources sont ceux retenus pour l'attribution de l'A.A.H. majorés du montant de l'allocation compensatrice accordée.

— Le montant de l'allocation est fixé en référence à celui de la majoration pour tierce personne versée par la sécurité sociale à un invalide classé en 3^e catégorie, soit le 1^{er} mars 2002 : 916 euros 32 par mois. Le montant de l'allocation compensatrice pour tierce personne varie entre 40 % et 80 % de cette majoration, soit entre 366 euros 53 et 733 euros 05 par mois le 1^{er} mars 2002. Le taux plein de 80 % est attribué si l'aide de la tierce personne se fait sentir de manière constante.

L'accueil en établissement ou à l'hôpital :

Lorsque le titulaire de l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) est accueilli dans un établissement dont les frais de séjour sont pris en charge par l'aide sociale, l'ACTP est réduite (au maximum de 90 %) à concurrence d'un montant fixé par la commission d'aide sociale). En cas d'hospitalisation, cette allocation est versée pendant 45 jours, puis suspendue (décret du 24.03.1978).

Formalités :

— La demande doit être adressée soit directement auprès de la COTOREP, à la DDASS du lieu de votre résidence, soit auprès du centre communal d'action sociale à la mairie du lieu de votre résidence. La COTOREP décide de l'attribution ou non de cette allocation compensatrice pour tierce personne (voir encadré 6).

— La durée d'attribution de l'allocation est variable.

Elle est, soit annuelle pour la vérification des conditions de ressources, soit de façon périodique à l'expiration d'un délai fixé par la COTOREP.

— Le cumul : cette allocation peut se cumuler avec l'allocation aux adultes handicapés et avec toute autre avantage d'invalidité ou de vieillesse. Par contre, elle n'est pas cumulable avec un avantage analogue ayant le même objet, par exemple, la majoration pour tierce personne accordée aux invalides de 3^e catégorie. La différence entre la majoration pour tierce personne de la Sécurité Sociale et l'allocation compensatrice pour tierce personne des COTOREP tient essentiellement à la modulation du taux en COTOREP alors que la Sécurité Sociale répond à la loi du tout ou rien. Il faut aussi savoir que l'allocation compensatrice pour tierce personne est soumise à un plafond de ressources. Il peut cependant être intéressant de diriger un patient vers cette compensation plutôt que de s'acharner à essayer de lui faire obtenir une « majoration pour tierce personne de la sécurité sociale » à laquelle son état de santé ne lui permet pas de prétendre.

L'allocation tierce personne est récupérable sur la succession.

Si vous sollicitez l'allocation compensatrice tierce personne, on ne demandera pas au préalable à vos proches, tenus envers vous à une obligation alimentaire (c'est-à-dire tenus de vous aider à assumer les frais de première nécessité), de prendre en charge les frais de la tierce personne dont vous avez besoin. Toutefois, l'ACTP est récupérable sur la succession, sauf lorsque les héritiers sont le conjoint, les enfants, ou la personne qui a assumé de façon effective et constante la charge de la personne dépendante.

Lorsque l'administration se fait rembourser, deux situations peuvent se présenter. Si l'allocation a été versée à domicile, juridiquement c'est une aide sociale à domicile : la récupération n'est donc mise en jeu que si les sommes versées excèdent 5 000 F et s'effectue dès le premier franc versé sur l'intégralité de l'actif net successoral supérieur à 300.000 F. Si l'ACTP est versée à une personne vivant en établissement, la récupération s'effectue dès le premier franc versé sur l'intégralité de l'actif net successoral (art. 146 du CFAS, note DAS du 23.10.97).

L'administration dispose aussi d'un recours contre le bénéficiaire de l'ACTP revenu à « meilleure fortune » (s'il a hérité d'une maison par exemple), ainsi que contre son légataire ou son donataire. Les règles sont les mêmes que pour l'aide sociale à domicile. Cette récupération joue même à l'encontre des enfants du dona-

Encadré 6

Modèle de demande d'octroi de l'allocation compensatrice tierce personne :

Nom, prénom

A (lieu), le (date)

Adresse

Monsieur le Maire (Commune)

Objet : demande d'octroi de l'allocation
compensatrice
« tierce personne »

ou Monsieur le Directeur du
Centre communal d'action sociale de
.....

Monsieur le Maire (ou Monsieur le Directeur du
Centre communal d'action sociale de),

Je suis handicapé avec un taux d'incapacité de... % (égal ou supérieur à 80 %) et j'ai besoin de l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie courante.

Je demande donc l'attribution de l'allocation compensatrice pour tierce personne.

Je vous remercie d'avance de bien vouloir me faire connaître les documents à fournir pour prétendre à cette aide.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Maire (ou Monsieur le Directeur du Centre communal d'action sociale de), l'expression de mes sentiments les plus respectueux,

Signature

(La demande peut également être adressée au Secrétariat de la C.O.T.O.R.E.P.).

teur (CCAS du 13.10.89 n° 890041 Département de la Haute-Vienne).

10. L'allocation compensatrice pour frais professionnels : fin du dispositif

Le dispositif de l'allocation compensatrice est remplacé par celui de la prestation de compensation, en vigueur au 1^{er} janvier 2006.

Cependant, les personnes admises au bénéfice de l'ACFP avant cette date pourront continuer à la percevoir, tant qu'elles en rempliront les conditions d'attribution et qu'elles en exprimeront le choix, à chaque renouvellement des droits. Ce droit d'option est assorti d'une information préalable de la personne bénéficiaire sur les montants respectifs de l'allocation et de la prestation auxquels elle peut avoir droit.

A noter : à défaut d'avoir exprimé leur choix, les bénéficiaires de l'ACFP sont présumés avoir opté pour la prestation de compensation.

Cette allocation est destinée à compenser les frais supplémentaires occasionnés par l'exercice d'une activité professionnelle pour l'handicapé.

— Les conditions d'obtention :

Il faut :

- avoir une incapacité au moins égale à 80 %
- exercer une activité professionnelle
- cette activité professionnelle doit imposer des frais supplémentaires habituels ou exceptionnels auxquels n'aurait pas à faire face un travailleur valide exerçant la même activité (exemple : frais de transport, achat du matériel adapté, l'aménagement d'un véhicule...).

Cette allocation est versée par l'aide sociale.

Les conditions financières d'attribution sont les mêmes au niveau de ressources que l'allocation compensatrice pour tierce personne.

— Le montant de l'allocation :

Celle-ci en principe ne dépasse pas 80 % de l'allocation compensatrice pour tierce personne de la sécurité sociale, soit 733 € 05 le 1-1-2002.

— Les formalités :

La demande accompagnée de toutes les pièces justificatives (par exemple, facture de frais de transport,

Encadré 7

Demande d'octroi de l'allocation compensatrice « frais professionnels »

Nom, prénom

Adresse

Objet : demande d'octroi de l'allocation compensatrice
« frais professionnels »

Monsieur le Maire (ou Monsieur le Directeur du Centre communal d'action sociale de),

Je suis travailleur handicapé avec un taux d'incapacité de (égal ou supérieur à 80 %) et j'exerce une activité professionnelle (préciser laquelle).

A cause de mon handicap, je suis contraint d'engager un certain nombre de frais afin d'exercer cette activité professionnelle (préciser laquelle).

De ce fait je sollicite l'attribution de l'allocation compensatrice pour « frais professionnels ».

Je vous remercie d'avance de bien vouloir me faire connaître les documents à fournir pour obtenir cette aide.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Maire (ou Monsieur le Directeur du

Centre communal d'action sociale de), l'expression de mes sentiments les plus respectueux,

Signature

d'acquisition d'appareils...) doit être, soit adressée à la COTOREP, soit au centre communal d'action sociale de la mairie du lieu de résidence (voir encadré 7).

On ne peut prétendre à la fois à l'allocation compensatrice pour tierce personne et l'allocation compensatrice pour frais professionnels. Dans ce cas, on peut bénéficier d'une allocation égale à la plus élevée des deux à laquelle, on ajoute 20 % de la majoration pour tierce personne versée par la sécurité sociale. Au maximum, on peut donc prétendre à une allocation égale à la majoration pour tierce personne de la Sécurité Sociale servie entière, soit 80 % + 20 %, soit par mois le 1^{er} janvier 2002, 916 € 32 au 1-1-2002.

D. CARTE D'INVALIDITÉ

Il convient de ne pas confondre la carte d'invalidité prévue par le Code de la famille et de l'aide sociale avec la carte nationale de priorité accordée aux victimes d'accident de travail et la carte de station debout pénible, accordée également par la DDASS qui permet seulement de bénéficier d'une priorité dans les transports en commun.

La carte « priorité pour personne handicapée » (Code de l'action sociale et des familles, articles L. 241-3-1, R. 241-12 à R. 241-158), autrefois nommée « carte station debout pénible », permet d'obtenir une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente, de même que dans les établissements et les manifestations accueillant du public. La carte de priorité remplace l'ancienne carte portant la mention « station debout pénible ». Elle est attribuée gratuitement et sur demande, pour une durée déterminée comprise entre un et 10 ans renouvelable.

Elle permet également d'obtenir une priorité dans les files d'attente.

En revanche, elle n'ouvre pas droit aux avantages financiers de la carte d'invalidité.

Toute personne dont le taux d'incapacité, rendant la position debout pénible, est inférieur à 80 % peut demander une carte portant la mention « priorité pour personne handicapée ».

Son attribution n'est cependant pas systématique : il faut que cette incapacité rende effectivement la station debout pénible.

Constitution du dossier d'obtention de la carte « priorité pour personne handicapée » :

Comme pour la carte d'invalidité civile, il faut se procurer le formulaire Cerfa n° 61-2344, dans une Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), par courrier ou sur internet (<http://vos-droits.service-public.fr/particuliers/F2446.xhtml>). Il suffit de cocher la case correspondant à la demande de carte de priorité. Là encore, il faut joindre au dossier : un certificat médical, dont un modèle (formulaire n°61-2280) est proposé sur le même site, ou une attestation de pension d'invalidité de 3^e catégorie ; une photocopie de pièce d'identité ou de titre de séjour ; et une photo d'identité. La demande déposée à la MDPH est transmise à la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui examine le dossier. La demande est instruite par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) au sein de la MDPH. Le cas échéant, un médecin de la commission examine la personne pour déterminer le degré de difficulté occasionnée par la station debout. Il faut compter, en moyenne, de 3 à 4 mois pour obtenir la carte.

Les recours possibles de la carte « priorité pour personne handicapée » :

Les mêmes recours gracieux ou contentieux que pour la carte d'invalidité sont ouverts en cas de refus de la Commission.

La carte de priorité pour personne handicapée est attribuée pour une période comprise entre un an et dix ans, cette période étant renouvelable.

1. Les conditions d'obtention

La MDPH apprécie si l'état de la personne handicapée justifie l'attribution de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du Code de la famille (article L.323 – 11 du Code du travail).

La carte est délivrée par la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

Peuvent en bénéficier toutes les personnes, enfants ou adultes dont le taux d'incapacité permanente est au moins de 80 % en raison de 1 ou plusieurs handicaps.

Art. L.241-3. du Code de l'action sociale et des familles : une carte d'invalidité est délivrée à titre définitif ou pour une durée déterminée par la Commission mentionnée à l'article L.146-9 à toute personne dont le taux d'incapacité permanente est au moins de 80 %, apprécié suivant des référentiels définis par voie réglementaire, ou qui a été classée en 3^e catégorie de la pen-

sion d'invalidité de la Sécurité sociale. Cette carte permet notamment d'obtenir une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public, tant pour son titulaire que pour la personne qui l'accompagne dans ses déplacements. Elle permet également d'obtenir une priorité dans les files d'attente. Cette disposition doit être rappelée par un affichage clair et visible dans les lieux dans lesquels ce droit s'exerce.

2. Les formalités

« Art. R.241-12 du Code de l'action sociale et des familles : la demande de carte d'invalidité mentionnée à l'article L.241-3 ou de la carte portant la mention « priorité pour personne handicapée » mentionnée à l'article L.241-3-1 est adressée à la Maison départementale des personnes handicapées.

Elle est constituée des pièces suivantes :

- 1° Un formulaire de demande et un certificat médical conformes aux modèles fixés par un arrêté du ministre chargé des personnes handicapées.
- 2° Une copie de la carte d'identité ou du passeport ou, pour la personne de nationalité étrangère, de l'une des pièces visées à l'article 1^{er} du décret n° 94-294 du 15 avril 1994.
- 3° Une photographie du demandeur.

La personne titulaire d'une pension d'invalidité de troisième catégorie fournit à la place du certificat médical mentionné au précédent alinéa, un justificatif attestant de l'attribution d'une pension d'invalidité de troisième catégorie.

Après instruction de la demande, la carte sollicitée est attribuée par la commission des droits et de l'autonomie mentionnée à l'article L.146-8. »

La demande est instruite par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées au sein de la MDPH.

Le dépôt de la demande doit être effectué auprès du secrétariat de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées au sein de la MDPH. Il faut produire un certificat médical détaillé pour justifier cette démarche (voir encadré 8).

« Art. R.241-13 du Code de l'action sociale et des familles : la demande d'une carte mentionnée à l'article L.241-3 ou à l'article L.241-3-1 donne lieu à une éva-

Encadré 8

Modèle de demande d'attribution d'une carte d'invalidité pour un adulte

Nom, prénom

A (lieu), le (date)

Adresse

Monsieur le Secrétaire de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

Objet : demande d'attribution
d'une carte d'invalidité

Monsieur (ou Madame) le Secrétaire de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées,
Je suis handicapé.

Je sollicite donc l'attribution de la carte d'invalidité.

Je vous remercie d'avance de bien vouloir m'adresser les formulaires à compléter et de me préciser les documents à fournir.

Je vous prie d'agréer, Monsieur (ou Madame) le Secrétaire de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'expression de mes sentiments les plus respectueux,

Signature

luation par l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L.146-8, sauf lorsqu'elle est présentée par une personne titulaire d'une pension d'invalidité de troisième catégorie visée au deuxième alinéa de l'article précédent.

Le taux d'incapacité permanente est apprécié en application du guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 au décret n°2004-1136 du 21 octobre 2004 relatif au Code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire).

La pénibilité à la station debout est appréciée par un médecin de l'équipe pluridisciplinaire en fonction des effets de son handicap sur la vie sociale du demandeur, en tenant compte, le cas échéant, des aides techniques auxquelles il a recours. »

« Art. R.241-14 du Code de l'action sociale et des familles « Lorsque la carte d'invalidité mentionnée à l'article L.241-3 est attribuée pour une durée déterminée, cette dernière ne peut être inférieure à un an, ni excéder dix ans.

La carte « priorité pour personne handicapée » mentionnée à l'article L.241-3-1 est attribuée pour une durée déterminée qui ne peut être inférieure à un an, ni excéder dix ans.

Elle est attribuée à compter du jour de la décision prise par la Commission des droits et de l'autonomie. »

La durée de l'instruction des dossiers varie selon les départements mais il faut compter, en moyenne, de

3 à 4 mois pour obtenir la carte. Il est donc recommandé, notamment pour un renouvellement, d'anticiper ce délai.

En cas de refus de délivrance de la carte d'invalidité, aucune nouvelle demande n'est admise avant un délai d'attente d'un an. On peut toujours contester une décision de refus d'attribution de la carte d'invalidité dans un délai de deux mois de la notification de refus en contactant le tribunal du contentieux de l'incapacité.

La demande de renouvellement de la carte doit être faite auprès de la MDPH. Il convient de l'adresser plusieurs mois avant la date d'expiration de la carte en cours, compte tenu des détails d'instruction de la MDPH.

3. Les mentions supplémentaires

Diverses mentions peuvent être ajoutées sur la carte d'invalidité, à savoir :

— « Art. R.241-15 du Code de l'action sociale et des familles : la carte d'invalidité mentionnée à l'article L.241-3 est surchargée d'une mention « besoin d'accompagnement » :

1° Pour les enfants ouvrant droit au troisième, quatrième, cinquième ou sixième complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé mentionnée à l'article L.541-1 du Code de la Sécurité sociale,

2° Pour les adultes qui bénéficient de l'élément « aide humaine » de la prestation de compensation mentionnée à l'article L.245-1 ou qui perçoivent, d'un régime de sécurité sociale, une majoration pour avoir recours à l'assistance d'une tierce personne telle que mentionnée aux articles L.355-1 ou L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, ou qui perçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L.232-1, ou qui bénéficient de l'allocation compensatrice pour tierce personne.

La carte d'invalidité portant la mention « besoin d'accompagnement » permet d'attester de la nécessité pour la personne handicapée d'être accompagnée dans ses déplacements tel qu'il est prévu à l'article L.241-3.

— La mention « cécité » est également apposé sur la carte d'invalidité dès lors que la vision centrale de la personne handicapée est inférieure à un vingtième de la normale :

- station debout pénible
- canne blanche. Cette mention est portée si la cécité n'est pas totale, soit 1/10^e de la normale
- tierce personne lorsque la personne handicapée est reconnue par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées dans l'obligation d'avoir recours à l'aide d'un tiers pour effectuer les actes essentiels de l'existence.

4. Durée de validité de la carte

La carte est accordée pour une période déterminée à l'issue de laquelle elle peut sur la demande de l'intéressée être renouvelée.

5. Les avantages liés à la carte d'invalidité

a. Avantages fiscaux

— abattement spécifique

Les contribuables handicapés dont le revenu global net n'excède pas un certain montant peuvent bénéficier d'un abattement sur ce même revenu. Sont considérés à ce titre, comme handicapés, les titulaires d'une rente pour accident du travail atteints d'une incapacité minimale de 40 %, les titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et

des familles (délivrée par la M.D.P.H.). Le montant du revenu s'apprécie par foyer fiscal, et non par personne prise individuellement. Si l'handicapé est l'épouse, il convient donc de considérer les revenus de l'épouse mais additionnés de ceux de son mari et inversement.

Cet abattement était pour les revenus de 2007 de 2.202 € lorsque le revenu global net n'excédait pas 13.550 € et de 1.1015 € lorsque le revenu global net était compris entre 13.550 € et 21.860 €. Lorsque le revenu global net est supérieur à 21.860 €, le montant de l'abattement est nul.

Lorsque dans un ménage soumis à imposition commune, les deux conjoints remplissent les conditions d'invalidité ci-dessus, le montant de l'abattement est doublé.

— quotient familial majoré

Bénéficiant d'une demi part supplémentaire pour le coefficient familial de base (article n° 195 du Code général des impôts), les titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles (délivrée par la M.D.P.H.), les bénéficiaires d'une pension militaire pour une invalidité d'au moins 40 %, les bénéficiaires d'une pension d'invalidité pour accident du travail d'au moins 40 % (le bénéficiaire d'une rente pour maladie professionnelle peut être assimilé au titulaire d'une pension d'invalidité pour accident du travail). Une carte d'invalidité est délivrée à titre définitif ou pour une durée déterminée aux personnes classées en 3^e catégorie de la pension d'invalidité de la sécurité sociale (article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles). Seules les personnes considérées comme invalides de 3^e catégorie au titre des pensions d'invalidité de la sécurité sociale ont donc droit automatiquement à une coefficient familial majoré. Les personnes considérées comme invalides de 1^o, 2^e catégorie au titre des pensions d'invalidité de la sécurité sociale n'ont donc pas droit automatiquement à une coefficient familial majoré.

En cas d'infirmités multiples provenant d'accidents du travail ou de maladies professionnelles successifs, les taux sont cumulés (DA 5 D-3111 n°12).

L'économie résultant de la demi part supplémentaire accordée aux anciens combattants ou aux invalides sans personne à charge est plafonnée à 2.857 € en 2.007.

Lorsqu'une même personne ouvre droit à plusieurs demi parts supplémentaires en raison de sa situation personnelle, elle ne pourra prétendre qu'à une seule demi part (exemple : une personne titulaire à la fois d'une

rente pour accident du travail et d'une carte d'invalidité n'ouvrira droit qu'à une seule unique part supplémentaire).

En revanche quand plusieurs personnes au foyer remplissent chacune des conditions pour ouvrir droit à une demi part supplémentaire, ces demi parts se cumulent (par exemple, deux conjoints titulaires d'un taux d'IPP d'au moins 40 % d'accident du travail, deux conjoints titulaires de la carte d'invalidité ouvrent droit à chacun à une demi part supplémentaire).

L'enfant âgé de moins de 18 ans ouvre droit à une demi part de quotient familial supplémentaire s'il est titulaire de la carte d'invalidité. Ainsi, si le premier enfant à charge est invalide, il donne droit à une part (une demi part pour la première personne à charge plus une demi part pour l'invalidité). Si le troisième enfant à charge est invalide, il donne droit à une part et demi (une part pour le troisième enfant à charge plus une demi part pour l'invalidité).

Un enfant handicapé à la qualité d'enfant à charge qu'il soit mineur ou majeur tant qu'il n'a pas fondé son propre foyer et qu'il n'est pas en mesure de subvenir à ses besoins.

Un enfant handicapé célibataire hors d'état de subvenir à ses besoins en raison de son invalidité est considéré comme étant à la charge de ses parents quelque soit son âge même s'il ne vit pas chez eux. L'enfant handicapé majeur n'a pas à demander son rattachement contrairement aux autres enfants majeurs. L'enfant majeur s'il est titulaire de la carte d'invalidité et qu'il ne dépose pas de déclaration de revenus distincte des parents, ouvre droit à une part entière de quotient familial et s'il n'a pas la carte d'invalidité à une demi part. S'il est titulaire de la carte d'invalidité, il bénéficie donc d'une demi part de quotient supplémentaire.

Il peut choisir néanmoins d'être imposé séparément en déposant sa propre déclaration. Si l'enfant est majeur, les parents peuvent opter pour la déduction de la pension alimentaire, les sommes engagées pour son entretien, qu'ils lui versent. Dans ce cas, l'enfant ne sera pas rattaché au foyer fiscal de ses parents et devra déclarer des revenus séparément. L'enfant handicapé n'est donc plus pris en charge dans le calcul du quotient familial. Les parents ne peuvent prétendre alors à aucune majoration de quotient.

La pension alimentaire est déductible des revenus des parents dans la limite en 2007 de 5.568 € pour un enfant célibataire, 11.136 € pour un enfant marié, pacsé avec une imposition commune ou célibataire, veuf,

divorcé et chargé de famille, sous réserve qu'un seul parent justifie participer seul à l'entretien du ménage. (lorsque deux parents justifient participer à l'entretien du ménage, ce plafond est ramené à 5.568 € le 01.01.08).

La pension alimentaire est imposable au nom de l'enfant qui la perçoit (article 196 du code général des impôts) : l'enfant handicapé majeur célibataire doit alors les déclarer avec ses revenus imposables.

Inversement si l'enfant handicapé est marié, pacsé, ou séparé ou divorcé et chargé de famille, il est considéré comme formant son propre foyer fiscal par l'administration fiscale. Il peut néanmoins demander le rattachement de son couple, de sa famille au foyer de ses parents quelque soit son âge. Dans le cas où l'enfant handicapé a fondé un foyer distinct, il ouvre encore droit à deux possibilités, soit un abattement dans le cadre de son rattachement au foyer fiscal de ses parents, soit une déduction de la pension alimentaire qui lui est versée par ses parents dans la limite d'un montant plafond.

Le foyer auquel le ménage est rattaché bénéficie d'un abattement sur son revenu.

L'enfant handicapé marié, pacsé ou chargé de famille, quelque soit son âge ou celui de son conjoint peut demander le rattachement de son ménage au foyer des uns ou des autres parents, ou de ses beaux parents, dans les mêmes conditions que les autres enfants mariés quel que soit son âge et celui de son conjoint (réponse ministérielle, Journal Officiel de l'Assemblée Nationale, 22.11.93, page 4.142). Le rattachement donne droit à un abattement sur le revenu imposable du foyer fiscal, (correspondant aux sommes engagées pour son entretien) de 11.136 € en 2007 majoré de 5.568 € en 2007 pour chacun des enfants du ménage. Mais les parents ne peuvent prétendre alors à aucune majoration de quotient familial (c'est-à-dire d'une majoration du nombre de parts).

Un enfant handicapé célibataire qui a des enfants à charge peut demander son rattachement au foyer de ses parents. Les parents bénéficient alors du même abattement que celui lié au rattachement d'un enfant non handicapé chargé de famille. Le montant de ces abattements n'est pas majoré si l'enfant handicapé est titulaire de la carte d'invalidité.

Les personnes invalides qui peuvent être rattachées au foyer fiscal sont les enfants invalides et les personnes invalides qui vivent sous le toit du contribuable, peu importe leur âge et le montant de leurs revenus ou qu'elles aient un lien de parenté avec le contribuable. Par contre ces personnes invalides doivent être titulaire de la carte d'invalidité et l'hébergement doit être gra-

tuit et permanent. Si l'on héberge un couple marié, les conjoints ne peuvent être comptés à la charge que si chacun est titulaire de la carte d'invalidité. Le rattachement d'une personne invalide ouvre droit à une majoration supplémentaire de quotient d'une demi part au titre de l'invalidité. En contrepartie on doit déclarer les revenus de l'invalidé avec les siens. Par exemple, un couple marié comptant un parent invalide à sa charge voit son quotient être de trois parts : deux pour le couple, une demi part pour la personne à charge et une demi part pour son invalidité. Un contribuable vivant seul et hébergeant ses parents invalides aura droit à trois parts et demi : une pour le contribuable, une pour son premier parent à charge au lieu d'une demi part car le contribuable vit seul, une demi part pour le deuxième parent et deux fois une demi part au titre de leur invalidité.

Les célibataires divorcés ou séparés vivant seuls ont droit à une part de quotient familial au lieu d'une demi part pour leur premier enfant à charge. Ils ont droit à une part et demi si cette personne à charge est un invalide autre qu'un enfant titulaire de la carte d'invalidité vivant sous leur toit. Ils ont le droit à une part et demi si cette personne à charge est un invalide autre qu'un enfant titulaire de la carte d'invalidité vivant sous leur toit. Dans ce cas, l'économie d'impôts en résultant est limitée à 7311 € en 2007.

— réduction d'impôts :

* les contrats de rente survie et d'épargne handicap

Les contrats de rente survie donnent droit à une réduction d'impôts pour l'imposition des revenus de 2002 égale à 25 % du montant total des primes payées prises dans la limite de 1.070 € + 230 € par enfant à charge (article 199 septies 2° du Code général des impôts). Les contrats de rente survie sont des contrats souscrits par des parents d'un enfant handicapé qui garantissent en cas de décès des parents, le versement d'un capital ou d'une rente viagère à l'enfant handicapé.

Les contrats d'épargne handicap sont des contrats d'assurance souscrits par la personne handicapée elle-même proposant des garanties identiques aux contrats de rente survie.

Les contrats d'épargne handicap donnent droit à une réduction d'impôts pour l'imposition des revenus de 2002 égale à 25 % de la fraction des primes représentative de l'opération d'épargne payées dans la limite de 1.070 € + 230 € par enfant à charge (article 199 septies 2° du Code général des impôts).

Ce plafond concerne l'ensemble des contrats de rente survie et d'épargne handicap souscrits par les membres du foyer fiscal.

* emploi d'aide à domicile

La réduction s'impôts est égale pour les revenus de 2002 à 50 % des dépenses effectivement supportées retenues dans la limite de 13.800 €. C'est une réduction d'impôts maximale donc égale à 7.400 € par an.

Ce plafond de 13.800 € concerne les contribuables invalides qui sont dans l'obligation de recourir à l'aide d'une tierce personne (article L.341-4-3° du Code de la Sécurité Sociale), pour ceux qui ont à leur charge une personne invalide ou un enfant donnant droit au complément d'allocation d'éducation spéciale (article L.541-1, alinéa 2 du Code de la Sécurité Sociale), et pour les foyers fiscaux dont au moins l'un des membres est titulaire de la carte d'invalidité de 80 % (Bulletin Officiel des impôts 5 B-10-98).

* établissement de long séjour ou section de cure médicale

Cette réduction d'impôt est accordée aux personnes hébergées dans un établissement de long séjour ou dans une section de cure médicale, quels que soient leur âge et leur situation de famille (article 199 quindecies du Code Général des Impôts). Lorsque, dans un couple marié, seul l'un des époux est hébergé en établissement de long séjour, la réduction d'impôt peut se cumuler avec celle prévue pour l'emploi d'un salarié à domicile.

La réduction d'impôt pour les revenus de 2002 est égale à 25 % des sommes versées en 2002 pour l'hébergement de conjoint dans un établissement de long séjour ou une section d'une cure médicale, retenues dans une limite de 2.300 € par personne accueillie, soit une réduction d'impôt maximale de 575 € pour une personne seule et de 1.150 € au maximum, dans le cas où les deux membres du couple sont hébergés en établissement.

— Impôts locaux :

* taxe d'habitation

Pour bénéficier d'un dégrèvement total de la taxe d'habitation de l'habitation principale, il faut être titulaire de la carte d'invalidité, ne pas être imposable à l'impôt sur les revenus au titre de l'année précédente.

* taxe foncière

Pour bénéficier d'un dégrèvement total de la taxe foncière de sa résidence principale, il faut :

- être titulaire de l'allocation aux adultes handicapés
- ne pas être soumis à l'impôt sur le revenu de l'année précédente

- y habiter, soit seul, soit avec son conjoint, soit avec des personnes fiscalement à charge, soit avec des personnes titulaires de l'allocation aux adultes handicapés
- que le logement soit un bien commun ou d'un bien propre à celui des époux qui est handicapé. Si par contre le logement appartient à l'époux qui n'est pas handicapé, le dégrèvement n'est pas accordé.

Le simple titulaire d'une carte d'invalidité ne bénéficie pas d'un dégrèvement de la taxe foncière de sa résidence principale (voir encadré 9).

— Exonération éventuelle de la redevance audiovisuelle sous certaines conditions de ressources, en particulier il ne faut pas être soumis à l'impôt sur les revenus. C'est à l'handicapé de faire la demande d'exonération dès qu'il reçoit l'avis de payer (voir encadré 10).

b. Autres avantages

La carte d'invalidité donne droit :

- à une priorité pour l'accès aux places assises dans les salles d'attentes, les établissements publics et dans les files d'attente ainsi que dans les manifestations accueillant du public (pour le titulaire et la personne accompagnante)
- au droit d'occuper les places numérotées dans les transports en commun si la carte porte la mention « station debout pénible »

Encadré 9

Modèle de demande de dégrèvement de taxe foncière

Nom, prénom

Adresse

Objet : demande de dégrèvement de la taxe foncière

Monsieur le Directeur,

Je suis titulaire de l'allocation aux adultes handicapés et ne suis pas imposable sur le revenu.

Je sollicite donc le dégrèvement de la taxe foncière pour mon habitation principale dont je suis propriétaire.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie de croire, Monsieur le Directeur du Centre des Impôts de, à l'expression de mes sentiments les plus respectueux,

Signature

- à une priorité dans les files d'attente des lieux publics
- pour les transports :
 - les titulaires d'une carte d'invalidité sont prioritaires pour l'accès aux places assises dans les transports en commun
 - au plan national, les compagnies de transport proposent des services spécifiques (service Accès Plus de la SNCF, Saphir chez Air France) et des réductions tarifaires à la personne, voire à son accompagnateur, allant jusqu'à la gratuité pour ce dernier à la SNCF, si la carte d'invalidité comporte la mention « cécité » ou « besoins d'accompagnement »
 - sur le plan local, les sociétés de transports, commerçants, lieux culturels, etc., sont incités – mais pas obligés – à mettre en place des tarifs spécifiques (art. 114 du Code de l'action sociale et des familles)

- port de la canne blanche : le port est autorisé si une canne blanche est dessinée sur la carte d'invalidité (cela correspond à une acuité visuelle inférieure à 1/20^e pour chaque œil) ou lorsque la carte porte la mention cécité.

6. Le contentieux de la carte d'invalidité

La procédure est identique à celle du contentieux de l'attribution de l'allocation adulte handicapé.

Encadré 10**Modèle de demande d'exonération de la redevance télévision**

Nom, prénom

A (lieu), le (date)

Adresse

Monsieur le Directeur du Centre Régional

Objet : demande d'exonération
de la redevance télévision

de la Redevance de

(ou Centre National de la Redevance
de l'Audiovisuel, 37 place Colombier
35000 Rennes)

Monsieur le Directeur du Centre Régional de la Redevance de

(ou Centre National de la Redevance de l'Audiovisuel, 37 place Colombier 35000 Rennes),

Je suis handicapé avec un taux de 80 % (ou plus) ainsi qu'en atteste la copie ci-jointe de ma carte d'invalidité.

D'autre part, je vis seul (ou avec mon conjoint, ou avec une personne à charge non imposable, ou avec une tierce personne qui m'assiste) et je ne suis pas imposable sur le revenu (ci-jointe la copie de mon avis d'imposition).

J'ai donc l'honneur de solliciter l'exonération de la redevance télévision pour le poste de télévision que je possède depuis le

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie de croire, Monsieur le Directeur du Centre Régional de la Redevance de

(ou Centre National de la Redevance de l'Audiovisuel, 37 place Colombier 35000 Rennes), à l'expression de mes sentiments les plus respectueux,

Signature

En cas de refus de la CDAPH, le demandeur a le choix entre un recours gracieux auprès de la MDPH, une intervention d'un conciliateur, ou un recours contentieux devant le Tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) de sa résidence. Il a deux mois pour exercer ces recours, à compter de la date de notification de la décision. S'il choisit de présenter un recours gracieux, ce délai est suspendu jusqu'à la décision de conciliation pour, le cas échéant, porter ensuite l'affaire devant le TCI.

En cas de refus d'octroi de la carte d'invalidité, le demandeur peut demander un recours gracieux auprès du président de la CDAPH.

Le patient est alors examiné par un médecin de la MDPH, ceci permet d'éviter les recours contentieux devant le TCI, qui sont d'une durée beaucoup plus longue (voir encadrés 11 et 12).

E. CARTE EUROPÉENNE DE STATIONNEMENT POUR PERSONNE HANDICAPÉE

Cette carte conforme au modèle communautaire, ou « carte de stationnement pour personnes handicapées » permet de faire bénéficier son titulaire des facilités de circulation et de stationnement. Elle remplace depuis le 1^{er} janvier 2000, et au fur et à mesure de leur renouvellement, les cartes dites « macarons GIC » (grand invalide civil) et « plaques GIG » (grand invalide de guerre). Les cartes GIC et GIG délivrées avant cette date peuvent continuer à être utilisées sur le territoire français jusqu'au 1^{er} janvier 2011. Les détenteurs d'un macaron GIC ou d'une plaque GIG délivrés à titre permanent disposent d'un délai courant jusqu'au 1^{er} janvier 2011 pour demander la substitution de ces titres par la carte européenne de stationnement. Les personnes possédant un macaron GIC ou une plaque GIG en cours de validité peuvent encore l'utiliser jusqu'en 2011, à condition de rester sur le territoire français. S'ils souhaitent se déplacer dans un autre pays de l'Union européenne, ils doivent impérativement faire une demande de carte de stationnement pour personne handicapée.

La carte de stationnement pour personnes handicapées peut être attribuée aux personnes handicapées titulaires de la carte d'invalidité. Elle peut aussi être délivrée aux personnes dont le taux d'incapacité n'atteint pas 80 % :

1. Les conditions d'obtention

La carte de stationnement pour personnes handicapées peut être attribuée aux personnes handicapées titulaires de la carte d'invalidité. Elle peut aussi être délivrée aux personnes dont le taux d'incapacité n'atteint pas 80 % :

Encadré 11

Modèle de lettre de recours gracieux, suite à un refus d'octroi de la carte d'invalidité :

Nom, prénom : Date

Adresse :

Tél. :/...../...../...../...../

Lettre recommandée avec avis de réception

Monsieur le Président de la CDAPH

Adresse de la CDAPH

Référence : (numéro de référence du courrier)

Ci-joint le courrier de notification de la CDAPH du (date)

Objet : recours gracieux

Monsieur le Président de la CDAPH

J'ai bien reçu le courrier rappelé en référence concernant ma demande de carte d'invalidité.

Par la présente, je vous adresse un recours gracieux sur la décision notifiée.

La commission n'ayant pas été en mesure de prendre en compte les informations complémentaires, actuellement jointes au présent dossier qui ne figuraient pas dans la précédente demande.

Il se trouve que ces éléments sont de nature à conduire à mieux expliciter le taux de 80 % sur lequel repose ma demande.

Précisément, vous trouverez dans le dossier, en complément de ma précédente demande, les nouvelles informations mieux à même de vous éclairer sur ma situation et aussi les difficultés auxquels je dois, en conséquence, faire face :

Certificat médical

Courrier du Docteur (date)

Compte rendu radiographique, scanographique et IRM du (Date)

Examens biologiques du ... (date)

Je vous remercie de bien vouloir, dans ses conditions, réexaminer ma situation. Et dans cette attente, je vous pris de croire, Monsieur le Président, à l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Signature

- à condition que cette incapacité réduise de manière importante leur capacité et leur autonomie de déplacement à pied
 - ou impose la présence d'une tierce personne dans les déplacements, par exemple dans le cas d'une personne atteinte d'une déficience sensorielle ou mentale

de la perte d'autonomie dans le déplacement ; arrêté du 5 février 2007 modifiant l'arrêté du 13 mars 2006 relatif aux critères d'appréciation d'une mobilité pédestre réduite).

Arrêté du 13 mars 2006 relatif aux critères d'appréciation d'une mobilité pédestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement paru au JORF n° 116 du 19 mai 2006 page 7382, texte n° 17 :

Modalité d'appréciation d'une mobilité pédestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement.

1. Critère relatif à la réduction importante de la capacité et de l'autonomie de déplacement à pied.

Encadré 12

Modèle de lettre de recours contentieux, suite à un refus d'octroi de la carte d'invalidité :

Nom Prénom

A (lieu), le ... (date)

Adresse

Objet :

Contestation d'un refus d'octroi de la carte d'invalidité

Monsieur ou Madame le Secrétaire du Tribunal du contentieux de l'incapacité

Lettre recommandée avec avis de réception.

Monsieur ou Madame,

Par la lettre du ... (cf. photocopie ci-jointe), la CDAPH vient de me notifier la décision suivante : refus opposé à ma demande d'octroi de la carte d'invalidité.

Conformément à l'article L.323-11 du Code du Travail, j'ai l'honneur de former un recours contre cette décision, dont je conteste le bien fondé pour les motifs suivants :

.....

(A titre d'exemple, la personne handicapée pourrait écrire le motif suivant :

« En effet je considère que le motif opposé à ma demande d'octroi de carte d'invalidité n'est pas justifié, puisque je souffre des affections suivantes qui entraînent un taux d'incapacité supérieur à 80 % ... »).

Le médecin que je désigne pour recevoir les documents médicaux est le Docteur exerçant à ..., numéro de téléphone ...

Je vous prie d'agréer, Monsieur, Madame, mes sentiments profondément respectueux.

A ... le ...

Signature

La capacité et l'autonomie de déplacement à pied s'apprécient à partir de l'activité relative aux déplacements à l'extérieur.

Une réduction importante de la capacité et de l'autonomie de déplacement à pied correspond à une difficulté grave dans la réalisation de cette activité et peut se retrouver chez des personnes présentant notamment un handicap lié à des déficiences motrices ou viscérales (exemple : insuffisance cardiaque, ou respiratoire).

Ce critère est rempli dans les situations suivantes :

- la personne a un périmètre de marche limité et inférieur à 200 mètres
- ou la personne a systématiquement recours à l'une des aides suivantes pour ses déplacements extérieurs :
 - une aide humaine
 - une canne ou tous autres appareillages manipulés à l'aide d'un ou des deux membres supérieurs (exemple : déambulateur)
 - un véhicule pour personnes handicapées : une personne qui doit utiliser systématiquement un fau-

teuil roulant pour ses déplacements extérieurs remplit les conditions d'attribution de la carte de stationnement pour personnes handicapées, y compris lorsqu'elle manœuvre seule sans difficultés, le fauteuil

- ou la personne à recours, lors de tous ses déplacements extérieurs, à une oxygénothérapie.

2. Critères relatif à l'accompagnement par une tierce personne pour les déplacements.

Ce critère concerne les personnes atteintes d'une altération d'une fonction mentale, cognitive, psychique ou sensorielle imposant qu'elles soient accompagnées par une tierce personne dans leurs déplacements.

Ce critère est rempli si elles ne peuvent effectuer aucun déplacement seules, y compris après apprentissage. La nécessité d'un accompagnement s'impose dès lors que la personne risque d'être en danger ou a besoin d'une surveillance régulière.

Concernant les enfants, il convient de faire référence à un enfant du même âge sans déficience.

S'agissant des personnes présentant une déficience sensorielle, l'accompagnement doit être nécessaire pour effectuer le déplacement lui-même et s'imposer par le risque d'une mise en danger. Cette condition n'est habituellement pas remplie par une personne qui présente une déficience auditive isolée.

3. Dispositions communes.

La réduction de la capacité et de l'autonomie de déplacement à pied ou le besoin d'accompagnement doit être définitif ou d'une durée prévisible d'au moins un an pour attribuer la carte de stationnement pour personnes handicapées. Il n'est cependant pas nécessaire que l'état de la personne soit stabilisé.

Lorsque les troubles à l'origine des difficultés de déplacement ont un caractère évolutif, la durée d'attribution de cette carte tient compte de l'évolution potentielle de ceux-ci.

Arrêté du 5 février 2007 modifiant l'arrêté du 13 mars 2006 relatif aux critères d'appréciation d'une mobilité pédestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement paru au JORF n° 32 du 7 février 2007 page 2335, texte n°23.

Il est inséré, après le sixième alinéa du 1 de l'annexe à l'arrêté de 13 mars 2006 relatif aux critères d'appréciation d'une mobilité pédestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement, un alinéa ainsi rédigé :

« - une prothèse de membre inférieur ; ».

2. Les formalités

Les demandes sont adressées, accompagnées d'une photocopie de la carte d'invalidité recto-verso, d'un certificat médical délivré par le médecin traitant, attestant les difficultés de déplacement et justifiant le bien-fondé de la demande :

- à la MDPH pour les invalides civils, qui la transmet sans délai à la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH)
- au service départemental de l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre (ONAC) de leur résidence, sur papier libre, pour les invalides de guerre.

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), chargée d'examiner le dossier, peut demander qu'un médecin évalue les difficultés de la personne à se déplacer ou la nécessité de

disposer d'espace pour descendre de son véhicule, notamment si elle utilise un fauteuil roulant.

Là aussi, pour les grands invalides de guerre, la personne peut être examinée par un médecin du Ministère des anciens combattants.

« Art. R.214-17 du Code de l'action sociale et des familles

L'instruction de la demande mentionnée à l'article R 241-16 est assurée, selon les cas :

- 1° soit par un médecin de l'équipe pluridisciplinaire prévue à l'article L. 146-8,
- 2° soit par un médecin de la direction des services déconcentrés du ministère chargé des anciens combattants, pour les personnes ayant déposé une demande auprès du service départemental de l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre.

Le médecin dans le cadre de son instruction, peut, le cas échéant, convoquer le demandeur afin d'évaluer sa capacité de déplacement.

Le préfet délivre la carte de stationnement pour personnes handicapées conformément à l'avis du médecin chargé de l'instruction de la demande.

La carte de stationnement pour personnes handicapées est attribuée pour une période au minimum d'une année et ne pouvant excéder dix ans.

Un arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et des anciens combattants définit les modalités d'appréciation d'une mobilité pédestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement individuel, en tenant compte notamment de la limitation du périmètre de marche de la personne ou de la nécessité pour celle-ci de recourir systématiquement à certaines aides techniques ou à une aide humaine lors de tous ses déplacements à l'extérieur. »

La carte est délivrée par le préfet, sur avis du médecin siégeant au sein de la CDAPH qui instruit la demande.

3. Durée de validité de la carte

Elle est attribuée à titre définitif ou pour une durée déterminée ne pouvant être inférieure à un an.

En cas de renouvellement, la demande doit être présentée au minimum quatre mois avant la date d'expiration du titre.

4. Les avantages liés à la carte de stationnement pour personnes handicapées

La carte de stationnement pour personnes handicapée est reconnue dans l'ensemble de l'Union européenne.

Apposée de façon visible à l'intérieur du véhicule, derrière le pare-brise, elle donne droit aux places de stationnement réservées aux personnes handicapées. Une circulaire du 29 novembre 1982 réserve, en dérogation au droit commun, et dans le cadre des pouvoirs des polices des maires, des emplacements de stationnement municipaux munis du macaron GIC. Ces emplacements sont signalés par un panneau et / ou une indication au sol. L'occupation de ces places est réservée aux porteurs du macaron GIC. L'occupation de ces places par des véhicules non porteurs de ce macaron peut entraîner une amende ainsi que la mise en fourrière du véhicule du contrevenant.

Elle permet également de bénéficier d'une certaine tolérance en matière de stationnement urbain, sous certaines conditions et circonstances, laissées à l'appréciation des autorités publiques. Le port du macaron GIC permet de bénéficier de la part des services de police d'une certaine indulgence en matière de stationnement. Il convient de préciser qu'il ne s'agit que d'une simple tolérance laissée à l'appréciation des services de police et non pas d'un passe-droit permettant de stationner n'importe où, n'importe quand et n'importe comment.

Article R.241-21 modifié par décret n° 2005-1766 du 30 décembre 2005- art. 2 JORF 31 Décembre 2005 : l'usage indu de la carte d'invalidité, de la carte de stationnement pour personnes handicapées ou de la canne blanche est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 5^e classe.

La récidive de la contravention prévue au présent article est réprimée conformément à l'article 132-11 du Code pénal.

5. Le contentieux de la carte de stationnement pour personnes handicapées

En cas de refus du préfet, le demandeur peut engager un recours gracieux auprès de l'administration ou un recours contentieux devant le tribunal administratif. Il a deux mois pour exercer ces recours, à compter de la date de notification de la décision.

En cas de recours gracieux, ce délai est suspendu jusqu'à la décision de l'administration pour, le cas échéant,

porter ensuite l'affaire devant le tribunal. En cas de refus d'octroi de la carte européenne de stationnement pour personne handicapée, le demandeur peut demander un recours gracieux auprès du président de la CDAPH.

Le patient est alors examiné par un médecin de la MDPH, ceci permet d'éviter les recours contentieux devant le TCI, qui sont d'une durée beaucoup plus longue.

En cas de refus d'attribution, le demandeur a la possibilité de contester cette décision de deux manières : le recours gracieux ou le recours contentieux.

Le recours gracieux doit être déposé dans un délai de deux mois après réception de la notification de refus auprès de la MDPH.

Lorsque le demandeur a déposé un recours gracieux, la possibilité d'engager ultérieurement un recours contentieux devant le Tribunal administratif reste ouverte, en particulier dans le cas où la contestation ferait l'objet d'un rejet explicite ou ne serait suivie d'aucune réponse de la part de la MDPH à l'échéance de deux mois suivant la réception par les services de la MDPH de cette demande de recours gracieux (voir encadré 13).

La deuxième possibilité offerte à la personne handicapée consiste dans le recours contentieux devant le Tribunal administratif.

Cette demande de recours doit être adressée par lettre recommandée à l'adresse du Tribunal administratif compétent. Les éventuels frais de déplacement restent à la charge de la personne handicapée si une expertise est décidée par le tribunal administratif, en revanche les horaires dus au médecin expert dans le cas de ce recours contentieux ne sont pas imputés à la personne handicapée.

Ce recours contentieux peut donc être entamé si la demande de recours gracieux est rejetée, si aucune réponse après ce recours gracieux n'est parvenue après deux mois suivant la réception de la demande de recours gracieux auprès du secrétaire de la MDPH ou si la personne handicapée désire engager directement un recours contentieux auprès du Tribunal administratif.

Le recours contentieux en première instance doit être déposé auprès du **Tribunal administratif**.

La procédure d'appel dispose également d'un délai de deux mois et doit être entamée auprès de la **Cour administrative d'appel**.

Une procédure en cassation peut ensuite être mise en route auprès du **Conseil d'Etat**, dans un délai de deux mois.

Encadré 13

Modèle de lettre au recours gracieux, suite à un refus d'octroi de la carte de stationnement pour personnes handicapées :

Nom, prénom : Date

Adresse :

Tél. : .../.../.../.../...

Lettre recommandée avec avis de réception

Monsieur le Président de la CDAPH

Adresse de la CDAPH

Référence : (numéro de référence du courrier).....

Ci-joint le courrier de notification de la CDAPH du (date)

Objet : recours gracieux

Monsieur le Président de la CDAPH

J'ai bien reçu le courrier rappelé en référence concernant ma demande de carte européenne de stationnement pour personne handicapée.

Par la présente, je vous adresse un recours gracieux sur la décision notifiée,

La commission n'ayant pas été en mesure de prendre en compte les informations complémentaires, actuellement jointes au présent dossier qui ne figuraient pas dans la précédente demande.

Il se trouve que ces éléments sont de nature à conduire à mieux expliciter ma demande.

Précisément, vous trouverez dans le dossier, en complément de ma précédente demande, les nouvelles informations mieux à même de vous éclairer sur ma situation et aussi les difficultés auxquels je dois, en conséquence, faire face :

Certificat médical

Courrier du Docteur ... du ... (date)

Compte rendu radiographique, scanographique et IRM du (Date)

Examens biologiques du ... (date)

Je vous remercie de bien vouloir, dans ses conditions, réexaminer ma situation. Et dans cette attente, je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Signature

F. LES AUTRES AVANTAGES ACCORDÉS AUX HANDICAPÉS

1. L'allocation de logement à caractère familial

L'allocation de logement familial est destinée à encourager les personnes consacrant un pourcentage normal de leurs ressources au logement.

D'une manière schématique, le demandeur doit remplir deux types de conditions : tout d'abord des conditions concernant sa situation personnelle et familiale et deuxièmement concernant son logement.

Concernant sa situation personnelle et familiale le demandeur doit :

- percevoir une des prestations familiales suivantes (allocations familiales, le complément familial, l'allocation pour jeune enfant, l'allocation de soutien familial, l'allocation d'éducation spéciale)
- avoir un ou plusieurs enfants à charge
- être marié depuis moins de 5 ans sans aucune personne à charge et au moment du mariage le demandeur et son conjoint devaient avoir moins de 40 ans
- avoir à charge un ascendant de plus de 65 ans (60 ans en cas d'inaptitude au travail ou dans une situation équivalente : ceci concerne le cas où la per-

sonne ne présente aucune activité professionnelle : le statut d'inaptitude au travail est alors considéré au vu de la condition d'incapacité de travail de 50 % médicalement constatée) ou un ascendant, descendant, collatéral au 2^e ou 3^e degré (un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu, une nièce par exemple) atteint d'une infirmité permanente au moins égale à 80 % reconnue par la COTOREP ou être reconnu incapable de se procurer un emploi par la COTOREP. Ces personnes doivent vivre au foyer du demandeur. Le revenu net imposable de ces personnes à charge (un ascendant de plus de 65 ans ou descendant descendant, parent atteint d'une infirmité), ne doit pas dépasser le plafond retenu pour l'attribution de l'allocation supplémentaire du Fond national de solidarité

- le second groupe de conditions concerne le logement :

Il doit constituer la résidence principale du demandeur.

A ce titre il est doit être habité au moins 8 mois par an, soit par les bénéficiaires, par son conjoint, concubin ou partenaire pacifié, soit par l'une des personnes à charge du ménage. Le logement doit être situé en France Métropolitaine ou dans un Département d'Outre-Mer.

Le logement doit remplir des conditions de superficie et de confort. Les personnes hébergées doivent habiter dans une résidence principale qui souscrit à des conditions de salubrité et de confort identiques à celles souscrites pour l'allocation de logement à caractère social.

La superficie doit être d'au moins 16 m² pour 2 personnes + 9 m² par personne supplémentaire et d'au moins 70 m² pour 8 personnes.

Le logement doit souscrire aux normes minimales d'hygiène, de sécurité et de confort auxquelles doit répondre tout logement mis à location en suivant le décret n°2002-120 du 30 janvier 2002 paru au Journal Officiel du 31 janvier 2002.

Les démarches d'obtention sont identiques à celles concernant l'allocation de logement à caractère social.

Le demandeur (locataire ou propriétaire) doit remplir un formulaire dit d'aide au logement disponible auprès de la Caisse d'allocations familiales ou sur le site Internet [caf.fr](http://www.caf.fr). Ce document est à renvoyer ensuite à la Caisse d'allocations familiales du lieu de résidence accompagné des différentes justificatifs nécessaires (avis

d'imposition, attestation de bail, certificat de prêt de la banque...).

Le calcul du montant de cette allocation de logement à caractère familial est sensiblement superposable à celle de l'allocation de logement à caractère social.

Le calcul de l'allocation de logement familial se fait suivant le barème unique de calcul applicable à toutes les aides au logement dans le secteur locatif (décrets n°2000-1.269 et 1.273, arrêtés du 26 décembre 2000 parus au Journal Officiel du 28 décembre 2000).

Le calcul de cette allocation de logement familial est différent suivant qu'elle concerne des locataires et des propriétaires. Les paramètres de calcul sont néanmoins identiques : montant du loyer ou de la mensualité du remboursement, composition de la famille et ressources du demandeur. Le montant de l'allocation de logement à caractère familial est fixé au 1^{er} juillet de chaque année pour une durée de 12 mois. Le montant est donc révisé une fois par an.

Le paiement suit les mêmes règles que l'allocation de logement à caractère social.

L'allocation de logement à caractère familial est versée par les Caisses d'allocations familiales ou pour les bénéficiaires relevant du régime agricole par les Caisses de la Mutualité Sociale Agricole. Cette allocation est versée tous les mois à terme échu à l'allocataire. Le droit à l'allocation de logement à caractère familial est ouvert à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel la demande a été déposée. Le montant de l'allocation de logement à caractère familial étant fixé pour 12 mois, le bénéficiaire doit donc renouveler sa demande chaque année.

L'allocation de logement à caractère familial n'est pas imposable sur le revenu, est exonérée de la CSG. Elle est par contre soumise à la CRDS au taux de 0,5 %.

Pour contester le montant de l'allocation de logement à caractère familial versé ou le refus de son attribution, il faut s'adresser à la Caisse d'allocations familiales.

En cas de contestation sur le montant de l'allocation de logement à caractère familial versé ou de son refus d'attribution, le demandeur doit s'adresser aux sections départementales des aides publiques au logement par lettre recommandée. Il bénéficie à ce titre d'un délai de 2 ans pour réclamer les sommes qui auraient dû lui être versées. On peut se procurer les coordonnées de ces sections départementales auprès de sa Caisse d'allocations familiales.

En cas de refus, on peut encore faire appel devant le Tribunal administratif (décret n°2001-710 du 31 juillet 2001 paru au Journal Officiel du 3 août 2001). A l'inverse, la Caisse d'allocations familiales peut réclamer des sommes versées à tort aux bénéficiaires dans le même délai.

2. L'allocation de logement à caractère social.

L'allocation de logement à caractère social se donne pour but de venir en aide à des personnes caractérisées par la faiblesse de leurs revenus. Elle est versée sous condition de ressource à toute personne acquittant une dépense de logement quelque soit son âge, sa situation sociale ou professionnelle du moment qu'elle ne peut prétendre ni à l'aide personnalisée au logement (APL) ni à l'allocation de logement à caractère familial (ALF).

Le demandeur doit remplir des conditions à la fois concernant sa situation familiale et personnelle ainsi que concernant son logement.

Le demandeur doit être locataire ou sous locataire, propriétaire ou accédant à la propriété. La location peut être nue ou meublée.

Les conditions de ressources sont déterminées comme pour le calcul de l'allocation de logement à caractère familial.

Le demandeur doit consacrer au paiement de son loyer ou à ses mensualités de prêt un certain pourcentage de ses ressources.

En ce qui concerne le logement, il doit constituer la résidence principale de la famille (c'est-à-dire occupé effectivement pendant au moins 8 mois par an par le bénéficiaire, son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un PACS, sauf obligation professionnelle, raison de santé ou cas de force majeure).

D'autres catégories d'individus peuvent néanmoins bénéficier aussi de l'octroi de l'allocation de logement à caractère social : des personnes résidant dans un logement-foyer, une maison de retraite, un foyer de jeunes travailleurs, un établissement de long séjour et les personnes accueillies à titre onéreux chez des particuliers, et ainsi les handicapés payant leur hébergement.

Le logement doit répondre à des normes de superficie et de confort, ces normes sont identiques à celles exigées pour l'octroi de l'allocation de logement à caractère familial. Ces normes ne sont pas exigées pour les personnes âgées ou infirmes. Le logement loué ne doit pas appartenir à un membre de la famille. Ainsi le loge-

ment ne doit pas être mis à la disposition du demandeur par l'un de ses descendants, descendants ou ceux de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS.

La demande de cette allocation de logement à caractère social doit être déposée auprès de la Caisse d'Allocations Familiales ou éventuellement auprès de la Caisse de la Mutualité Sociale Agricole.

La demande doit s'accompagner des documents suivants :

- quittance de loyer du mois de janvier
- justifications de l'affectation, de la superficie, de la salubrité du local
- situation des personnes vivant habituellement dans le local
- déclaration sur l'honneur indiquant les ressources perçues au cours de l'année précédente par le demandeur et par les personnes vivant dans le local.

Les documents joints à la demande d'allocation de logement à caractère social, sauf les justifications de l'affectation, de la superficie, de la salubrité du logement doivent être remis à jour et envoyés chaque année avant le 1^{er} juillet.

Le montant de l'allocation de logement à caractère social est fixé par un calcul assez complexe prenant comme paramètres le loyer mensuel, les ressources du demandeur, sa situation familiale (en particulier le nombre de personnes à charge vivant avec lui), la situation sociale du demandeur (locataire d'un appartement meublé ou non meublé, propriétaire).

Ce calcul est effectué par la Caisse d'Allocations Familiales.

Le montant de l'allocation de logement à caractère social est calculé d'après le barème unique des calculs applicables à toutes les aides au logement dans le secteur locatif (décrets n° 2000-1269 et 1273 ainsi que les arrêtés du 26 décembre 2000 parus au Journal Officiel du 28 décembre 2000). A ce titre le mode de calcul suit donc celui de l'allocation de logement à caractère familial en ce qui concerne le marché locatif. En ce qui concerne les propriétaires, les modalités de calcul restent par contre identiques à celles en vigueur jusqu'alors.

L'allocation de logement à caractère social est versée par les Caisse d'allocations familiales ou les Caisse de la mutualité sociale agricole si le bénéficiaire dépend de ce régime. Cette allocation est payée mensuellement.

Encadré 14**Demande d'octroi de l'allocation de logement à caractère social**

Nom, prénom

A (lieu), le (date)

Adresse

Monsieur le Directeur de la
Caisse d'Allocations Familiales
de
(ou de la Caisse de Mutualité
Sociale Agricole de)N° d'immatriculation de la Caisse de Mutualité
Sociale Agricole deou d'allocataire de la
Caisse d'Allocations Familiales de
Objet : demande d'octroi de l'allocation de logementMonseigneur le Directeur de la
Caisse d'Allocations Familiales de
(ou de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole de),

Je suis atteint d'un handicap entraînant une incapacité permanente d'au moins 80 % (ou je suis dans l'impossibilité reconnue par la C.O.T.O.R.E.P. de me procurer un emploi)

Je sollicite donc de votre haute bienveillance l'attribution de l'allocation de logement à caractère social.

Je vous remercie d'avance de bien vouloir me faire parvenir les imprimés à remplir et de me préciser les documents à fournir.

Je vous prie de recevoir, Monseigneur le Directeur de la
Caisse d'Allocations Familiales de

(ou de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole de), l'expression de mes sentiments les plus respectueux,

Signature

Cette allocation est fixée pour une année. Le bénéficiaire doit donc renouveler sa demande chaque année.

L'allocation de logement à caractère social est payée à partir du 1^{er} jour du mois civil qui suit celui où les conditions d'ouverture de droit à cette allocation sont remplies.

L'allocation de logement à caractère social est exonérée d'impôt sur le revenu, de la CSG mais par contre est soumise à la CRDS au taux de 0,5 %.

Si une personne âgée de moins de 20 ans perçoit personnellement l'allocation de logement à caractère social, ses parents ne pourront plus bénéficier des prestations familiales auxquelles cette jeune personne ouvre droit. Il convient donc de comparer le montant de l'aide de l'allocation de logement à caractère social par rapport aux prestations familiales (article L.512-1 du Code de la Sécurité Sociale) (voir encadré 14). ■

Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, annexé au décret n° 93-1216 du 4-11-1993 paru au *Journal Officiel* du 6-11-1993, pages 15.384-15.401; édité aussi dans les publications du C.T.N.E.R.H.I., 236 bis rue de Tolbiac 75013 Paris, 2007.

Guide Néret, droits des personnes handicapées 2008, CTNE-RHI Groupe liaisons, 1 rue Eugène et Armand Peugeot 92856 Rueil-Malmaison Cedex.

KATZ A. – *Lamy Protection Sociale*. Paris : Editions Lamy S.A., 2009.

LEGRAND P., AUBJOUX J., DEVEAU A., HOURTOULLE J.L. – *Handicap et dépendance : l'évaluation*. 1 vol., 448 p. Paris : Editions Berger-Levrault, 1^{re} édition, 2002.

SEDLETZKI M. – Douleur, COTOREP et Sécurité sociale. *Revue française du dommage corporel*, 1995, 2, 153-156.

WOOD P.H.N. – Comment mesurer les conséquences de la maladie : la classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps. *Chronique O.M.S.*, 1980, 34, 400-405.

WOOD P.H.N./O.M.S. : Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies. Paris, C.T.N.E.R.H.I.-I.N.S.E.R.M., 1988, (*Flash informations*, n° hors série 165), 202 pages.

BIBLIOGRAPHIE

DANG-VU V. – *L'indemnisation du préjudice corporel*, Paris : Editions L'Harmattan, troisième édition, 2010.

Les maladies professionnelles

Vincent DANG VU¹

RÉSUMÉ

La reconnaissance des maladies professionnelles se fait sous la forme du système des tableaux des maladies professionnelles indemnisables ou du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

L'indemnisation des maladies professionnelles suit en général les principes des barèmes d'invalidité-accident du travail et d'invalidité-maladie professionnelle sauf dans le cas particulier de l'indemnisation des pneumoconioses et des maladies professionnelles occasionnées par l'amiante. Dans ce dernier cas, la victime peut faire appel au Fonds de l'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA).

Le cas particulier de la fonction publique et des professions agricoles salariées et non salariées est abordé.

Mots-clés : Tableaux des maladies professionnelles indemnisables, système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles, Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), Allocation temporaire d'invalidité.

SUMMARY

Occupational diseases

Recognition of occupational diseases is done by the system of tables of occupational diseases entitled to compensation or the complementary system of recognition of occupational diseases.

Compensation for occupational diseases usually follows the principles of the disability-work accident or disability-occupational disease scales except in the particular case of compensation for pneumoconiosis and occupational diseases caused by asbestos. In the latter case, the victim may appeal to the FIVA (Fonds de l'Indemnisation des Victimes de l'Amiante – Compensation Fund for Victims of Asbestos).

The particular case of the civil service and agricultural professions both salaried and unwaged is mentioned.

Keywords: *Tables of occupational diseases entitled to compensation, complementary system of recognition of occupational diseases, FIVA (Fonds de l'Indemnisation des Victimes de l'Amiante – Compensation Fund for Victims of Asbestos), Temporary allowance for disability.*

1. Ancien interne des Hôpitaux de Nancy, Ancien Assistant chef de clinique.
Rhumatologie – Radiologie osseuse – Electromyographie.
Adresse : 17, Grande allée de la Faisanderie, 77185 Lognes, France.

On dénombre en 2006, 1.130.000 accidents du travail, 116.000 accidents de trajet, 46.200 maladies professionnelles pour le régime général. Le nombre d'accidents du travail est en baisse continue depuis 2000 avec une baisse de -2.4 % en moyenne annuelle. Par contre, on constate une augmentation importante du nombre de maladies professionnelles reconnues : 7.6 % en moyenne annuelle. Sur les 42.300 maladies professionnelles avec arrêt de travail dénombrées en 2006, presque 70 % correspondent au tableau 57 des affections périarticulaires, 16 % aux maladies dues à l'amiante (tableau 30 et 30 bis), 6.5 % à des affections du rachis lombaire (tableau 97 et 98).

Pour le régime général, 51500 maladies professionnelles ont été reconnues au titre de l'année 2006 en totalisant les alinéas 2, 3 et 4.

En 2006, 4200 dossiers ont reçu un avis favorable au titre de l'alinéa 3 soit un peu moins de 50 % des dossiers et 150 au titre de l'alinéa 4 (soit un peu moins du quart des dossiers).

Près de 2.005 victimes ont bénéficié d'une reconnaissance de maladie professionnelle au titre de l'alinéa 3 au titre du régime général (la maladie figure dans un tableau de maladies professionnelles et une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies).

Les pathologies les plus fréquemment reconnues sont les affections rhumatologiques (70 %, tableaux 57, 97 et 98) et les affections liées à l'amiante (16 %, tableaux 30 et 30 bis).

Le nombre de pathologies indemnisées au titre du 4^e alinéa de l'article L.461-1 (maladie non désignée dans un tableau de maladie professionnelle mais essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime) est relativement important (104 pathologies indemnisées en 2006 pour le régime général).

Quelques mots sur les avantages fiscaux accordés aux victimes de maladies professionnelles : bénéficient d'une demi part supplémentaire pour le coefficient familial de base (article n° 195 du Code général des impôts), les bénéficiaires d'une pension d'invalidité pour accident du travail d'au moins 40 % (le bénéficiaire d'une rente pour maladie professionnelle peut être assimilé au titulaire d'une pension d'invalidité pour accident du travail).

En cas d'infirmités multiples provenant d'accidents du travail ou de maladies professionnelles successifs, les taux sont cumulés (DA 5 D-3111 n°12).

L'économie résultant de la demi part supplémentaire accordée aux anciens combattants ou aux invalides sans personne à charge est plafonnée à 2.857 € en 2.007.

Lorsqu'une même personne ouvre droit à plusieurs demi parts supplémentaires en raison de sa situation personnelle, elle ne pourra prétendre qu'à une seule demi part (exemple : une personne titulaire à la fois d'une rente pour accident du travail et d'une carte d'invalidité n'ouvrira droit qu'à une seule unique part supplémentaire).

En revanche quand plusieurs personnes au foyer remplissent chacune des conditions pour ouvrir droit à une demi part supplémentaire, ces demi parts se cumulent (par exemple, deux conjoints titulaires d'un taux d'IPP d'au moins 40 % d'accident du travail).

A. LES PROCÉDURES DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Une maladie professionnelle est définie en général comme un état pathologique d'installation progressive résultant de l'exercice habituel et normal d'une profession. Il convient de distinguer les maladies professionnelles indemnisables et les maladies à caractère professionnel.

1. Les maladies professionnelles indemnisables

Une maladie professionnelle est dite indemnisable si elle est désignée dans un des tableaux de maladies professionnelles indemnisables et si elle est contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau, suivant l'article L.461-2 du Code de la Sécurité Sociale. Les tableaux des maladies professionnelles indemnisables sont créés et peuvent être modifiés par Décret au fur à mesure de l'avancée des connaissances médicales. Il en existe deux listes distinctes : les tableaux du régime général de Sécurité Sociale annexés au Code de la Sécurité Sociale et ceux du régime agricole, annexés au Code Rural. Ils sont numérotés par ordre chronologique. Ils sont numérotés à ce jour de 1 à 98 avec des Bis et des Ter pour le régime général.

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Anémie, leucopénie, thrombopénie ou syndrome hémorragique consécutifs à une irradiation aigue	30 jours	Tous travaux exposant à l'action des rayons X ou des substances radioactives naturelles ou artificielles, ou à toute autre source d'émission corpusculaire, notamment : • Extraction et traitement des minerais radioactifs ; • Préparation des substances radioactives ; • Préparation de produits chimiques et pharmaceutiques radioactifs ; • Préparation et application de produits luminescents radifères ; • Recherches ou mesures sur les substances radioactives et les rayons X dans les laboratoires ; • Fabrication d'appareils pour radiothérapie et d'appareils pour rayons X ; • Travaux exposant les travailleurs au rayonnement dans les hôpitaux, les sanatoriums, les cliniques, les dispensaires, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires et radiologiques, dans les maisons de santé et les centres anti-cancéreux ; • Travaux dans toutes les industries et commerces utilisant les rayons X, les substances radioactives, les substances ou dispositifs émettant les rayonnements indiqués ci-dessus.
Anémie, leucopénie, thrombopénie ou syndrome hémorragique consécutifs à une irradiation chronique	1 an	
Blépharite ou conjonctivite	7 jours	
Kératite	1 an	
Cataracte	10 ans	
Radiodermites aigues	60 jours	
Radiodermites chroniques	10 ans	
Radioépithérite aigue des muqueuses	60 jours	
Radiolésions chroniques des muqueuses	5 ans	
Radionécrose osseuse	30 ans	
Leucémies	30 ans	
Cancer broncho-pulmonaire primitif par inhalation	30 ans	
Sarcome osseux	50 ans	

Tableau n° 6. Affections provoquées par les rayonnements ionisants.

Date de création : 4-1-1931 – Dernière mise à jour : 26-6-1984

Chaque tableau comporte donc un numéro ainsi qu'un titre et trois colonnes (cf exemple de tableau ci-dessus).

Le titre précise l'agent causal (agent chimique, agent physique, agent infectieux, agent inclassable) le plus souvent, le mécanisme évoqué ou simplement la maladie.

La colonne de gauche concerne la désignation de la maladie, elle énumère les symptômes et les lésions reconnues. Cette énumération est limitative et la positivité d'examens complémentaires est souvent exigée pour la prise en charge. La constatation médicale doit être portée pendant l'exposition au risque ou dans le délai de prise en charge. Pour la colonne désignation des maladies, elle peut comporter des niveaux minima des handicaps pour être reconnue comme le tableau 42 (surdité professionnelle) et le tableau 91 (broncho-pneumopathie obstructive). Certains tableaux comportent également un délai de confirmation du diagnostic : le tableau

1 (deux examens dans un intervalle rapproché) et le tableau 29.

La colonne du milieu indique le délai de prise en charge qui est le délai maximal écoulé entre la fin de l'exposition au risque et la première constatation médicale de l'affection. Ce délai de prise en charge représente le temps durant lequel l'affection « couve » en restant « muette » sans qu'elle s'exprime par un ou plusieurs symptômes qui permettent le diagnostic de l'affection. La fin de l'exposition au risque ne correspond pas forcément à la fin de l'activité salariée. La victime peut changer de poste et ne plus être exposée au risque. Cette date de fin de l'exposition au risque est à différencier de la date de déclaration, de la première constatation de la maladie professionnelle (article L.451-1 du Code de la sécurité sociale).

Parfois cette colonne mentionne également une durée minimale d'exposition c'est-à-dire une durée minimale

pendant laquelle le travailleur à du être exposé au risque pour pouvoir bénéficier d'une réparation.

La colonne de droite indique la liste des travaux responsables de la maladie en précisant s'il s'agit d'une liste limitative ou indicative.

Si la liste est indicative, tous les travaux exposant à la substance toxique sont pris en compte même ceux ne figurant pas sur la liste.

Si la liste des travaux est limitative, l'exposition à l'un des travaux limitativement énumérés est obligatoire. Tous les travaux, même ceux qui sont notoirement connus pour engendrer le risque, mais qui ne sont pas inscrits au tableau, ne sont pas pris en compte.

Lorsque l'affection dont souffre l'assuré est inscrite dans cette colonne, l'assuré doit pouvoir fournir un certificat médical daté de l'époque des faits et doit avoir été exposé de façon habituelle au risque de la maladie (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 11-1-1996, Liaisons Sociales n°5, mars 1996).

Dans le cadre des maladies professionnelles indemnisables, le salarié bénéficie de la présomption d'origine si sa maladie, le délai de prise en charge, la durée d'exposition si elle est mentionnée et sa profession répondent aux critères imposés par le tableau. Cela signifie que son affection est systématiquement considérée l'origine professionnelle sans qu'il soit nécessaire d'établir la preuve de la relation de causalité entre l'exposition professionnelle et la pathologie. Quand une ou plusieurs des conditions tenant au délai de prise en charge, la durée d'exposition au risque ou la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la présomption d'imputabilité ne s'applique plus.

Le salarié victime d'une maladie professionnelle qui ne remplit pas les conditions prévues par le tableau, ne bénéficie plus de cette présomption d'imputabilité professionnelle.

2. Le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles

Le CRRMP peut être saisi à l'initiative de la caisse primaire d'assurance maladie ou de la victime considérant sa maladie comme professionnelle. Lorsque la prise en charge par la CPAM n'est pas possible au titre des tableaux des maladies professionnelles, la caisse soumet le dossier au CRRMP dans les cas suivants :

- la maladie figure à un tableau, les conditions réglementaires sont toutes réunies mais manque une ou plusieurs conditions tenant :
 - au délai de prise en charge
 - à la durée d'exposition
 - à la liste limitative des travaux (alinéa 3 de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale)
- il s'agit d'une maladie caractérisée ne figurant pas à un tableau et qui entraîne le décès ou une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 % (alinéa 4 de l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale).

Par la Loi du 27.01.1993 le système de reconnaissance des maladies professionnelles s'est élargi pour inclure des cas limites. Ainsi une maladie professionnelle peut-être indemnisée après avis motivé du Comité Régional de reconnaissance des maladies professionnelles dans deux situations :

- la maladie est désignée dans un tableau mais ne répond pas strictement à un ou plusieurs critères exigés par le tableau tels que par exemple le délai de prise en charge, la durée d'exposition ou la liste limitative des travaux : délai de prise en charge dépassé, travaux effectués ne figurant pas sur la liste limitative, durée d'exposition inférieure à celle exigée (Article L. 461 - 1, Alinéa 3 du Code de la Sécurité Sociale). Selon l'alinéa 3 de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale, la maladie peut alors être reconnue d'origine professionnelle, lorsqu'il est établi qu'elle est **directement** causée par le travail habituel de la victime.

Du fait de cet alinéa, l'absence d'une ou de plusieurs conditions administratives ne constitue plus un obstacle définitif à la reconnaissance d'une maladie professionnelle. Par contre, les conditions médicales figurant dans le tableau d'une maladie professionnelle restent d'application stricte. D'autre part, la victime ne bénéficie plus d'une « présomption d'origine ». Elle doit prouver le lien direct entre la maladie et le travail (voir encadré 1)

- la maladie n'est pas désignée dans un tableau (Article L. 461 - 1, Alinéa 4 du Code de la Sécurité Sociale), mais elle entraîne le décès de la victime ou une incapacité permanente supérieure à 25 % (article R. 461-8 du Code de la Sécurité sociale, modifié par le décret N° 2002-543 du 18 avril 2002, publié au Journal Officiel N° 94 du 21 avril 2002, page 7.129).

Encadré 1

Modèle de lettre de demande de reconnaissance de maladie professionnelle au titre de l'alinéa 3 de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale.

Nom - Prénom
Adresse de l'accidenté

Date

Monsieur le directeur de la CPAM de

RECOMMANDÉE AVEC A.R.

Objet : demande de reconnaissance d'un MP dans le cadre du système complémentaire (Loi n° 93-121 du 27.01.1993).

Monsieur,

Je soussigné, Monsieur , présente une demande de reconnaissance en maladie professionnelle du Tableau ... en m'appuyant sur le certificat du Docteur..... du (date). Je remplis partiellement les conditions de la maladie désignée au Tableau

Cette demande peut, dès lors, être instruite dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

Je vous demande, par la présente, de solliciter l'avis du CRRMP en application de l'article L.461-1, alinéa 3 du Code de la Sécurité Sociale.

En cas d'un refus de votre organisme de mettre en œuvre la procédure telle qu'elle est demandée, je vous serais obligé de notifier ce refus, avec la voie de recours indiquée.

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, recevez, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté

En effet, l'article L. 461-1, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale stipule que « peut être également reconnue d'origine professionnelle, une maladie caractérisée, non désignée dans un tableau de maladie professionnelle, lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué au moins égal à un pourcentage déterminé ». Ce taux est fixé par l'article R. 461-8 du Code de la sécurité sociale. La victime doit alors prouver l'existence d'un **lien direct et essentiel** entre son activité professionnelle habituelle et la maladie incriminée.

Ce décret du 18 avril 2002 a ramené le pourcentage minimum nécessaire de 66,66 % à 25 %. Le taux pour déclassement professionnel résultant de la maladie soulevée devant le CRRMP doit être pris en compte pour l'estimation des 25 % d'IPP.

Selon l'arrêt 00-13.097 de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 19 décembre 2002, il n'est pas nécessaire que le travail habituel soit la cause unique ou

essentielle de la maladie incriminée par la victime. Ainsi, le caractère professionnel d'une maladie citée par l'assuré est admis dès lors que le travail habituel de la victime en a été une des causes directes, même si ce travail habituel n'en n'a pas été la cause unique et essentielle. Certains CRRMP demandent un lien direct et exclusif entre l'exposition professionnelle et la maladie déclarée par la victime. Ceci est contraire au texte et d'ailleurs ces dérives sont sanctionnées par la Cour de cassation. La Cour de Cassation a précisé que le mot essentiel ne signifie pas exclusif.

Pour l'année 2006, 9.014 dossiers ont été soumis au CRRMP : 8.390 au titre de l'alinéa 3 et 624 au titre de l'alinéa 4 pour l'ensemble des régimes.

4.169 dossiers ont reçu un avis favorable au titre de l'alinéa 3 soit un peu moins de 50 % des dossiers et 150 au titre de l'alinéa 4 soit un peu moins du quart des dossiers.

Ce système complémentaire de reconnaissance n'est plus basé sur le principe de la présomption d'origine

mais sur celui d'une expertise individuelle réalisée par le Comité Régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

La composition et le fonctionnement du CRRMP sont décrits dans les articles D. 461-26 à D. 461-30 du Code de la sécurité sociale. Ce dernier est composé du Médecin Conseil Régional de la Sécurité Sociale ou son représentant, du Médecin Inspecteur du travail ou son représentant et d'un Professeur d'université - Praticien hospitalier ou d'un praticien hospitalier « particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle » et ses suppléants. Les honoraires du praticien hospitalier ou du professeur des universités correspondent à deux fois le coût de la consultation par dossier examiné dans la limite de dix fois ce coût par séance. Leurs frais de déplacement sont pris en charge dans les modalités prévues pour les agents de direction des organismes de sécurité sociale. Les frais de déplacement des autres membres du comité et de l'ingénieur conseil sont pris en charge dans le cadre de leurs fonctions habituelles. Ceux des assurés sont pris en charge dans la limite des tarifs réglementaires. Les membres du CRRMP sont désignés pour 4 ans par le Préfet de région.

Le secrétariat permanent du CRRMP est assuré par l'échelon régional du service médical de la Caisse d'assurance maladie.

La mission de ce Comité Régional est d'établir le lien de causalité entre la maladie et la travail habituel de la victime : ce lien doit être direct si l'affection relève de l'Alinéa 3 (maladie inscrite dans un tableau...), direct et essentiel si elle relève de l'Alinéa 4 (maladie non inscrite dans un tableau...).

Un rapport annuel est adressé obligatoirement au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du travail. Un rapport intermédiaire portant sur l'activité du premier semestre est adressé au préfet de région.

Le CRRMP est saisi par la Caisse d'assurance maladie après instruction du dossier par le service médical après avis circonstancié de l'employeur et avis du médecin du travail ou directement par la victime ou par le Tribunal des affaires de sécurité sociale. Le CRRMP compétent est celui qui a pour ressort territorial l'échelon régional du service médical dans lequel se situe la résidence de la victime.

La Caisse primaire transmet au CRRMP un dossier complet comprenant en application de l'article D.461-29 du Code de la sécurité sociale :

- la demande motivée de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie signée par la victime ou ses ayants droits, c'est-à-dire, en général, la déclaration de maladie professionnelle
- le certificat médical détaillant les constatations du médecin, encore appelé certificat médical initial
- l'avis motivé du ou des médecins du travail portant sur la maladie et la réalité de l'exposition au risque présent dans l'entreprise ou les entreprises, le rapport circonstancié du ou des employeurs décrivant les postes de travail successivement tenus et permettant d'apprécier les conditions d'exposition et risques professionnels
- les conclusions des enquêtes administratives et /ou techniques
- le rapport du service médical comportant nécessairement dans le cas des maladies relevant du 4^e alinéa de l'article L.461-1
- un rapport d'évaluation du taux d'IPP de la victime.

La Caisse primaire d'assurance maladie informe la victime ou ses ayants droits et l'employeur de la saisine du CRRMP en application du 2^e alinéa de l'article D.461-30 du Code de la sécurité sociale.

Le CRRMP entend obligatoirement l'ingénieur conseil du service de prévention de la Caisse régionale d'assurance maladie et si nécessaire la victime et/ ou l'employeur. Sur demande du CRRMP, l'ingénieur conseil régional peut fournir :

- les résultats de l'enquête technique précisant la nature des expositions auxquelles a été soumises la victime
- un rapport écrit.

Dans le cadre de l'alinéa 3, dans le cadre d'une constatation tardive d'une maladie professionnelle au-delà du délai maximal prévu par le tableau, la CRRMP fait appel au données médicales du dossier pour tenter de reconstituer l'histoire clinique qui amènera à penser que la pathologie a en fait débuté antérieurement ou encore que celle-ci est d'une telle sévérité que sa genèse peut chronologiquement être rattachée au travail. Par exemple, si une victime présente une tendinité de l'épaule et qu'un délai de prise en charge est dépassé de plusieurs semaines au lieu de sept jours requis, en fonction des caractéristiques du dossier médical, on pourra supposer que le processus pathogène ait commencé à un moment où la victime travaillait encore.

En ce qui concerne la durée minimale d'exposition, si celle-ci est insuffisante, l'avis de l'ingénieur conseil est déterminant puisqu'il est interrogé sur l'intensité et la fréquence de l'exposition au risque susceptible de provoquer la maladie, critères pouvant compenser une exposition de trop courte durée.

Lors de la transmission de certains dossiers au titre de l'alinéa 3 de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale, on constate parfois que l'enquête administrative n'a pas retrouvé les travaux incriminés dans la liste par une enquête insuffisamment approfondie. En effet, très souvent l'enquête administrative consiste à soumettre un questionnaire à l'employeur puis au salarié et que s'il est conseillé d'aller enquêter sur place, les moyens matériels et humains sont souvent insuffisants face au nombre des maladies professionnelles et cette enquête contradictoire est souvent réduite à sa plus simple expression.

En effet, la Caisse n'est pas tenue d'entendre l'employeur mais peut se borner à lui envoyer un questionnaire concernant l'enquête prescrite par l'article D.461-9 du Code de la sécurité sociale pour identifier les risques auxquels le salarié peut être exposé (pourvoi n°06-11687 de la 2^e chambre civile de la Cour de cassation).

La victime qui aurait pu bénéficier de la présomption d'origine se retrouve alors dans l'obligation de prouver le lien entre sa maladie et son travail alors même qu'elle n'est pas informée du fait que la charge de la preuve lui incombe dorénavant. En effet, la victime est informée de la transmission de son dossier au CRRMP, mais la CPAM ne signale pas le fait que la victime pourrait apporter des éléments de preuves supplémentaires dont l'absence lui sera systématiquement préjudiciable.

L'article D.461-29 du Code de la sécurité sociale précise pourtant que la victime et ses ayants droits ainsi que l'employeur peuvent déposer des observations qui seront indexées au dossier soumis à l'examen du CRRMP. Un exemple typique est celui des troubles musculo-squelettiques du tableau 57 des maladies professionnelles avec une hypersollicitation où seule une étude précise de la gestuelle (amplitude, posture, répétitivité des charges déplacées ou force mise en œuvre...) permettrait de qualifier la réalité de l'exposition au risque.

Nous rappelons à ce titre que le CRRMP n'est pas obligé d'entendre la victime ou l'employeur comme le confirme l'arrêt n°01-20021 de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 31.10.02. Le CRRMP peut donc se décider sur les seuls éléments rapportés par les CPAM en ce qui concerne les données de l'exposition. Le

CRRMP peut quand même surseoir à statuer pour un complément d'enquête, mais pas systématiquement pour des questions de délais.

La Caisse d'assurance maladie doit donner un avis dans les 6 mois qui suivent le dépôt de la déclaration de la maladie professionnelle par la victime, recours au CRRMP compris. Le délai dont dispose le CRRMP pour rendre son avis s'impute donc sur les délais réglementaires d'instruction. La Caisse notifie à la victime ou à ses ayants droits et à l'employeur, si nécessaire, le recours au délai complémentaire peu de temps avant le terme du délai initial d'instruction de trois mois.

L'avis motivé est adressé à l'organisme gestionnaire qui le notifie à la victime, à ses ayants droits et à l'employeur. L'avis du CRRMP s'impose à la Caisse d'assurance maladie.

Les litiges concernant le refus de la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie par le CRRMP relèvent du contentieux général de la Sécurité sociale.

En cas de contestation, le Tribunal des affaires de sécurité sociale désigne le CRRMP d'une région proche pour examen du dossier. Si les avis successifs de ce deux CRRMP divergent après saisine par le Tribunal des affaires de sécurité sociale, on peut donc estimer que ces deux CRRMP ont une appréciation différente du lien de causalité, une logique différente ou encore que le processus décisionnel s'est appuyé sur une démarche complémentaire bibliographique ou une enquête complémentaire auprès des services de prévention de la CRAM.

Ceci sous entendrait que le premier CRRMP s'est prononcé sur la base d'un dossier insuffisamment documenté. La logique voudrait pourtant que les avis des deux CRRMP concordent sauf à disposer d'éléments nouveaux apportés soit par l'employeur, soit par la victime.

3. Maladies à caractère professionnel

Suivant l'Article L. 461 - 6 du Code de la Sécurité Sociale il s'agit d'une maladie que le Médecin Traitant ou le Médecin du Travail considère comme d'origine professionnelle mais qui ne figure dans aucun tableau de maladies professionnelles indemnifiables.

Ces maladies n'ont pas droit à réparation au titre des maladies professionnelles indemnifiables, leur prise en charge est assurée dans le cadre de l'assurance maladie sauf si, sous certaines conditions (décès de la victime ou incapacité permanente partielle supérieure à 25 %)

elles peuvent être reconnues dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles (décret n° 2002 - 543 du 18 - 4 - 2002 paru au Journal Officiel n° 94 du 21 - 4 - 2002 p 7.129).

Tout Médecin qui constate une maladie à caractère professionnel doit la déclarer à l'Inspection du Travail du Ministère du Travail en vue de permettre la révision et l'extension des tableaux de maladies professionnelles indemnifiables.

Cette qualification de maladie à caractère professionnel ne présente donc qu'un caractère sémantique car elle n'aboutit à aucune conséquence pratique, en particulier aucune indemnisation.

B. LA PROCÉDURE DE DÉCLARATION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

1. Le dépôt de la déclaration

Le patient doit effectuer lui-même la déclaration de maladie professionnelle indemnifiable auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie alors qu'en matière d'accident du travail cette déclaration incombe à l'employeur. Il doit transmettre pour cela à la Caisse :

- sa propre déclaration établie sur un formulaire spécial en trois exemplaires
- deux exemplaires du certificat médical initial, le troisième étant conservé par la victime, établi par le Médecin de son choix et indiquant la maladie constatée avec la date de première constatation médicale. Le certificat médical doit indiquer les troubles et en particulier doit permettre de vérifier si l'affection entre bien dans la liste, s'est bien révélée, a été constatée médicalement dans le délai limite prévu. La date de la première constatation est celle figurant dans le certificat joint à la déclaration (Chambre Sociale de la Cour de Cassation, 11-1-1996, Revue de Jurisprudence sociale publiée par l'U.I.M.M. 96-592, p 105). (voir encadré 2)

2. Le délai de prescription

Classiquement cette déclaration doit être faite dans un délai de 15 jours après la cessation de travail par arrêt de travail (articles L.461-5, R 461-5 du Code de la Sécurité Sociale) ou dans un délai de 3 mois au lieu de 15

jours lorsqu'il s'agit d'une maladie qui devient indemnifiable par suite d'une modification ou d'une adjonction aux tableaux des maladies professionnelles, à compter de la date d'entrée en vigueur, de la modification ou de l'adjonction à ces tableaux des maladies professionnelles. Ce délai de 3 mois court à compter de l'inscription de la maladie dans un tableau si elle n'était pas répertoriée lorsqu'elle s'est manifestée; l'inscription vaut prise en charge rétroactive.

En pratique aucune déchéance ne sanctionne la non observation de ces délais, il existe cependant un délai de prescription de deux ans au-delà duquel la demande ne peut-être prise en considération. Le délai de prescription est le délai après lequel l'origine professionnelle de l'atteinte n'est plus reconnue par la caisse.

Dans tous les cas, la Caisse primaire doit rechercher le point de départ de la prescription la plus favorable à la victime en fonction de l'élément sur lequel porte la détermination du délai de la prescription (articles L.431-2 et L.461-1 du Code de la Sécurité Sociale, loi du 23 décembre 1998 parue au Journal Officiel du 27 décembre 1998) :

- délai de 2 ans à partir du jour où l'assuré a été informé par un certificat médical établi par son médecin traitant, le médecin du travail, voire le médecin hospitalier, du lien possible entre sa maladie et son activité professionnelle, la date de ce certificat médical constituant alors le point de départ des prestations de l'assuré (article L. 461-1 alinéa 1 du Code de la Sécurité Sociale; réponse ministérielle N°5.250 : Journal Officiel de la République française, débats parlementaires, Assemblée Nationale, questions écrites remises à la présidence de l'Assemblée nationale et réponses des ministres, 22 février 1999, p 1.070; Circulaire ministérielle de la direction de la sécurité sociale, sous direction de la famille, des accidents du travail et du handicap DSS/4 B parue au Bulletin officiel N°2000 - 8du Ministère de la Santé N°2000-45 du 26 janvier 2000). La date à laquelle la victime est informée du lien possible entre sa maladie et sa profession constitue un nouveau point de départ du délai de la prescription biennale de la déclaration d'une maladie professionnelle : elle se substitue à la date de la 1^{re} constatation médicale. En effet l'article L.461-1 du Code de la Sécurité sociale dispose en ce qui concerne la maladie professionnelle, que la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et l'activité professionnelle est assimilée à la date de l'accident. Dans ces conditions le point de départ du délai de prescription fixé par le 1^{er} alinéa

Encadré 2

Modèle de lettre de demande de dépôt d'un dossier de demande de maladie professionnelle

Nom - Prénom

Date

Adresse de l'accidenté

Monsieur le Directeur de la CPAM de
Adresse de la caisse

RECOMMANDÉE AVEC A.R.

Réf :

Objet : Déclaration de maladie professionnelle.

Monsieur le Directeur,

Je soussigné , né le

à , profession, nationalité demeurant à , vous demande, par la présente, de prendre en compte ma déclaration de maladie professionnelle conformément aux règles définies par le titre 6 du livre 4 du Code de la Sécurité Sociale.

Je vous prie de trouver, ci-joint, le formulaire Cerfa de déclaration, le certificat médical et des pièces attestant de mon exposition professionnelle.

Si par impossible mon employeur devait prétendre que je n'ai pas été exposé aux travaux énumérés dans le tableau de maladies professionnelles, je vous serais obligé, Monsieur le Directeur, de bien vouloir m'en informer dans le cadre de la procédure contradictoire.

Je considère remplir les conditions d'exposition exigées par le tableau, en cas de désaccord, soit de l'employeur, soit de vos services, je souhaite que la Caisse me notifie un refus de reconnaissance et les voies de recours.

Je me réserverais le droit de saisir le CRRMP si les instances prévues aux articles L142-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale ne reconnaissaient pas le bien fondé de ma demande.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté

de l'article 431-2 du code de la sécurité sociale ne doit plus s'entendre comme la date de la 1^{re} constatation médicale mais comme la date du certificat médical qui informe la victime du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle. La date de première constatation médicale est maintenue pour l'appréciation des conditions des tableaux de maladies professionnelles. La date du certificat médical informant la victime du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle constitue la date à retenir comme point de départ des prestations versées par les Caisse au titre de la maladie professionnelle en cause.

A compter de décembre 1998 et cela pour tous les dossiers maladies professionnelles, amiante compris, la prescription des deux ans court à partir de la date du certificat établi par les médecins et attestant du lien possible entre une affection et une exposition profession-

nelle ce que l'on peut désigner comme la première constatation de la maladie professionnelle.

La première constatation médicale est la constatation réalisée par un médecin pour la première fois de la maladie professionnelle désignée dans le tableau.

Une constatation médicale peut faire l'objet d'une déclaration dans les semaines qui suivent.

La première consultation médicale est importante car c'est elle qui entre en jeu pour le délai de prise en charge. Elle est souvent différente de la date du certificat médical ou de la date de déclaration de la maladie professionnelle.

La date de la maladie professionnelle, qui est la date à laquelle la victime est informée de l'existence d'un lien entre sa maladie et son exposition professionnelle par le biais du certificat médical initial, vaut pour :

- le point de départ de l'indemnisation
- le point de départ de la prescription biennale concernant la déclaration.

Il conviendra en conséquence de ne pas faire de déclaration de maladie professionnelle en utilisant un certificat médical initial de plus de deux ans. La demande de reconnaissance de maladie professionnelle serait refusée car dépassant les deux ans de prescription.

L'existence de ce délai pour les maladies professionnelles, ce qui peut permettre de remonter en fait à des dizaines d'années en arrière, incite à conseiller aux salariés à garder par de par eux un maximum de documents médicaux, bien sûr les lettres de médecin ou les certificats médicaux, mais aussi les clichés radiographiques et les comptes rendus antérieurs qui peuvent servir de preuve ultérieurement en cas de demande tardive de reconnaissance de maladie professionnelle.

Dans le cas où le médecin a transmis directement le certificat médical initial à la caisse, la date du certificat et la date à laquelle la victime est informée peuvent être différentes.

Les autres points de départ du délai de la prescription biennale sont maintenus (1^{er} alinéa de l'article L.431-2 du code de la sécurité sociale).

Ces autres points de départs du délai de prescription subsistent parallèlement à la date du certificat médical informatif.

En effet, l'article L.431-2 du Code de la sécurité sociale n'est pas modifié de même que l'article L.461-5 en ce qui concerne la règle particulière de la prescription en matière de maladie professionnelle.

- délai de 2 ans à compter de la cessation du travail due à la maladie (article L.431-2 du Code de la Sécurité Sociale; Chambre Sociale de la Cour de Cassation, le 22 mai 1997, N°95-20.095, Seyer c / CPAM de Sarreguemines)
- délai de 2 ans à partir de la date de clôture de l'enquête de la Sécurité Sociale (en pratique lorsqu'une faute inexcusable est invoquée)
- délai de 2 ans à partir de la date de cessation de paiement des indemnités journalières.

3. L'instruction du dossier

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie instruit le dossier et reconnaît ou non la maladie professionnelle.

Le dossier constitué par la caisse primaire doit comprendre :

- 1^o la déclaration d'accident et l'attestation de salaire ;
- 2^o les divers certificats médicaux ;
- 3^o les constats faits par la caisse primaire ;
- 4^o les informations parvenues à la caisse de chacune des parties ;
- 5^o les éléments communiqués par la caisse régionale ;
- 6^o éventuellement, le rapport de l'expert technique.

Il peut, à leur demande, être communiqué à l'assuré, ses ayants droit et à l'employeur, ou à leurs mandataires.

Ce dossier ne peut être communiqué à un tiers que sur demande de l'autorité judiciaire (voir encadré 3).

Le traitement d'un dossier de reconnaissance de maladie professionnelle fait l'objet d'un « colloque médico-administratif » en AT/MP qui correspond à une rencontre régulièrement programmée entre un responsable AT/MP de la CPAM et un médecin conseil référent chargé du risque professionnel. Ce colloque formalise la concertation médico-administrative indispensable à l'instruction éclairée de tous les dossiers de demande de reconnaissance de maladie professionnelle et de certains dossiers d'accident de travail présentant des difficultés d'appréciation d'ordre médical. Dans le cadre du colloque médico-administratif, le médecin conseil doit établir la caractérisation de la maladie, sa conformité par rapport aux critères médicaux du tableau d'une part, et d'autre part, se prononcer sur l'imputabilité de la maladie au travail. Le service administratif des caisses, effectue lui une enquête pour établir la concordance des critères administratifs avec ceux du tableaux (délais et listes des travaux, notions d'exposition habituelle).

Ce colloque administratif est affirmé par la charte des AT/MP publiée sur le site internet des accidents du travail et des maladies professionnelles <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr>. La charte des accidents du travail et des maladies professionnelles a été publiée dans les publications de la Caisse nationale d'assurance maladies des travailleurs salariés en février 2001 (293 pages).

La reconnaissance d'une maladie professionnelle est donc la résultante d'une instruction médico-administrative comportant des investigations sur l'exposition aux risques d'une part et sur la nature de l'affection de l'autre part. Cette instruction aboutit à une seule décision préparée en commun. Le colloque médico-administratif

Encadré 3

Modèle de lettre de demande de communication du dossier en possession de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la maladie professionnelle de la victime

Nom - Prénom
Adresse de l'accidenté

Date

CPAM
Service AT-MP
Et/ou échelon médical
Adresse de la caisse

RECOMMANDÉE AVEC A.R.

Réf :

Objet : Demande de la copie du dossier

Monsieur le Chef de Service,

Je soussigné M., profession, de nationalité né le..... à , demeurant à , vous demande, par la présente et conformément à l'article R. 441-13 du Code de la sécurité sociale, une copie de l'entier dossier en votre possession concernant mon accident du travail, ma maladie professionnelle du(pièces médicales et administratives).

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté

nistratif est systématique en matière de reconnaissance d'une maladie professionnelle.

A l'issue de la période d'instruction du dossier il permet de confronter les résultats respectifs de l'instruction médicale et de l'instruction administrative et d'arrêter la décision en commun :

- prise en charge de la maladie professionnelle
- refus avec motivation de la décision et indication de la voie de recours.

Si la caisse rejette une demande de prise en charge au titre des maladies professionnelles, elle doit, dans son refus, indiquer que ce dossier a été instruit dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles mais qu'il ne peut être soumis à l'examen du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles au titre de l'article L.461-1, 4^e alinéa, du Code de la sécurité sociale, car, selon l'avis du médecin conseil, la victime présente une IPP dont le taux est inférieur à 25 %.

Elle doit également indiquer la voie de recours qui est de saisir le tribunal du contentieux de l'incapacité. En effet, parfois certaines caisses se limitent uniquement à une information de refus sans informer que le dossier a été examiné au titre du 4^e alinéa de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale et sans citer cette voie de recours

- transmission au CRRMP au titre du système complémentaire pour le 3^e ou le 4^e alinéa de l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale. Il est donc à noter que la caisse primaire doit si nécessaire transmettre le dossier de demande de la maladie professionnelle au CRRMP.

Il arrive malheureusement parfois que le dossier ne soit pas transmis au CRRMP et que la caisse se contente d'un refus de la demande de maladie professionnelle sans tenir compte du système complémentaire. La victime peut alors écrire par lettre recommandée à la caisse primaire en arguant de cette charte AT/MP et de la possibilité de transmettre ce dossier au système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

nelles. Si elle se heurte à un refus persistant, elle peut alors porter l'affaire devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, exiger le traitement du dossier dans le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

La Caisse dispose de 3 mois pour se prononcer sur le caractère professionnel ou non de la maladie (décret du 27 avril 1999 paru au Journal Officiel du 29 avril 1999). La procédure est applicable à partir du 30 juin 1999. Cette nouvelle procédure s'applique aussi bien aux lésions initiales susceptibles d'être reconnues comme étant d'origine professionnelle qu'aux nouvelles lésions apparues après guérison ainsi qu'aux rechutes. (article R. 441-10 du Code de la Sécurité Sociale, circulaire de la CNAMTS N°18-99 du 20 mai 1999, circulaire de la direction de la sécurité sociale N°99-316 du 1^{er} juin 1999).

Ce délai court à compter de la date à laquelle la Caisse primaire a reçu la demande de maladie professionnelle de l'assuré. Ce délai de 3 mois pour l'instruction de la reconnaissance d'une demande de maladie professionnelle commence à courir à compter de la date apposée sur la déclaration par le tampon dateur de la Caisse.

Si la Caisse estime que le cas de l'assuré est complexe, elle dispose d'un délai supplémentaire de 3 mois auquel cas, elle doit informer préalablement par lettre recommandée avec accusé de réception, l'assuré.

A l'issue de ces 3 mois ou 6 mois, si l'assuré n'obtient pas de réponse, le caractère professionnel de sa maladie est présumé reconnu (voir encadré 4).

Il est à signaler toutefois que lorsque la Caisse primaire en cas de maladie hors tableau saisit le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles

(la maladie figure sur un tableau où l'assuré ne remplit pas toutes les conditions requises, la maladie n'est pas inscrite sur un tableau mais a entraîné une IPP partielle d'au moins 25 %), si la Caisse primaire en informe l'assuré, elle dispose d'emblée de 6 mois sans qu'elle ait besoin de notifier le recours au délai supplémentaire (circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés du 20 mai 1999). Le Comité Régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) lorsqu'il est saisi par la Caisse primaire d'assurance maladie, dispose d'un délai initial de 4 mois puis d'un délai supplémentaire de 2 mois en cas d'examen ou d'enquête complémentaire.

Ces délais s'imputent sur les délais d'instruction dont dispose la Caisse primaire d'assurance maladie (articles L. 461-1, R. 441-14 alinéa 2 et D.461-30 du Code de la

Sécurité Sociale, circulaire de la CNAMTS N°18-99 du 20 mai 1999, circulaire de la direction de la Sécurité Sociale N°99-316 du 1^{er} juin 1999).

La même procédure et le même délai sont applicables aux salariés agricoles mais ne s'appliquent qu'aux déclarations déposées à partir du 8 mars 2000 (décret du 6 janvier 2000 paru au Journal Officiel du 7 janvier 2000).

Le délai maximal de traitement du dossier par le CRRMP est de six mois. Si ce délai est dépassé, la maladie professionnelle est reconnue d'office.

Si ce délai de six mois est dépassé, et qu'ensuite la victime est confrontée à un refus du CRRMP, la victime peut entamer un contentieux car le délai de six mois a été dépassé. Ce contentieux est entamé au niveau du TASS qui normalement confirme la reconnaissance implicite de la maladie professionnelle.

Au cours de l'instruction, la Caisse doit informer la victime sur la procédure d'instruction et sur les points susceptibles de lui faire grief (article R. 441-11 du Code de la Sécurité Sociale, circulaire de la CNAMTS N°18-99 du 20 mai 1999). La Caisse doit notifier sa décision motivée à la victime et à ses ayant droits sous pli recommandé avec demande d'avis de réception (article R. 441-14 du Code de la Sécurité Sociale, circulaire de la CNAMTS N°18-99 du 20 mai 1999, circulaire de la direction de la Sécurité Sociale N°99-316 du 1er juin 1999.)

La Caisse doit également informer l'employeur de son éventuel refus en lui adressant un double de la notification qu'elle a envoyée à la victime. Le médecin traitant est lui aussi informé de la décision de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

La date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle est assimilée à la date de la maladie professionnelle (Article L.451-1 du Code de la sécurité sociale).

C. L'INDEMNISATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES

1. Cas général

La procédure d'indemnisation est identique à celle des accidents du travail (article L.431-1 du Code de la Sécurité Sociale).

Encadré 4

Modèle de lettre de demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle du fait du dépassement du délai d'instruction imparti à la Caisse Primaire pour statuer sur une demande de maladie professionnelle.

Nom - Prénom
Adresse de l'accidenté

Date

Monsieur le Directeur de la CPAM

RECOMMANDÉE AVEC A.R.

Réf : Notification de votre Organisme du

Objet : Reconnaissance d'une maladie professionnelle Tableau....

Monsieur le Directeur,

Je soussigné, profession, de nationalité né le

à, conteste, par la présente, la décision de votre organisme, qui m'a été adressé le

Le décret 99-323 du 27 avril 1999, dans son article 3, paragraphe II, imposait à votre organisme de statuer dans un délai de 90 jours, à compte de la déclaration faite le Or, votre courrier précisant votre décision m'a été notifié qu'après le délai légal.

En conséquence, je demande la reconnaissance de fait du caractère professionnel de ma maladie.

Si pour une raison qui m'est inconnue, vous maintiendriez votre décision de saisir la CRRMP (notifiée le), je vous demande de transmettre ma requête à la Commission de Recours Amiable de votre organisme.

Je vous prie, Monsieur le Chef de Service, de prendre ma demande en considération.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté

Le taux d'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques ou mentales, les aptitudes, la qualification professionnelle de la victime, en tenant compte d'un barème indicatif d'invalidité annexé au Code de la Sécurité Sociale (articles L 434-2 et R 434-5 du Code de la Sécurité Sociale).

Le barème indicatif de référence d'invalidité - maladies professionnelles est par contre différent du barème indicatif de référence d'invalidité - accidents du travail.

Ce barème a été publié au Journal Officiel du 2 juillet 1999 (Edition des documents administratifs du Journal Officiel de la République Française page 1 à 11 en annexe au décret n° 99-323 du 27 avril 1999 paru au Journal Officiel du 2 juillet 1999 page 9751).

Le barème indicatif de référence d'invalidité - maladies professionnelles n'est applicable que depuis la publi-

cation du décret n° 99-323 du 27 avril 1999 aux J.O. des 29 avril et 2 juillet 1999 page 9751.

On peut se le procurer auprès du Journal Officiel : 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 5. Il peut aussi être obtenu auprès de l'U.C.A.N.S.S. Tour Maine Montparnasse, 44, avenue du Maine - Boîtes 45 et 46 - 75755 Paris Cedex 15, ou peut être consulté sur le site internet : www.ucanss.fr.

2. Cas particuliers de l'indemnisation des pneumoconioses sauf l'amiante

Sera exclue de ce chapitre, l'indemnisation de l'exposition de l'amiante qui fera l'objet du chapitre suivant. Les pneumoconioses se définissent comme les maladies énumérées aux tableaux des maladies professionnelles suivants :

- Tableau n°25 (maladie provoquée par l'inhalation de poussières de silice libre ou silicose).
- Tableaux N°30 et 30 bis (maladies provoquées par l'inhalation de poussières d'amiante ou asbestose).
- Tableaux N°44 et 44 bis (maladies provoquées par l'inhalation de poussières ou de fumée d'oxyde de fer)
- Tableau N°44 : affections non cancéreuses consécutives à l'inhalation de poussières ou de fumées d'oxyde de fer (sidérose).
- Tableau N°44 bis : affections cancéreuses consécutives à l'inhalation de poussières ou de fumées d'oxyde de fer.
- Tableau N°91 : bronchopneumopathie chronique obstructive du mineur de charbon (maladie provoquée par les travaux au fond dans les mines de charbon).
- Tableau N°94 : bronchopneumopathie chronique obstructive du mineur de fer (maladie provoquée par les travaux au fond dans les mines de fer).

La déclaration de la maladie doit être effectuée par l'assuré social dans les délais habituels des maladies professionnelles.

La première constatation médicale intervient après un examen radiologique des poumons et le cas échéant tout examen complémentaire utile, sauf en cas de décès de la victime (article D.461-7 du Code de la sécurité sociale).

Le médecin conseil du service du contrôle médical de la Caisse primaire, au moment de l'instruction de la demande, détermine s'il y a lieu de solliciter l'avis d'un médecin sapiteur (article D.461-8 du Code de la sécurité sociale), c'est-à-dire spécialiste ou compétent en pneumologie ou d'un médecin du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses. (décret 99-746 du 31 août 1999 paru au Journal Officiel du 2 septembre 1999).

Ce même décret a supprimé le système du collège des 3 médecins. Compte tenu des délais d'instruction strictement limités, le recours à l'avis d'un médecin sapiteur ne doit en aucun cas être systématique mais motivé par la nécessité de résoudre des difficultés d'ordre médical. Le médecin spécialiste compétent examine le malade, soit à son cabinet, soit dans un centre d'études des pneumoconioses public ou privé, soit dans un établissement hospitalier public ou privé participant au service public hospitalier (article D.461-11 1^{er} alinéa du Code de la sécurité sociale).

Ce même médecin peut prescrire la mise en observation avec hospitalisation du malade pendant une période maximale de 3 jours exceptionnellement portée à 5 jours en cas d'examens complémentaires médicalement justifiés (article D.461-11 2^e alinéa du code de la sécurité sociale).

Dans le cadre de la reconnaissance du caractère professionnel d'un décès, la caisse doit faire procéder à une autopsie si les ayants droits le sollicitent ou lorsque la caisse l'estime utile à la manifestation de la vérité. Elle doit avoir alors recueilli l'accord des ayants droits (article L.442-4 du Code de la sécurité sociale qui s'applique en fait pour toutes les maladies professionnelles).

La pratique de l'autopsie doit être confiée à un médecin possédant une compétence particulière en matière de pneumoconiose (article D.461-16, 2^e alinéa du code de la sécurité sociale). La procédure de prélèvement et d'analyse des poumons est décrite dans l'article D.461-16 3^e alinéa du Code de la sécurité sociale. En cas de contestation d'un rejet d'ordre médical, il est fait application des articles L.441-1 et L.441-3 du Code de la sécurité sociale.

La Caisse primaire transmet une copie de la déclaration et du certificat médical initial à l'inspecteur du travail chargé de la surveillance de la ou des entreprises dans laquelle un travailleur a pu être exposé au risque.

Ce fonctionnaire fait part dans un délai d'un mois de ses observations à la Caisse.

La procédure de réparation des pneumoconioses s'est donc depuis ce décret N°99-746 du 31 août 1999 largement alignée sur celles des autres maladies professionnelles.

Une indemnité spéciale est accordée aux travailleurs atteintes d'une pneumoconiose lorsque le changement d'emploi est justifié par la nécessité de prévenir une aggravation de son état et que le salarié ne bénéficie, ni d'une indemnité en capital, ni d'une rente (article L.461-8 et D.461-17 du Code de la sécurité sociale).

3. Cas particuliers de l'indemnisation des victimes de l'amiante

a. Les personnes concernées par l'indemnisation

aa. Les victimes d'une maladie professionnelle

Actuellement, on distingue deux tableaux de maladie professionnelle, à savoir pour les salariés dépendant

d'une Caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés :

- le tableau n°30 des maladies professionnelles, il se définit comme des affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussière d'amiante : asbestose (lésion pleurale bénigne, dégénérescence maligne broncho-pulmonaire compliquant les lésions pulmonaires ou pleurales bénignes, mésothéliome malin primitif de la plèvre, du péricarde ou du péritoine, autres tumeurs pleurales primitives)
- le tableau n° 30 bis : cancers broncho-pulmonaires provoqués par l'inhalation de poussières d'amiante (survenant en l'absence d'une autre atteinte pleuro-pulmonaire due à l'amiante).

bb. Les travailleurs salariés exposés à l'amiante

— Il s'agit des salariés qui travaillent ou ont travaillé dans l'un des établissements figurant sur une liste publiée au Journal Officiel (arrêté du 29 - 3 - 1999 du Journal Officiel du 31 mars 1999, liste réactualisée par les arrêtés du 21-7-99 publié au Journal Officiel du 27 - 7 - 1999, du 3 juillet 2000 publié au Journal Officiel du 16 juillet 2000, du 12-10-2000 publié au Journal Officiel du 19 - 10 - 2000, du 19-3-2001 publié au Journal Officiel du 31 - 3 - 2001, du 1-8-2001 publié au Journal Officiel du 4 - 9 - 2001, du 24-4-2002 publié au Journal Officiel n ° 105 du 5-5-2002 p 8.668, du 12-8-2002 publié au Journal Officiel du 29-8-2002 p 14.336, du 12 - 8 - 2002 paru au Journal Officiel n ° 201 p 14.336 du 29 - 8 - 2002, 25 - 3 - 2003 publié au Journal Officiel n° 86 du 11 - 4 - 2003 p 6.394, du 30 - 6 - 2003 publié au Journal Officiel n ° 158 du 10 - 7 -2003 p 11.698), il n'est pas nécessaire qu'ils aient été directement impliqués dans le processus de fabrication, ou de traitement de l'amiante (circulaire de la direction de la Sécurité Sociale du 9 juin 1999).

— Cette liste a été étendue :

- aux salariés d'établissement de fabrication, flocage et de calorifugeage à l'amiante, (liste fixée par arrêté du 3 juillet 2000, publiée au Journal Officiel du 16 juillet 2000, lequel arrêté du 3 juillet 2000 modifié par les arrêtés du 12 - 10 -2000, 19 - 03 -2001, 01 - 08 -2001, 24 - 04 -2002, 12 - 08 -2002, 25 - 03 - 2003, 30 - 06 -2003, 06 - 02 -2004, 21 - 09 -2004, 25 - 11 -2004, 25 - 03 -2005, 30 - 09 -2005, 02 - 06 -2006 publié au Journal Officiel du 06 - 07 - 2006, 19 - 07 -2006, 06 - 11 -2006, 05 - 01 -2007, du 02

- 3 -2007 publié au Journal Officiel du 15 - 3 - 2007, du 07 - 3 -2007, du 26 - 04 -2007, du 03 - 05 -2007, du 25 -07 -2007, 04 - 09 -2007 publié au Journal Officiel du 13 - 09 - 2007, du 13 - 09 -2007 publié au Journal Officiel du 21 - 09 - 2007, du 30 - 10 - 2007 publié au Journal Officiel du 08 - 11 - 2007, du 30 - 10 -2007 publié au Journal Officiel du 29 - 11 - 2007, du 30 - 10 -2007 publié au Journal Officiel du 06 - 12 - 2007, du 30 - 10 -2007 publié au Journal Officiel du 12 - 12 - 2007, du 22 - 11 -2007 publié au Journal Officiel du 01 - 12 - 2007, du 15 - 10 -2008 publié au Journal Officiel du 23 - 05 - 2008, du 03 - 09 - 2008 publié au Journal Officiel du 10 -09 -2008 p 14.069, du 03 - 09 - 2008 publié au Journal Officiel du 10 -09 -2008 p 14.070, du 12 - 10 - 2009 publié au Journal Officiel du 20 -10 -2009 p 17.419)

- aux salariés ou anciens salariés des entreprises de construction et de réparation navale ayant exercé certains métiers utilisant des matériaux contenant de l'amiante (liste fixée par arrêté du 7 juillet 2000 publié au Journal Officiel du 22 juillet 2000 p 11.290, lequel arrêté du 7 juillet 2000 modifié par les arrêtés du 19 - 3 -2001 publié au Journal Officiel du 31 - 3 - 2001, du 28 - 9 - 2001 publié au Journal Officiel du 21 - 10 - 2001, du 11 - 12 - 2001 publié au Journal Officiel du 20 - 12 - 2001, du 24 - 4 - 2002 publié au Journal Officiel n ° 105 du 5-5-2002 p 8.669, du 12 - 8 - 2002 paru au Journal Officiel n ° 201 p 14.338 du 29 - 8 - 2002, du 25 - 3 - 2003 publié au Journal Officiel n° 90 du 16 - 4 - 2003 p 6.730, du 30 - 6 - 2003 publié au Journal Officiel n ° 158 du 10 - 7 -2003 p 11.697, du 21 - 09 - 2004, du 25 - 03 - 2005, du 30 - 09 - 2005, du 02 - 6 - 2006 publié au Journal Officiel du 06 - 7 - 2006, du 05 - 01 - 2007, du 02 - 03 - 2007 publié au Journal Officiel du 15 - 03 -2007, du 16 - 03 - 2007 publié au Journal Officiel du 05 -04 -2007, du 04 -09 - 2007 publié au Journal Officiel du 13 -09 -2007, du 13 - 09 - 2007 publié au Journal Officiel du 21 -09 -2007, du 30 - 10 - 2007 publié au Journal Officiel du 29 -11 -2007, du 22 - 11 - 2007 publié au Journal Officiel du 01 -12 -2007, du 15 - 05 - 2008 publié au Journal Officiel du 23 -05 - 2008, du 03 - 09 - 2008 publié au Journal Officiel du 10 -09 -2008 p 14.071, du 03 - 09 - 2008 publié au Journal Officiel du 10 -09 -2008 p 14.069, du 03 - 09 - 2008 publié au Journal Officiel n° 0278 du 29 - 11 - 2008 p 18.231, du 12 - 10 - 2009 publié au Journal Officiel n° 0243 du 20 - 10 - 2009 p 17.417).

Les dockers professionnels travaillant pendant une certaine période ayant manipulé des sacs d'amiante dans certains ports (cf liste ci-dessous) ont été reconnus exposés à l'amiante (article 36 de la loi n° 99 - 1140 du 29 - 12 - 1999 de financement de la Sécurité Sociale pour 2000 publiée au Journal Officiel n° 302 du 30 - 12 - 1999 modifiant le paragraphe I de l'article 41 de la loi n° 98 - 1194 du 23 - 12 - 1998 de financement de la Sécurité Sociale pour 1999 publiée au Journal Officiel n° 300 du 27 - 12 - 1998). Le bénéfice de la reconnaissance de

cette exposition à l'amiante a été étendu aux dockers professionnels travaillant dans certains ports pendant une certaine période ayant manipulé de l'amiante au lieu de seulement des sacs d'amiante (article 45 de la loi n° 2001 - 1246 du 21 - 12 - 2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 modifiant le sixième alinéa du paragraphe I de l'article 41 de la loi n° 98 - 1194 du 23 - 12 - 1998 de financement de la Sécurité Sociale pour 1999 publiée au Journal Officiel n° 300 du 27 - 12 - 1998). La liste des ports susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante en faveur des dockers professionnels a été fixée par arrêté du 7 juillet 2000 publié au Journal Officiel du 22 juillet 2000 p. 11. 298, modifié par les arrêtés 12 - 10 - 2000 publié au Journal Officiel du 18 - 10 - 2000, du 28 - 3 - 2002 publié au Journal Officiel du 18 - 4 - 2002 p 6.830, du 30 - 4 - 2002 publié au Journal Officiel du 4 - 5 - 2002 p 8.370, du 24 - 10 - 2005 publié au Journal Officiel du 29 - 10 - 2005, du 28 - 06 - 2006 publié au Journal Officiel du 07 - 07 - 2006.

Les acquis accordés aux dockers ont été élargis à l'ensemble des personnels portuaires (et non plus les seuls dockers) qui assuraient la manutention de l'amiante et non plus seulement des sacs d'amiante (articles 44 et 45 de la loi n° 2001 - 1246 du 21 - 12 - 2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 modifiant les cinquième et sixième alinéa du paragraphe I de l'article 41 de la loi n° 98 - 1194 du 23 - 12 - 1998 de financement de la Sécurité Sociale pour 1999 publiée au Journal Officiel n° 300 du 27 - 12 - 1998). La liste des ports concernés pour les personnels portuaires est la même que celle des dockers.

cc. Les autres victimes

Il s'agit en fait de toute personne ayant subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire français, par exemple, les artisans n'ayant pas de couverture sociale contre les risques de maladie

professionnelle, mais également les usagers du service public (ainsi, les étudiants de la faculté de Jussieu à Paris, etc.).

b. Les modalités d'indemnisation

Les différents systèmes d'indemnisation peuvent éventuellement se cumuler, comme nous le verrons ci-dessous.

aa. L'indemnisation des victimes suivant le régime des maladies professionnelles dans le cadre d'une exposition à l'amiante

La personne qui au cours de son activité salariée a été exposée à l'amiante, peut demander à bénéficier d'une surveillance médicale prise en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, comprenant l'examen clinique, une radiographie du thorax et éventuellement une exploration fonctionnelle respiratoire tous les deux ans.

L'intéressé doit alors fournir à la CPAM une attestation d'exposition remplie par l'employeur et le médecin du travail.

α. La reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'exposition à l'amiante

Elle suit le régime classique des maladies professionnelles en suivant le cas particulier des pneumocoïnoses.

L'intéressé doit déposer une déclaration à la Caisse primaire d'assurance maladie, accompagnée d'un certificat médical descriptif établi par un médecin. Une particularité pour les victimes de l'amiante réside dans la suppression du délai de prescription de deux ans, concernant l'ouverture des droits en matière de maladie professionnelle. Les demandes de réouverture des droits aux prestations et aux indemnités des personnes atteintes d'une des maladies consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante ne sont recevables que pour les affections dont la date de la 1^{re} constatation médicale se situe entre le 1^{er} - 01 - 1947 et le 29 - 12 - 1998.

Il est donc maintenant possible à toute victime de l'amiante de réclamer la prise en charge de sa maladie en tant que maladie professionnelle à tout moment. Cet avantage avait été accordé à titre provisoire par la loi du 23 décembre 1998 parue au Journal Officiel du 27 décembre 1998, modifiée par la loi de financement de

la Sécurité Sociale pour l'an 2000. L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait initialement fixé la durée d'application de la mesure à 2 ans. L'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a porté cette durée à 3 ans. Cet avantage vient d'être pérennisé par la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2001 (loi N°2001-1246 du 21 décembre 2001 parue au Journal Officiel N°99 du 26 décembre 2001 p. 20.552 dans son article 49, relatif aux droits des salariés victimes de l'amiante). L'article 49-II de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a supprimé tout délai pour la formulation des demandes.

Le champ d'application de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale de 1999, s'applique y compris en cas de faute inexcusable. La loi n°98-1194 du 23.12.1998 rouvre une possibilité de mise en cause pour faute inexcusable de l'employeur devant la juridiction de sécurité, soit que le recours n'ait pas été exercé, soit que celui-ci ait été rejeté pour dépassement du délai de prescription.

Ainsi toute victime qui dispose d'un certificat médical rédigé entre le 01.01.47 et le 29.12.98 et décrivant une maladie liée à l'amiante peut à tout moment invoquer la reconnaissance de la faute inexcusable de son employeur sans qu'aucun délai de prescription ne lui soit imposé.

Lorsque la maladie professionnelle a été reconnue en temps utile, mais que la faute inexcusable est instruite dans le cadre de l'article 40 le point de départ de la majoration de la rente si situe également au jour de la demande effectuée par la victime (arrêt n°02-30905 du 21.09.04 de la 2^e chambre civile de la Cour de cassation).

Il convient néanmoins de souligner que les droits des victimes ne sont pas rétroactifs et ne prendront effet qu'à la date du dépôt de la demande (circulaire de la direction de la Sécurité Sociale du 26 janvier 2000). Lorsque l'origine professionnelle de la maladie est reconnue par la caisse, le droit aux prestations prend effet au plus tôt à la date de dépôt de la demande faite au titre de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale de 1999 qui permet la réouverture des droits aux prestations et indemnités des personnes atteintes d'une des maladies consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante.

Cas particulier des mésothéliomes : le caractère habituel de l'exposition n'est pas déterminant et une exposition professionnelle même ponctuelle est suffisante pour admettre son origine professionnelle.

La reconnaissance est établie par le médecin conseil, il détermine s'il y a lieu de solliciter un avis d'un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses (le décret N°99-746 du 31 août 1999 a supprimé le recours systématique aux médecins agréés en pneumoconioses et le collège des 3 médecins).

Seule la pleurésie exsudative isolée parmi les affections désignées au tableau n°30 et 30 bis est susceptible de guérir.

Les fibroses (asbestose, plaques pleurales, épaississements pleuraux) étant le plus souvent d'évolution lente, on peut admettre qu'elles soient consolidées à la date du certificat médical qui fait le lien entre la maladie et l'activité professionnelle (certificat médical initial) en l'absence de complication évolutive en cours.

Les affections graves évolutives (cancers bronchopulmonaire et mésothéliomes) peuvent être consolidées

- lorsque la victime ne perçoit pas d'indemnité journalière (en particulier les retraités) à la date du certificat médical initial
- lorsque la victime perçoit des indemnités journalières dès que son état n'est plus susceptible d'être amélioré d'une façon appréciable et rapide par un traitement médical approprié.

Si les délais de prise en charge ou d'exposition ne sont pas respectés ou si le métier ne figure pas dans la liste, le dossier sera soumis au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

La victime peut se retrouver confrontée à plusieurs types de situation.

La première situation : la victime n'a jamais formulé de demande. Le dossier est instruit par la Caisse de la Sécurité Sociale quelle que soit la date où la victime a été exposée comme il a déjà été dit plus haut.

La deuxième situation : la victime avait présenté une demande qui avait été rejetée par la Caisse parce que cette demande était tardive et donc prescrite, le dossier sera rouvert et examiné.

Troisième situation : la première demande formulée par la victime avait été rejetée pour une autre raison que pour la prescription.

Le dossier sera alors complètement revu par la Caisse.

Quatrième situation : après le rejet de sa demande initiale, la victime a exercé un recours qui a échoué.

Le dossier sera alors réexaminé par la Caisse. D'une manière générale, la prise en charge du dossier sera égale en traitement entre les personnes qui se sont inclinées par le passé, devant un refus de la Caisse et celles qui au contraire, avaient choisi d'ouvrir un contentieux.

Par ailleurs, dans la fonction publique, le caractère de maladie contractée en service a été reconnu pour les pathologies liées à l'amiante par des commissions de réforme mais aussi parfois après recours devant les juridictions administratives (Cour administrative d'appel de Paris, 22 mars 2001, AJDA, 20 novembre 2001, p.978). Il s'agissait d'un professeur de lycée professionnel atteint d'un cancer broncho-pulmonaire et ayant travaillé plusieurs années dans un atelier traité par flottage de sécurité contre l'incendie.

β. Les droits accordés aux patients victimes d'une maladie professionnelle occasionnée par l'exposition à l'amiante

Une indemnité spéciale est accordée au travailleur atteint d'affection professionnelle consécutive à l'inhalation de poussière d'amiante lorsque le changement d'emploi est nécessaire pour prévenir une aggravation de son état et que les conditions exigées pour le salarié puisse bénéficier d'une rente ne sont pas remplies (article L.461-8 du code de la sécurité sociale).

β1. Droits aux prestations de la Sécurité Sociale

Il s'agit des droits classiques aux prestations de la Sécurité Sociale concernant toutes les maladies professionnelles : indemnités journalières, des rentes, du remboursement intégral des soins.

β2. Le recours à l'indemnisation complémentaire pour faute inexcusable de l'employeur

Ce recours se base sur l'arrêt de la Cour d'Appel de Dijon du 12 octobre 1999 contre la société Eternit. Les juges ont argumenté l'existence d'une faute inexcusable sur le fait que l'employeur avait connaissance du danger puisque le tableau N°30 des maladies professionnelles dues à l'inhalation des poussières d'amiante a été créé en 1945 et que d'autre part la Caisse Régionale d'Assurance Maladie avait adressé à l'employeur depuis, plusieurs recommandations sur les moyens de protection et d'information du personnel.

L'employeur n'avait pris aucune mesure de protection collective ou de protection collective ou individuelle pour le personnel. Les juges ont de plus considéré que l'employeur ne pouvait arguer du fait qu'il n'existant

aucune réglementation spécifique avant le décret du 17 août 1977, date de la première réglementation française visant à limiter l'exposition à ce matériau car la justice estime que tout employeur est assujetti à une obligation générale de sécurité (articles L. 230-1 et suivants du Code du travail) dont les premières dispositions datent de 1893 et 1894.

6 nouveaux arrêts rendus par la Cour de cassation le 28 février 2002 contre les sociétés Valéo, Textar, Asco-métal, Eternit, Evrite et Sollac confirment l'existence d'une faute inexcusable même si les faits remontaient à plus de 50 ans avant donc la création du tableau N°30 des maladies professionnelles, reconnaissant la nature professionnelle de l'asbestose. En effet, la Cour de Cassation a relevé qu'il existait à l'époque une réglementation visant à protéger les salariés contre les effets des poussières et que donc les employeurs auraient dû prendre le maximum de précaution.

bb. Le recours à la procédure pénale

α. Le dépôt d'une plainte classique

Les plaintes pour homicides involontaires sont basées sur l'article 221-6 du Nouveau Code Pénal qui stipule que « le fait de causer par maladie, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui, constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45.000 € d'amende ». « En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence les peines encourues sont portées à 5 ans, d'emprisonnement et à 75000 € d'amende ».

L'action pénale peut également se baser sur le délai de mise en danger d'autrui : « le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures graves de nature à entraîner une mutilation, une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15.000 € d'amende ».

Une plainte peut être instruite pour « crime d'empoisonnement, ou voie de fait ayant entraîné la mort, homicide involontaire, coups et blessures involontaires, abstention délictueuse », etc.). Des poursuites pénales ont été engagées vis-à-vis des employeurs, visant à une condamnation de l'employeur en tant que personne physique mais aussi de l'entreprise en tant que personne morale. Il faut alors démontrer une infraction au

code du travail. Il existe une obligation générale de sécurité (art L.230-2 du code du travail), mais aussi des obligations particulières de sécurité ou de prudence imposées par la loi ou le règlement spécifique à tel ou tel risque.

Il est à noter néanmoins que la loi du 10 juillet 2000 parue au Journal Officiel du 11 juillet 2000 donne une nouvelle définition du délit non intentionnel (faute d'imprudence) qui protège non seulement les élus locaux mais les aussi les chefs d'entreprise. Elle écarte en effet la responsabilité pénale de l'auteur de la faute lorsque celle-ci n'est pas la cause directe du dommage à moins que ladite faute soit d'une particulière gravité (article L. 121-3 du Code pénal). Cette loi présente néanmoins le mérite de dissocier la faute pénale d'imprudence de la faute civile. Ainsi, la relaxe devant une juridiction pénale n'empêchera pas la victime de s'adresser à une juridiction civile pour faire reconnaître la réalité de la faute inexcusable de l'employeur et bénéficier ainsi d'une indemnisation plus large.

L'arrêt du 16 septembre 2003 a consacré la dualité des fautes civile et pénale non intentionnelles (cass 2^e civ. 16 septembre 2003, Dalloz, 2004, comm. p.721-4, note de P. Bonfils). Concernant le responsabilité des personnes physiques, l'absence de faute pénale non intentionnelle n'exclut pas que le juge civil retienne une faute d'imprudence. La relaxe au tribunal correctionnel n'empêche pas l'exercice d'une action devant les juridictions civiles afin d'obtenir la réparation d'un dommage.

β. Le recours devant la Cour de justice de la République

Certaines familles de victimes ont été plus loin, à la recherche d'une véritable sanction des décideurs et ont déposé plainte le 16 août 2000 devant la Cour de justice de la République contre 13 ministres chargés de la réglementation relative à l'amiante de 1976 à 1996. Il s'agit ici d'une procédure au pénal. La commission des requêtes de la Cour a décidé, le 7 décembre 2000, de les classer sans suite considérant qu'elles étaient « sans élément de nature à caractériser un crime ou un délit commis, au titre de l'exposition à l'amiante, par les ministres qu'elle visent ».

γ. Le recours devant la Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infraction (CIVI)

Le principe de son fonctionnement est détaillé dans le chapitre consacré à l'indemnisation des victimes d'infraction.

On rappellera uniquement que les commissions peuvent indemniser intégralement les dommages résultant d'une infraction pénale sans qu'un procès soit nécessaire, y compris si les faits incriminés sont prescrits. (circulaire du 27 décembre 1990).

Il y a théoriquement prescription si la demande d'indemnisation est faite plus de 3 ans après l'infraction. Mais la Commission peut relever le demandeur de cette prescription et permettre ainsi un recours. Théoriquement, au delà de cette durée de 3 ans à compter de la date de l'infraction, la victime ne pourra plus prétendre à une indemnité devant la CIVI sauf si l'infraction fait l'objet de poursuite pénale, le délai de 3 ans n'expirant qu'un an après que la décision pénale soit devenue définitive. Néanmoins, la CIVI dispose du pouvoir de relever le demandeur de la forclusion lorsque ce dernier « n'a pas été en mesure de faire valoir ses droits dans les délais requis ou lorsqu'il a subi une aggravation de son préjudice ou pour tout autre motif légitime » (article 706-5 du Code de procédure pénale et articles 643 et suivants du Nouveau Code de procédure civile).

La forclusion de la victime se définit par la déchéance du droit d'action qui sanctionne toute partie au procès en cas d'expiration d'un délai de procédure. La forclusion est donc une fin de non recevoir. Les CIVI bénéficient d'un pouvoir d'appréciation sur le caractère légitime du motif invoqué à l'appui de la demande de relever de la forclusion.

La Cour de Cassation exerce toutefois un contrôle restreint sur ces motifs. La CIVI doit donc mentionner ces motifs pour permettre à la Cour de Cassation d'exercer son contrôle (deuxième Chambre Civile de la Cour de Cassation, 1er juillet 1992, Bulletin des arrêts civils de la Cour de Cassation N° II, N°180, p. 90).

Ce recours devant la CIVI permet une indemnisation intégrale des préjudices sans avoir à démontrer la faute inexcusable de l'employeur.

Le recours à la commission d'indemnisation des victimes d'infraction défini par l'article 7.003-6 du code de procédure pénale n'est plus possible, les magistrats de la cour de cassation (deuxième chambre civile de la cour de cassation, arrêt du 7 mai 2003 n° 00.815 P), ayant rappelé que « les dispositions légales d'ordre public sur les réparations des accidents du travail excluent les dispositions propres à l'indemnisation des victimes d'infractions ».

cc. Le recours à la procédure en responsabilité civile

L'action en responsabilité civile peut être entamée soit pour responsabilité pour faute soit pour responsabilité sans faute.

La responsabilité pour faute est basée sur l'article 1382 du Code civil qui stipule que « tout fait quelconque de l'homme qui cause un dommage à autrui oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ». Cet article énonce trois éléments, la faute, le préjudice et le lien de causalité.

La faute dans ce cas précis concerne le fait pour les industriels et les distributeurs de ne pas avoir respecter leur obligation d'information à l'égard des personnes exposées. En effet, les industriels et les distributeurs ont une obligation d'information sur le danger du matériau vis-à-vis des transporteurs et des consommateurs.

Ils connaissaient les effets que pouvaient engendrer une exposition à l'amiante par l'intermédiaire des études scientifiques et des enquêtes établies dès 1950. De plus, des textes sont intervenus en 1977 pour obliger les industriels à informer du danger.

La responsabilité sans faute, se base sur l'article 1384 du Code civil. Celui-ci dispose dans son premier alinéa que l'on est responsable des choses que l'on a sous sa garde. L'article établit ainsi une présomption de responsabilité à l'encontre de celui qui a la garde d'une chose inanimée. L'employeur à la qualité de gardien de la chose. Par conséquent, la faut de l'auteur du dommage est présumée sauf existence d'un cas d'exonération (force majeure, fait de la victime ou d'un tiers).

Cet article concerne l'exposition aux poussières d'amiante. Il permet ainsi aux épouses de travailleurs ayant été exposées à l'amiante par l'intermédiaire des bleus de travail, d'obtenir une réparation pour le préjudice direct subi sans avoir à prouver l'existence d'une faute.

On peut également évoquer la responsabilité sans faute de l'administration en cas d'exposition d'agents publics au risque de l'amiante (agents de l'Education nationale, les professeurs de l'université de Jussieu). L'administration est en effet responsable vis-à-vis de ses fonctionnaires qui sont exposés au danger de l'amiante lors de leur service. L'action juridique est engagée alors devant le tribunal de grande instance dont le ressort duquel se trouve le domicile de la victime.

Concernant les demandes d'indemnisation, une femme ayant été exposée à l'amiante en lavant les vêtements de travail de son mari qui travaillait chez Valéo, ne pouvait pas rechercher la faute inexcusable de l'employeur de son époux (puisque elle n'était pas salariée de l'entreprise). Il s'agissait ici également d'une exposition environnementale puisque l'usine Valéo était située à proximité du domicile du couple. Souffrant d'une asbestose avec plaques pleurales disséminées, elle a fait assigner l'employeur de son époux devant le tribunal de grande instance (TGI d'Argentan, 7 septembre 2000, Gazette du palais, 12-13 janvier 2005, page 69). La responsabilité civile de l'employeur a été retenue sur le fondement de l'article 1384 alinéa 1^{er} du code civil. La Cour d'appel de Caen a rendu son arrêt le 20 novembre 201 dans le même sens (Gazette du palais, 12-14 janvier 2003, N. Olmer-Brin, J-V. Borel).

dd. Le recours à une juridiction de l'ordre administratif

Certaines victimes de l'amiante n'ont pas hésité à explorer d'autres voies et former un recours en responsabilité contre l'Etat devant les juridictions administratives, visant à obtenir la reconnaissance de la faute de l'Etat.

Elles mettent en cause la responsabilité de l'Etat en s'appuyant sur le fait que l'Etat a pris de retard pour édicter les normes plus sévères quant à l'inhalation des fibres d'amiante en milieu professionnel alors que le danger était connu. On peut à ce titre citer comme argumentation une directive européenne de 1983 qui a été transposée quand 1987 alors que l'Etat avait déjà connaissance du risque que constitue le maintien de l'argumentation en vigueur. C'est sur cette argumentation que le tribunal administratif de MARSEILLE le 30 mai 2000 a condamné l'Etat comme fautif et l'a rendu responsable des conséquences, dommages des victimes de l'amiante qui travaillaient pour les entreprises Sollac, Eternit et Elf Atochem dans les Bouches de Rhône.

En effet, le tribunal administratif de Marseille, le 30 mai 2000, a sanctionné l'Etat pour n'avoir pas légiféré avant le Décret n°77-94919 du 17 août 1977 relatif aux mesures particulière d'hygiène applicables dans les établissement où le personnel est exposé à l'action des poussière d'amiante (JORF du 20 août 1977) en matière d'amiante, et pour ne pas avoir demandé l'étude scientifique sur le sujet avant 1995, année de publication d'une étude par l'INSERM (trib. Adm. Marseille, 30 mai 2000, arrêt Boudignon, Botelle, Thomas, Xueref).

L'article L.231-2 du Code du travail reconnaît à l'Etat le pouvoir de limiter le droit de l'employeur de déterminer les modalités de travail dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité. L'Etat ne peut donc pas se retrancher derrière la responsabilité du l'employeur (art L.230-2 du code du travail).

Ces décisions ont été confirmées par la Cour administrative d'appel de Marseille le 18 octobre 2001 (Cour adm. Marseille, 18 octobre 2001, Ministre de l'emploi et de la solidarité c/Bourdignon, Botella, Thomas, Xue-ref). Les éléments justificatifs apportés, à savoir, la réaction tardive des autres Etats et la difficulté de réaliser à l'époque une étude destinée à préciser la nature exacte du risque, n'ont pas été retenus. Il a ensuite été reproché à l'Etat de s'être contenté de transposer en droit français les directives communautaires en 1987 et 1992, sans que cet abaissement de seuils de VME ne soit justifié par des données scientifiques précises. Les magistrats administratifs ont considéré que l'Etat ne pouvait se décharger de sa responsabilité en invoquant le respect des normes communautaires, celui-ci étant nécessaire mais pas toujours suffisant. Ils ont donc renouvelé la mise en cause de la responsabilité de la puissance publique, tant du fait de ses carences dans la prévention des risques, que l'insuffisance de la réglementation adoptée tardivement afin de faire face à ce même risques. Les quatre arrêts tout en rejetant le recours du ministre, ont opéré encore plus sévèrement qu'en première instance une condamnation de l'Etat et de la gestion publique des dangers liés à l'antenne.

La condamnation de l'Etat résultant de la mise en cause de sa responsabilité ne surprend pas, compte tenu du retard pris dans le traitement de cette affaire de l'amiante, et cette confirmation en appel des décisions de première instance avait été annoncée par le rapport de la Cour des comptes qui insistait sur ce retard de la France en la matière par rapport aux autres pays européens.

Le ministre de l'emploi et de la solidarité a fait appel de ces décisions devant le Conseil d'Etat (CE) qui s'est prononcé le 3 mars 2004, confirmant la négligence fautive de l'Etat (CE 3 mars 2004, Gazette du Palais, 12-13 janvier 2005, note de D. Linotte, p.67-70 et Dalloz, Note de H. Arbousset, 2004, n°14, p.973-7). Dans un seul des dossiers (sur les 4), l'entreprise employant le salarié s'était associée à la procédure.

L'Etat a donc été jugée responsable en tant que personne morale de droit public. Reste qu'il n'y pas de sanction infligée au sens juridique du terme. Les représentants de l'Etat doivent « prendre de mesures les plus

appropriées pour limiter et si possible éliminer ces dangers... ». C'est une décision purement symbolique. Le fonctionnaire victime de l'amiante doit donc se tourner le FIVA, plus favorable qu'une procédure devant le tribunal administratif.

ee. Possibilité de préretraite pour des travailleurs exposés à l'amiante

Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) est un dispositif de préretraite compensant la réduction de l'espérance de vie des travailleurs de l'amiante.

Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) a été créé par l'article 41 de la loi n°98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale permet aux personnes atteintes d'une maladie professionnelle due à l'amiante, aux victimes d'une exposition professionnelle à l'amiante, ayant travaillé dans des secteurs d'activité limitativement énumérés et âgés d'au moins 50 ans, de percevoir une allocation égale à 65 % du salaire de référence pour la partie inférieure à 2.773 euros par mois le premier janvier 2008, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, et de 50 % de ce salaire pour la limite comprise entre 2.773 euros par mois et 5.546 euros par mois, entre 1 et 2 fois ce plafond, le premier janvier 2008, à la condition qu'elles quittent leur emploi. L'allocation de cessation anticipée ne peut être inférieure au montant minimal de l'allocation spéciale du FNE (Fond National de l'Emploi) soit 29.22 € par jour depuis le 01.01.08.

En outre, le prélèvement des cotisations d'assurance maladie, de la CSG et de la CRDS ne peut réduire le montant de l'allocation en deçà de 1.281 € depuis juillet 2007.

Cette préretraite est accordée à deux catégories de salariés, tout d'abord les salariés atteints de l'une des maladies professionnelles liée à l'amiante et deuxièmement les travailleurs qui ont travaillé dans un établissement, figurant sur une liste publiée au Journal Officiel (confère ci-dessus la liste des travailleurs salariés exposés à l'amiante dans le chapitre VIII. LES MALADIES PROFESSIONNELLES C. L'indemnisation des maladies professionnelles 3. Cas particuliers de l'indemnisation des victimes de l'amiante a. Les personnes concernées par l'indemnisation bb. Les travailleurs salariés exposés à l'amiante). Peuvent également bénéficier les marins et anciens marins victimes d'une maladie pro-

fessionnelle causée par l'amiante et les marins mécaniciens ou ayant navigué sur des navires transportant de l'amiante âgés d'au moins 50 ans. Le versement de l'allocation de cessation anticipée d'activité est alors assurée par l'Etablissement national des invalides de la marine (ENIM).

Ces travailleurs peuvent alors prétendre à une préretraite à partir de 50 ans.

Un arrêté, pris en application de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale, dans sa modification du 20 décembre 2003 (article 54), prévoit l'extension du dispositif d'allocation de cessation anticipée d'activité aux salariés agricoles.

Les salariés agricoles atteints d'une affection figurant aux tableaux n°47 et 47 bis des maladies professionnelles agricoles peuvent avoir droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Arrêté du 6 mai 2003, publié au Journal Officiel du 27 mai 2003 n°122, page 9.032).

La demande doit être déposée à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie qui dispose de deux mois pour prendre sa décision. Le défaut de réponse au delà de ce délai équivaut à un refus. Si la décision de la caisse régionale est positive, le bénéficiaire doit donner sa démission à son employeur. Le bénéfice de l'indemnité de préavis ou de l'indemnité compensatrice de préavis est acquis.

En cas de refus de la caisse régionale, un recours peut alors être déposé à la commission de recours amiable de la caisse. En cas d'échec, un recours est encore possible en engageant une procédure devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Pour les salariés agricoles, le guichet instructeur de la demande est la caisse de mutualité sociale agricole. Pour les marins ou anciens marins, le guichet instructeur est l'ENIM.

L'allocation est versée mensuellement à terme échu au plus tard jusqu'à 65 ans.

De ce fait les personnes pouvant bénéficier d'une retraite anticipée dès 55 ans, ne peuvent percevoir à la fois leur pension de retraite et l'allocation des travailleurs de l'amiante. Ces personnes doivent opter pour l'une ou bien l'autre.

Cette préretraite est versée jusqu'à ce que l'intéressé puisse toucher une retraite à taux plein prévue aux articles L 351-6 et L.351-8 du CSS.

Elle ne peut se cumuler ni avec un revenu de remplacement (allocation de chômage, autres préretraites...),

ni avec un avantage de vieillesse (retraite sauf les pensions militaires de retraite, pension de reversion) ou d'invalidité (circulaire du 9 juin 1999) ou l'allocation parentale d'éducation à taux plein. Une allocation différentielle peut être versée pour les personnes titulaires :

- d'une pension d'invalidité (servie par un régime obligatoire)
- d'une pension de réversion
- d'une pension de veuf ou veuve versée par un régime général
- d'une pension de retraite versée par un régime spécial de sécurité sociale.

Pour le calcul de l'allocation différentielle, la caisse déduit du montant brut de l'allocation de cessation d'activité le montant de l'autre pension (certaine majoration pour enfant en tierce personne, étant neutralisée). Sont ensuite déduites du résultat les cotisations sociales.

Des règles particulières s'appliquent pour les personnes susceptibles de percevoir un avantage non contributif (minimum vieillesse).

Par contre, il est possible de cumuler une telle préretraite avec une rente pour maladie professionnelle.

La loi prévoit également que la démission du salarié dans ce cadre oblige l'employeur à lui verser une indemnité de départ en retraite prévue par l'article L122-14-13 du code du travail. « Tout salarié quittant volontairement l'entreprise pour bénéficier du droit à une pension de vieillesse a droit, sous réserve des dispositions plus favorables d'une convention ou d'un accord collectif de travail ou du contrat de travail, à l'indemnité de départ en retraite prévue à l'article 6 de l'accord annexé à la loi n°78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle... ».

L'indemnité de départ versée par l'employeur est exonérée d'impôt, de cotisations de sécurité sociale, de CSG, et de CRDS. Ceci s'applique aux indemnités perçues au 2 avril 1999 (loi de finance rectificative parue au Journal Officiel du 14 juillet 2000).

En ce qui concerne les victimes reconnues comme atteintes d'une maladie professionnelle causée par l'amiante, ces victimes peuvent prétendre au dispositif de pré-retraite dès l'âge de 50 ans, sans condition de durée d'activité.

Les autres salariés exposés à l'amiante peuvent partir en préretraite à un âge variable selon la durée d'exposition à l'amiante, sans que cet âge puisse être inférieur à 50 ans. L'âge de départ se calcule en soustrayant

de l'âge de 60 ans, le tiers de la durée de travail exposée au risque (décret n° 99 - 247 du 29 - 3 - 1999 modifié par le décret n° 2000 - 638 du 7 - 7 - 2000 paru au Journal Officiel du 9 - 7 - 2000, par le décret n° 2003 - 608 du 2 - 7 - 2003 paru au Journal Officiel n° 153 du 4 - 7 - 2003 p 11.320, par le décret (rectificatif) n° 2003 - 608 du 2 - 7 - 2003 paru au Journal Officiel n° 183 du 9 - 8 - 2003 p 13.852). L'âge pour pouvoir bénéficier de la pré-retraite en faveur des victimes de l'amiante est calculée en divisant la durée d'activité dans ces établissements où l'on a été exposé par trois, et en soustrayant le résultat de 60 ans. Par exemple, si un salarié a travaillé 12 ans dans un tel établissement, il pourra partir à $60 - 12/3 = 60 - 4 = 56$ ans. Ceci concerne les personnes ayant été exposées à l'amiante.

Une allocation de cessation anticipée d'activité est proposée aux ouvriers de l'Etat ayant travaillé dans des services ou établissements relevant du ministère de la Défense énumérés dans l'arrêté du 29-4-99, NOR: DEFP9901311A modifié par l'arrêté du 14-6-2002, NOR: DEFP0201745A, paru au Journal Officiel du 19-6-2002.

A noter une évolution récente concernant l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. En effet, la Chambre sociale de la Cour d'appel de Paris, dans un arrêt du 18.09.08, a condamné la société ZF MASSON à indemniser la perte de revenus occasionnée par le départ en pré-retraite amiante d'anciens salariés de l'entreprise. Ces salariés percevront donc chacun la différence entre leur salaire du temps de leur activité et le montant de leur allocation calculée sur toute la durée du versement de celle-ci. Une décision identique a été prise par la Cour d'appel de Bordeaux le 16-02-2009.

Les magistrats ont en effet considéré que les anciens salariés étaient placés devant « un choix relatif : soit continuer de travailler jusqu'à l'âge légal de la retraite mais sous la menace statistiquement avérée de développer l'une des maladies consécutives à l'exposition à l'amiante dont il a souvent été constaté qu'elles apparaissent avec un certain retard et par conséquent risquer d'avoir une retraite écourtée, soit privilégier le droit de partir en pré-retraite à 50 ans, mais au prix d'une diminution de revenus de 35 %, et donc d'un préjudice matériel important. Leur choix dans ces circonstances est un choix par défaut, conséquence de la carence de l'employeur dans l'exécution de son obligation contractuelle de sécurité et de résultat. »

Les salariés percevront donc une allocation amiante de pré-retraite équivalente à 100 % du salaire et non plus

à 65 %. Le complément de 35 % sera dû aux allocataires par l'employeur ou à défaut plus ou moins directement par un fond dépendant des Assedic. La demande pour les non malades doit être présentée devant le conseil des Prud'hommes. Pour les travailleurs reconnus en maladie professionnelle amiante, la demande doit être présentée au FIVA. En cas de refus par cet organisme il conviendrait alors d'aller devant une Cour d'appel.

ff. Le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA)

a. Historique

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 n° 2000 - 1.257 du 23 décembre 2000 publiée au Journal Officiel du 24 décembre 2000 modifié par l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 n° 2001 - 1.246 du 21 - 12 - 2001 publiée au Journal Officiel du 26 décembre 2001, article 53 modifié par la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 52 II (JORF 24 décembre 2002) et complété par le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 institue la réparation intégrale des préjudices, tant patrimoniaux qu'extra-patrimoniaux, occasionnés par l'amiante.

Un établissement public, le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), placé sous la double tutelle des ministres chargés respectivement de la sécurité sociale et du budget, créé par l'article précité, a pour mission d'assurer la réparation de ces préjudices.

La saisine du Fonds est ouverte à toute personne ayant subi en France une atteinte de sa santé à la suite d'une exposition à l'amiante, ainsi qu'à ses ayants droit, quel que soit le contexte, professionnel ou environnemental, de ladite exposition. En effet, l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 prévoit que la répartition intégrale pourra être accordée aux « personnes qui ont obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, à celles qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire de la République française et aux ayants droit des personnes visées ».

Ce FIVA est donc destiné à réparer l'intégralité des préjudices subis par les victimes de l'amiante, évitant alors de longues procédures devant les tribunaux et les organismes de Sécurité Sociale. L'indemnisation porte sur tous les postes de préjudices reconnus par les tribunaux, alors que l'indemnisation prévue par la branche

accidents du travail et maladies professionnelles de la Sécurité sociale est forfaitaire et ne prend en compte que le taux d'IPP et une partie du préjudice économique (perte de gains par la victime). Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) est destiné à prendre en charge tous les préjudices subis par les victimes de l'amiante : préjudice personnel (souffrances physiques, psychiques, dommage esthétique...) et préjudices financiers (frais de santé engagés non pris en charge la sécurité sociale, salaires non perçus...).

Le FIVA peut aussi être saisi par la victime pour demander la réparation d'une aggravation de son état de santé.

Il pourra être saisi par toute victime de l'amiante ou ses ayant droits (conjoint, enfant, petit enfant, parents, frère et sœur) en cas de décès.

Il peut être saisi non seulement par les salariés dont la maladie professionnelle a été reconnue mais également par toute personne ayant subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire français (artisan, professions libérales n'ayant pas de couverture sociale contre les risques de maladie professionnelle mais aussi les usagers des services publics).

Le FIVA, reposant sur une procédure simple et rapide d'indemnisation, facilite les voies de la réparation, notamment pour toutes les victimes qui ne souhaitent pas s'engager dans la voie judiciaire.

Le Fonds constitue une tentative de remède aux défaillances du régime d'indemnisation des victimes de l'amiante, à savoir d'une part, l'insuffisance de la réparation liée à son caractère forfaitaire dans le cadre de la législation sur les maladies professionnelles et, d'autre part, la lenteur des procédures, donc les conséquences étaient grandement préjudiciable, eu égard notamment à la courte espérance de vie des victimes de mésothéliomes. Pour certains, cette création avait aussi pour but de juguler les procédures contentieuses, notamment celles risquant de mettre en cause les décideurs politiques (mise en cause de la responsabilité de l'Etat devant les juridictions administratives).

Le FIVA constitue la seule voie d'indemnisation

- pour les victimes environnementales (par exemple les épouses contaminées en lavant les bleus de travail de leur mari, les personnes résidant, travaillant ou étudiant près d'une usine polluante)
- pour les salariés des régimes spéciaux qui ne prévoient pas d'action en faute inexcusable de l'employeur, (par exemple, les fonctionnaires, les artisans...).

pour les salariés ou retraités du régime général dont les dossiers sont prescrits pour la sécurité sociale (prescription de deux ans) et non par le FIVA (prescription de quatre ans).

Un décret et un arrêté publiés au Journal Officiel du 30 mars 2002, nomment le Président et les membres du conseil d'administration de cet FIVA qui devient ainsi opérationnel.

β. Données chiffrées

Il est maintenant établi que les victimes s'adressent dans une très large majorité au FIVA plutôt qu'aux instances judiciaires (TASS principalement), la croissance du nombre de nouvelles victimes dépassant même largement les prévisions auxquelles viennent d'ajouter les demandes complémentaires, elles aussi de plus en plus importantes. Ces demandes complémentaires sont présentées soit par les victimes elles-mêmes, eu égard à l'aggravation de leur état, soit par leurs ayants-droit à la suite du décès de la victime.

Quelques chiffres :

Dans une très forte proportion (85 %), les victimes ont été exposées à titre professionnel, relèvent majoritairement (85 %) du régime général et sont en grande partie (94 %) de sexe masculin, l'âge moyen au moment de la première constatation médicale étant de 62 ans et la part des maladies bénignes représentant plus de la moitié des dossiers (Rapport annuel du FIVA de 2007).

La grande majorité des dossiers FIVA sont la conséquence d'une exposition professionnelle : 86 % des victimes sont du fait d'une maladie professionnelle, La part des maladies valant justification automatique de l'exposition à l'amiante passe à 8 %, les maladies dites d'origine environnementale relevant de la compétence de la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante passe à 6 %.

85 % des victimes s'adressant au FIVA sont affiliés au régime général de la sécurité sociale. Les autres sont fonctionnaires ou affiliés au régime agricole ou des artisans, chefs de petites et moyennes entreprises dans le secteur du bâtiment par exemple. Pour les non professionnels, il s'agit essentiellement de femmes qui nettoyaient les bleus de travail de leur époux, salarié qui manipulait de l'amiante. Il peut s'agir également de personnes vivant au proche voisinage d'un bâtiment au moment du flocage de l'amiante.

Parmi les dossiers reçus 19 % des victimes sont décédées, la plupart (90.5 %) antérieurement à la demande au FIVA (Rapport annuel du FIVA de 2007).

En 2007, la répartition des victimes par pathologie était une asbestose pour 5 %, un mésothéliome pour 7 %, un cancer broncho-pulmonaire pour 14 % et 74 % de plaques pleurales et épaississements pleuraux.

Trois critères sont retenus pour calculer ce montant : le taux d'incapacité, l'âge au moment de la découverte de la maladie et la situation (décédés ou malade) de la victime :

- 81 % des pathologies bénignes bénéficient d'une offre supérieure à 15.000 €.
- 82 % des pathologies malignes bénéficient d'une offre supérieure à 60.000 € (et 43 % d'une offre supérieure à 100.000 €) (Rapport annuel du FIVA de 05-2006).

Les offres du FIVA, susceptibles d'appel, sont contestées dans 6 % des cas, principalement (66 % du contentieux) devant les Cours d'appel de Paris, Bordeaux, Douai, Rouen et Aix-en-Provence qui sont plus généreuses, alors que les appels sont inexistant devant le Cour de Rennes considérée comme confirmant les plus souvent les décisions du FIVA (Rapport annuel du FIVA de 2007). Quatre Cours d'appel (Paris, Bordeaux, Douai, Caen) fixent les montants des préjudices les plus élevés. On notera l'attitude favorable de la Cour d'appel de Douai dans une moindre mesure, des Cours d'appel de Bordeaux et de Pau, notamment sur le préjudice patrimonial (la Cour de Douai double la valeur du point d'incapacité retenue par le FIVA mais confirme plus volontiers les postes extrapatrimoniaux, y compris lorsqu'il n'est retrouvé aucun préjudice indemnisable ; la Cour d'appel de Rouen propose un niveau élevé d'indemnisation du préjudice moral). Dans ces 6 % d'offres du FIVA contestées devant la Cours d'appel, les indemnités obtenues sont dans 77 % des cas majorées, d'après le président du FIVA en Avril 2008.

L'étude du montant des majorations fixé par les Cours d'appel en 2007 fait apparaître que les demandes en provenance des ayants droits sont davantage prises en considération par les cours que pour les victimes vivantes.

En ce qui concerne les préjudices extrapatrimoniaux, les Cours d'appel, dans la moitié des cas, n'accordent aucune (ou une très faible) majoration. En revanche, dans 35 % des cas une majoration de plus de 50 % est accordée, principalement par la Cour d'appel de Paris devant laquelle un cinquième des offres du FIVA sont contestées (Rapport annuel du FIVA de 05-2006). Rapelons que l'appréciation du quantum relève de la compétence souveraine du juge du fond, ce que confirme la Cour de cassation saisie sur ce point.

Le FIVA reste à 90 % la voie privilégiée par les victimes pour obtenir une réparation (Rapport annuel du FIVA de 2007).

Si FIVA et TASS s'accordent sur un écart important entre l'indemnisation moyenne des maladies bénignes et celle des maladies malignes, il apparaît, pour les maladies, qu'aucune jurisprudence tendant à tenir compte de l'âge des victimes et du préjudice subi ne se dégage, contrairement au barème du FIVA qui prend ces critères en considération.

Pour des situations analogues les indemnisations accordées suite à des actions en faute inexcusable de l'employeur sont en général plus importantes que celles octroyées par le FIVA. Mais ceci n'est pas le cas dans toutes les régions et la situation peut évoluer lorsque les magistrats changent.

Il n'en demeure pas moins que le taux d'indemnisation par le FIVA est globalement inférieur de 40 %, ce qui peut expliquer par le fait que le FIVA ait choisi de limiter l'indemnisation aux préjudices actuels et objectivables, toute aggravation étant susceptible d'un nouvel examen alors que les juridictions peuvent être amenées à prendre en compte le risque d'aggravation et à l'indemniser immédiatement (toutefois, pour les maladies malignes, le FIVA se rapproche de plus en plus des juridictions).

γ. Procédure de reconnaissance d'exposition à l'amiante par le FIVA

Le « non panachage » c'est-à-dire l'obligation pour la victime ou l'ayant droit de présenter au FIVA une demande d'indemnisation englobant tous les préjudices a été confirmé par la Cour de cassation, dans un arrêt du 21 décembre 2006, qui a validé la position des Cours d'appel de Metz, Rennes, Douai et Aix en Provence.

La loi créant le FIVA a laissé une option à la victime : soit elle s'adresse au FIVA pour TOUS ses préjudices, soit elle s'adresse au tribunal. Elle ne peut diviser sa demande, par exemple, le préjudice physique au FIVA et le préjudice moral au Tribunal. La Cour de cassation rappelle que le législateur ayant voulu que la victime opte entre l'indemnisation par le FIVA ou par le tribunal des affaires de sécurité sociale, la victime qui a choisi de saisir le FIVA, ne peut diviser sa demande qui doit englober l'ensemble des préjudices subis (arrêt du 21.12.06 de la 2^e chambre civile de cour de cassation : Mme Gergaud).

La victime de l'amiante doit présenter au fonds une demande d'indemnisation accompagnée de pièces jus-

tificatives, notamment un certificat médical attestant la maladie et de tout document de nature à établir la réalité de l'exposition à l'amiante.

Elle demande en même temps le formulaire de demande d'indemnisation au FIVA.

γ 1. Le formulaire de demande d'indemnisation

Afin de constituer leur dossier, les victimes doivent remplir le formulaire déposé sur le site Internet ou obtenu par courrier en y joignant un certificat médical établissant le constat d'une maladie de l'amiante.

Pour une demande d'indemnisation par les ayants droits, ceux-ci doivent adresser en même temps une copie du certificat de décès ainsi que tout document de nature à établir le lien entre la maladie résultant de l'exposition à l'amiante et le décès.

Toutes les demandes d'indemnisation doivent être présentées au moyen d'un formulaire disponible sur simple appel téléphonique (numéro vert : 0800500200) ou par courrier auprès du FIVA (FIVA, 94.682 Vincennes Cedex), ou sur le site Internet du FIVA (www.fiva.fr).

Le formulaire, qui comprend également un questionnaire sur l'exposition à l'amiante complété par la victime (ou ses ayants droit), doit être retourné directement par celle-ci au FIVA (voir encadré 5).

La victime justifie de l'exposition à l'amiante soit par la reconnaissance d'une maladie professionnelle soit par le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et mentionnée sur une liste établie par arrêté (le mésothéliome, les plaques calcifiées ou non...).

Afin d'assurer une coordination sur le plan des procédures, la loi prévoit que le demandeur doit informer le Fonds des procédures contentieuses engagées par ailleurs pour obtenir réparation.

γ 2. Cas où l'origine professionnelle de la maladie a déjà été reconnue

Dans un souci d'alléger la charge de la preuve de l'exposition pour la victime ou ses ayants droit, le législateur a prévu que la reconnaissance d'une maladie professionnelle soit suffisante pour valoir justification de l'exposition à l'amiante.

Cette reconnaissance vaut justification de l'exposition à l'amiante. Dans ce cas, le formulaire doit être seulement accompagné de la décision de reconnaissance de la CPAM ou de l'organisation adéquate de Sécurité sociale.

La reconnaissance de la maladie professionnelle par la sécurité sociale s'impose au FIVA. Le 21 décembre 2006, la Cour de Cassation a décidé que, lorsque la maladie avait été reconnue par la sécurité sociale, cette décision impose au FIVA qui ne peut pas alors saisir la Commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante pour qu'elle donne son avis sur le lien entre la maladie et l'exposition professionnelle.

γ 3. Cas où la maladie est susceptible d'être d'origine professionnelle mais non encore reconnue

Lorsque l'origine professionnelle de la maladie est susceptible d'être reconnue, le formulaire de demande au FIVA doit être accompagné, d'un certificat médical attestant cette maladie (établi par un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en oncologie) et attestant le lien entre l'affection et l'activité professionnelle.

Dans ce cas, et en l'absence de déclaration préalable de maladie professionnelle par la victime, le FIVA saisit la CPAM ou l'organisme de sécurité sociale compétent. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle et suspend le délai imparti au FIVA pour présenter une offre au demandeur. La CPAM dispose, selon les règles habituelles d'un délai de trois mois, renouvelable une fois, si une enquête complémentaire est nécessaire pour traiter la demande.

γ 4. Cas où la maladie du demandeur est réputée provoquée par l'amiante

Dans un souci d'alléger la charge de la preuve de l'exposition pour la victime ou ses ayants droit, le législateur a prévu que la reconnaissance d'une maladie professionnelle soit suffisante pour valoir justification de l'exposition à l'amiante.

Le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par l'arrêté interministériel du 5 mai 2002 paru au Journal Officiel du 5 mai 2002 vaut également justification, pour le FIVA, de l'exposition. Dans ce cas, le formulaire doit être seulement accompagné d'un certificat médical attestant cette maladie, établi par un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en oncologie.

Les maladies listées par l'arrêté du 5 mai 2002 sont :

- 1° Mésothéliome malin primitif de la plèvre, du péritoine, du péricarde et autres tumeurs pleurales primitives.

Encadré 5

Reproduction du formulaire de demande d'indemnisation envoyé au FIVA

Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Formulaire de demande d'indemnisation - Victime

Veuillez remplir ce document, le dater, le signer et joindre les pièces indiquées :

— Identification

* Nom et prénom : ...
* Nom de jeune fille : ...
* Adresse : ...

* Date de naissance : ...
* Lieu de naissance : ...

* N° de téléphone ...

— Renseignements sur votre situation

* Protection sociale

- Nom et adresse de la caisse de sécurité sociale dont vous dépendez : ...
- Numéro d'immatriculation : ...

* Mutuelle ou autre organisme de prévoyance

- Nom et adresse de l'organisme complémentaire auquel vous êtes affilié : ...
- Numéro d'affiliation : ...

* Votre maladie est-elle reconnue en maladie professionnelle ?

* Votre maladie n'est pas reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante mais cette maladie figure-t-elle sur la liste des maladies spécifiques dont le constat vaut également justification de l'exposition à l'amiante ?

* Votre maladie n'est pas reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante et ne figure pas sur la liste des maladies spécifiques dont le constat vaut également justification de l'exposition à l'amiante ?

* Divers

- Avez-vous intenté une action en justice en vue d'une indemnisation ? OUI NON
- Dans l'affirmative, à quelle date et devant quel tribunal ? : ...
- Avez-vous été indemnisé par un tribunal ou par votre employeur ?
- S'agit-il d'une première demande ? d'une aggravation ? d'une nouvelle maladie ?
- Demandez-vous le versement d'une provision sur indemnité ? OUI NON

— Pièces à joindre

- Si votre maladie a été reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante, joindre la décision de la caisse primaire d'assurance maladie ou de l'organisation spéciale de Sécurité sociale reconnaissant l'origine professionnelle de votre maladie ;
- Si votre maladie n'est pas reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante mais que cette maladie figure sur la liste des maladies spécifiques (mentionnée au verso du présent formulaire), joindre un certificat médical attestant votre maladie établi par un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en oncologie ;
- Si votre maladie n'est pas reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante et ne figure pas sur la liste des maladies spécifiques, joindre un certificat médical attestant la maladie ainsi que tous les documents de nature à établir la réalité de l'exposition à l'amiante, professionnelle ou environnementale.

Fait à : ...

Le : ...

Signature : ...

2° Plaques calcifiées ou non, péricardiques ou pleurales, unilatérales ou bilatérales, lorsqu'elles sont confirmées par un examen tomodensitométrique.

γ 5. Les autres cas (maladie non professionnelle et non spécifique)

Lorsque la maladie n'est pas susceptible d'avoir une origine professionnelle et qu'elle ne figure pas dans l'arrêté du 5 mai 2002, le formulaire de demande d'indemnisation doit être accompagné d'un certificat médical attestant la maladie et de tous les documents de nature à établir la réalité de l'exposition à l'amiante nécessaires à l'étude par la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante du FIVA.

Lorsque le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante n'est pas présumé établi, le dossier est transmis à la Commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante.

Cette commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante, composée de médecins et de personnes compétentes dans l'appréciation du risque lié à l'exposition à l'amiante, est chargée de déterminer si la pathologie de la victime est due à une exposition à l'amiante.

Cette commission a reconnu le lien entre la pathologie présentée par la victime et l'exposition à l'amiante dans 31 % des cas en 2007.

Les pathologies reconnues sont constituées par les cancers broncho-pulmonaires primitifs, les épaississements et épanchements pleuraux, les cancers du larynx, les tumeurs pleurales primitives.

γ 6. La prescription de la demande d'indemnisation

La LFSS pour 2001, votée en décembre 2000 et créant le FIVA, n'a pas prévu de prescription pour les dossiers des victimes de l'amiante. Le Conseil d'administration (CA) du FIVA a donc, par une délibération du 28 mars 2003, voté une durée de prescription de 4 ans.

Cette durée n'a pas été choisie au hasard : 4 ans, représente la durée de prescription des créances publiques (loi du 31 décembre 1968).

La majorité du CA qui a adopté cette disposition s'est appuyée sur l'argument suivant : le FIVA étant un établissement public, cette durée devait lui être appliquée.

Elle n'a donc pas tenu compte de la fonction du FIVA qui est de se substituer aux juridictions civiles pour réparer les dommages des victimes de l'amiante. En toute logique, on aurait pu appliquer au régime de la pres-

cription les dispositions de l'article 2262 du code civil, lequel prévoit une prescription trentenaire pour toutes les actions en indemnisation.

Au passage, on ne manquera pas de remarquer que l'indemnisation accordée par le FIVA ne présente pas les caractéristiques d'une créance publique : le FIVA est seulement un intermédiaire entre la victime qu'il indemnise et le responsable du dommage qu'il doit, au terme de la loi, poursuivre devant les juridictions civiles afin de récupérer l'indemnisation versée à la victime.

Les dossiers dont le point de départ du délai de prescription (la consolidation ou le décès) est antérieur au 1^{er}.01.04, et arrivés après le 31-12-2007 ne sont plus alors recevables à l'indemnisation par le FIVA.

Les demandes d'indemnisation dont le point de départ du délai de prescription (la consolidation ou le décès) est antérieur au 1^{er}.01.05 doivent parvenir au FIVA avant le 1^{er}.01.09 à 00h00.

On peut certes estimer que bon nombre de ces cas ont été informés des possibilités d'indemnisation et ont fait valoir leurs droits auprès du Fonds. C'est le cas pour les victimes adhérentes des associations de défense. C'est beaucoup moins vrai s'agissant des autres victimes. Ainsi, il n'est pas rare que des familles isolées mettent du temps à se décider d'effectuer la demande d'indemnisation. Mais l'essentiel du problème réside dans le fait qu'un grand nombre de victime déjà indemnisé par le FIVA ne l'ont été que d'une partie des préjudices aujourd'hui indemnifiables. Elles sont donc fondées à demander le complément de leur indemnisation et pour la majorité d'entre elles, elles devront le faire avant la date du 31 décembre 2008.

8. La procédure d'indemnisation par le FIVA

δ 1. Le traitement du dossier d'indemnisation par le FIVA

Dans les 15 jours de la réception de la demande d'indemnisation de la victime, le FIVA adresse un accusé de réception. Il indique alors si le dossier est recevable et s'il ne l'est pas, il demande les pièces complémentaires. A réception du dossier, le FIVA dispose de 15 jours pour demander un complément de dossier.

Le cas échéant, il adresse à la victime un questionnaire sur les circonstances d'exposition à l'amiante afin d'établir le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante.

Si l'état de la victime nécessite une expertise médicale, le FIVA prend l'initiative de faire examiner la victime à ses frais par un médecin pour évaluer le préjudice correspondant. Le coût des expertises sera à la charge du FIVA.

La victime est avisée au moins 15 jours avant l'examen médical de la date et du lieu de l'examen, de l'identité des titres du médecin et de l'objet de l'examen.

Les frais de déplacement et la perte de salaire ou de gain, sont à la charge du FIVA.

La victime peut bien sûr se faire assister du médecin de son choix.

La victime peut bien sûr solliciter auprès de l'expert en cas d'empêchement une autre date d'examen.

La mission d'expertise émanant du FIVA demande d'analyser dans une discussion précise et synthétique l'imputabilité entre la maladie occasionnée par l'amiante, les lésions initiales et les séquelles invoquées, en se prononçant sur :

- la réalité de la pathologie liée à l'amiante, en précisant la nature
- La réalité de l'état séquellaire
- L'imputabilité directe et certaine des séquelles de la maladie et en précisant l'incidence éventuelle d'un état antérieur ou d'une pathologie intercurrente.

La mission demande également de décrire les souffrances physiques et psychiques endurées du fait de la maladie avec les différentes étapes de l'évolution dans la mesure où elles n'entraînent pas de déficit fonctionnel proprement dit. Cette mission précise également que seule la méthode descriptive doit être utilisée.

Il est précisé de donner également un avis sur la nature et l'importance du dommage esthétique (indépendamment de l'atteinte fonctionnelle), de même qu'au niveau des répercussions sur les activités d'agrément de la vie courante.

L'expert adresse copie de son rapport à la victime dans les 20 jours.

Le FIVA peut également demander de passer des examens médicaux. Ces examens médicaux seront à la charge du FIVA.

82. L'offre d'indemnisation du FIVA

Le FIVA, qui doit répondre dans les 6 mois à compter de la demande d'indemnisation, dispose de 3 options :

- faire une offre
- n'en faire aucune
- ou opposer un refus de l'indemnisation.

En l'absence d'offre dans le délai de 6 mois, cette absence constituant une décision implicite de rejet par le FIVA, les demandeurs disposent de 2 mois pour faire appel comme en cas de refus de demande d'indemnisation.

Après instruction du dossier, le FIVA fait une offre d'indemnisation dans un délai de 6 mois à compter de la demande (9 mois la première année de mise en oeuvre du dispositif) s'il l'estime fondée (art 53-IV de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 3001 modifié par la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art 52 II. En cas de transmission du dossier à la Caisse primaire de Sécurité Sociale pour reconnaissance de maladie professionnelle, ce délai sera suspendu jusqu'à la date de décision de l'organisme de Sécurité sociale. L'organisme de Sécurité sociale doit prendre sa décision pour la reconnaissance de maladie professionnelle dans un délai de 3 mois renouvelable une fois. Faute de décision dans ce délai, le FIVA dispose d'un délai de 3 mois supplémentaires pour statuer.

Les décisions sont prises après étude du dossier de demande d'indemnisation. Si les conditions requises sont remplies, le Fonds devra proposer une offre d'indemnisation précisant l'évaluation de l'indemnisation retenue pour chaque chef de préjudice, ainsi que la part d'indemnités versée effectivement par le Fonds, eu égard aux prestations déjà reçues du fait des atteintes à la personne ou des indemnités de toutes natures déjà perçues ou à percevoir, de la part des autres débiteurs (article 29 du la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et l'accélération des procédures d'indemnisation).

L'offre d'indemnisation du FIVA indiquera l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice :

- les préjudices financiers
- les frais engagés pour soigner la victime, restés à sa charge (hospitalisation, chirurgie, pharmacie, rééducation, etc.)
- les salaires ou revenus que la victime auraient perçus si elle n'avait pas été malade. Si la victime n'exerçait pas d'activité rémunérée, des indemnités forfaitaires peuvent lui être proposées

- l'IPP déterminée par l'expert
- le préjudice personnel
- les souffrances endurées physiques et psychiques
- les autres préjudices (d'agrément, préjudice esthétique...).

La proposition d'indemnisation du FIVA tiendra compte des sommes que l'intéressé a déjà perçues (prestations versées par la Caisse d'assurance maladie, indemnités journalières de maladie ou prestations d'invalidité versées par des mutuelles, des institutions de prévoyance, des assureurs, rémunération maintenue par l'employeur pendant la période d'une activité...). Lorsque la victime perçoit une rente au titre de sa maladie professionnelle par un organisme de sécurité sociale, celle-ci vient en déduction de la rente du FIVA. La somme est versée par le FIVA sous déduction de l'indemnisation (capital ou rente) versée par la Sécurité sociale à la victime ou à l'ayant droit.

Cela signifie que le FIVA ne verse effectivement que le complément, s'il y en a un (c'est-à-dire si la rente du FIVA est supérieure à celle de l'organisme de sécurité sociale. Deux solutions sont possibles :

- soit l'indemnisation de la sécurité sociale est supérieure à celle proposée par le FIVA et le FIVA ne verse pas de complément
- soit l'indemnisation proposée par le FIVA est supérieure à celle de la sécurité sociale et celui-ci verse un complément.

La victime a ainsi la garantie de disposer d'un montant au moins équivalent à celui du FIVA.

Lorsque la victime a le droit à plusieurs rentes au titre du FIVA, c'est la somme des rentes (préjudice d'incapacité, préjudice professionnel, tierce personne) qu'il faut comparer à la rente versée par l'organisme de sécurité sociale.

Le FIVA indique le montant de l'indemnisation proposé pour chaque chef de préjudice.

A titre d'exemple, si la rente de sécurité sociale en maladie professionnelle est inférieure à la rente du barème du FIVA : rente FIVA de 6.000 € et rente de sécurité sociale de 5.000 €, la victime touchera 5.000 € par la sécurité sociale et 1.000 € par le FIVA.

Si la rente de la sécurité sociale est supérieure à la rente du barème FIVA : rente du FIVA de 6.000 € et une rente de sécurité sociale de 8.000 €, la victime touchera

8.000 € par la sécurité sociale et pas de complément par le FIVA.

Dans tous les cas, le FIVA indemnisera néanmoins les préjudices extrapatrimoniaux (souffrances physiques et morales, perte de la qualité de vie...) qui seront toujours versés sous forme de capital.

La déduction des prestations sociales en soustraction de la rente du FIVA au titre du préjudice patrimonial, pour le calcul de l'indemnisation due par le FIVA, doit se faire période par période, pour les arriérés d'abord, pour la rente future ensuite. Ceci a été établi par l'arrêt Duquennoy de la Cour de Cassation rendu le 26 décembre 2006 (et confirmé les 21 décembre 2006 et 15 février 2007 notamment).

Exemple de calcul de la déduction des prestations sociales :

Considérons le cas d'un homme de 50 ans avec : 17,936 pour coefficient de la capitalisation (FIVA), une date de première constatation médicale de sa pathologie le 1^{er} janvier 2005 (date prise en compte le calcul FIVA), un certificat médical initial du 1^{er} janvier 2006 (date prise en compte pour le calcul de la rente de la Sécurité sociale au titre de la maladie professionnelle). La Sécurité sociale lui octroie un taux d'IPP de 15 %, et lui verse une rente annuel de 1200 euros (le montant n'est pas réaliste). Le FIVA lui accorde une IBF (incapacité barème FIVA) de 10 %, avec une rente de 903 euros par an (rente 2007).

Calcul des arriérés :

Pour la sécurité sociale, le 1^{er}/01/06 au 1^{er}/01/07 : 1200 €.

Pour le FIVA, du 1^{er}/01/05 au 1^{er}/01/07 : 903 x 2 = 1806 €.

Capitalisation des rentes pour l'avenir :

Pour la sécurité sociale, 1200 x 17,396 = 21.523,20 €.

Pour le FIVA, 903 x 17,936 = 16.196,20 €.

Auparavant, le FIVA procérait ainsi :

Total sécurité sociale (arriérés + rente capitalisée) : 1.200 + 21523.20 = 22723.20 €.

Total FIVA (arriérés + rente capitalisée) : 1806 + 16196.20 = 18002.20 €.

Le solde du FIVA est inférieur au solde Sécurité sociale donc le FIVA n'a rien à verser au titre du préjudice patrimonial.

Depuis l'arrêt Duquennoy de la Cour de Cassation, le FIVA doit procéder ainsi :

Comparaison des arriérés : 1806 euros (FIVA) - 1200 euros (sécu) = 606 euros.

Cette somme doit être versée par le FIVA.

Comparaison des rentes capitalisées pour l'avenir : 21523.20 euros (rente maladie professionnelle de la Sécurité sociale) est une somme supérieure à celle versée par le FIVA soit 16196.20 euros.

Le FIVA ne verse donc rien à ce titre.

Dans cette situation, le FIVA serait amené à verser 606 euros en réparation du préjudice patrimonial.

L'offre est notifiée par le directeur du FIVA par lettre recommandée avec accusé de réception. Il faut relever qu'une indemnisation est proposée même en l'absence de consolidation.

Les demandeurs (victimes ou leurs ayants droit) se trouvant dans l'une des deux situations valant, à l'égard du FIVA, justification de l'exposition à l'amiante (maladie professionnelle reconnue ou maladie figurant sur la liste faisant partie des maladies dont le constat vaut justification de l'exposition à l'amiante) peuvent obtenir, sur demande de leur part auprès du FIVA, le versement d'une provision. Le FIVA a alors un mois pour statuer à partir de la réception de la demande de provision. Le montant des provisions à titre d'acompte dans l'attente de l'indemnisation globale est fixe. A titre d'exemple, au 01.06.05 une victime atteinte de mésothéliome touchera 35.000 € de provision, une victime ayant une plaque pleurale, 4.000 €. Le conjoint survivant d'une personne décédée de l'amiante touchera 13.000 € de provision, un enfant mineur 8.000 €, un enfant majeur 5.000 €.

Pour le Fonds, le point de départ de l'indemnisation est la date des premières manifestations cliniques, pour les pathologies bénignes et la date du diagnostic anatomo-pathologique pour les pathologies malignes.

Bien sûr, en cas d'aggravation de la maladie, le FIVA, sur nouvelle demande, ouvre à nouveau le dossier et propose un complément d'indemnisation.

83. L'acceptation de l'offre

Si l'offre du Fonds est acceptée, celui-ci dispose de deux mois pour verser les indemnités.

Le taux d'acceptation des offres du Fonds est de 95 % selon le rapport d'activité du FIVA de juin 2004 / mai 2005. L'acceptation de l'offre du FIVA rend irrecevable

tout autre action juridictionnelle en réparation du même préjudice. Même si la victime estime après coup avoir été insuffisamment indemnisée, il n'a pas de recours possible si l'offre du FIVA a été acceptée (article 53-IV de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 modifié par la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002).

Surtout l'acceptation de l'offre par la victime vaudra désistement des actions juridictionnelles en indemnisation. La victime ne pourra plus ainsi intenter un recours pour faute inexcusable de l'employeur devant le TASS. Il ne pourra plus solliciter une indemnisation auprès des juridictions pénales. Elle pourra néanmoins saisir la juridiction pénale pour demander une condamnation du responsable de l'infraction. Cette indemnisation se substituera donc à celle accordée par les CIVI. Le Fond peut donc intervenir à titre principal, tant devant les juridictions civiles (notamment dans le cadre d'une action en reconnaissance en maladie professionnelle ou de faute inexcusable de l'employeur), que devant les juridictions pénales.

Après avoir indemnisé la victime, il dispose de la possibilité de se retourner contre l'auteur réel du dommage s'il existe, ou contre la personne tenir de la réparer (recours subrogatoire vis-à-vis de l'employeur, de la Sécurité Sociale).

Le fonds pourra ainsi agir en justice à la place de la victime afin de se faire rembourser. Il peut également user de toutes les voies de recours qui auraient pu être exercées par la victime. Le FIVA exerce ainsi l'action subrogatoire, à concurrence des sommes versées, contre le responsable du dommage causé, notamment par la procédure de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur. Une difficulté a surgi, l'articulation entre les actions subrogatoires du FIVA et l'indemnisation complémentaire des victimes ou de leur ayants droit n'étant pas toujours résolue de manière uniforme. En effet, si l'acceptation de l'offre du FIVA vaut désistement de toute action, le FIVA est subrogé à hauteur des sommes qu'il a versées, mais il doit faire une offre dans les mêmes conditions si une indemnisation complémentaire est susceptible d'être accordée dans le cadre d'une procédure pour faute inexcusable de l'employeur (article 53-4 alinéa 2 de la loi du 23 décembre 2000). De plus, la portée du désistement de la victime n'est pas appréciée de manière uniforme par toutes les juridictions, certaines (TASS de Marseille et de Nantes, Cour d'appel de Paris) estimant que l'acceptation d'une offre n'empêche pas de se maintenir dans le cadre de la reconnaissance de la faute inexcusable pour obtenir la majo-

ration de la rente, d'autres analysant l'acceptation comme un désistement d'action global, position confirmée a contrario par une décision du Conseil Constitutionnel du 19 décembre 2000 et par un arrêt de la Cour d'appel de Rennes du 18 mai 2005 (décision n° 156/05 FIVA c/ X* et Chantiers de l'Atlantique), estimant que l'accord signé avec le Fonds valant désistement des actions juridictionnelles en cours et renonciation à toute action juridictionnelle future en réparation du même préjudice, les consorts X ne sont plus recevables à agir devant la Cour d'appel.

Cette même décision ayant rejeté comme irrecevable la demande du fonds tendant à fixer la majoration de rente, a été cassé sur ce seul point par la Cour de cassation (pourvoi n° 05-16807 de la 2^e Chambre civile de la Cour de Cassation du 31-05-2006), qui a fixé en l'espèce la majoration de rente au maximum.

Les jurisprudences contraires (TASS de Marseille et de Nantes, Cour d'appel de Paris) devront donc être reconsidérées.

Le FIVA a la possibilité de recouvrer les sommes versées aux victimes ou ayant droit lorsqu'il s'agit de fonctionnaire au titre de l'arrêt Moya-Caville (arrêt du Conseil d'état du 04.07.03).

La victime ou ses ayants droit demeurent libres de ne pas saisir le Fond et d'engager des actions en justice en droit commun. La voie judiciaire reste utilisée par les victimes désirant voir condamner (même symboliquement) leur employeur, lorsque la faute inexcusable semble acquise devant le TASS, ce qui permet avec certitude d'obtenir la majoration de la rente alors que le FIVA n'offre cette majoration qu'après avoir entrepris un recours subrogatoire. Les deux démarches peuvent être cumulées, d'une part devant le TASS (pour le salarié victime d'une maladie professionnelle liée à l'amiante), et d'autre part devant le FIVA.

Les salariés victimes de l'amiante peuvent donc choisir entre deux stratégies : soit s'adresser au FIVA, soit se retourner contre l'employeur considéré comme responsable.

Si l'offre d'indemnisation du FIVA ne paraît pas suffisante aux salariés, ils pourront donc tenter d'obtenir davantage par une action en justice contre l'entreprise.

Il convient de souligner que par l'arrêt de la Cour de Cassation du 28 février 2002, en cas de décès des victimes, les droits des héritiers sont reconnus devant les tribunaux; il se verront donc transférer les droits de la

victime, qu'il s'agisse de la majoration de la rente ou de la réparation des autres préjudices.

En cas d'aggravation, l'indemnisation, tant pour les préjudices économiques que pour les préjudices personnels, est révisée en fonction de l'évolution de l'incapacité.

En revanche, lorsqu'il estime que les conditions légales ne sont pas remplies, le FIVA notifie son refus au demandeur par lettre recommandée avec accusé de réception et lui en expose les motifs (décret n°2001-963 du 23 octobre 2001). Il doit lui indiquer également les délais et voies de recours contre cette décision (2 mois à compter de la notification de l'offre d'indemnisation ou du refus d'indemnisation).

Le recours est limité à 3 hypothèses : si la demande d'indemnisation a été rejetée par le FIVA, si l'offre n'a pas été présentée dans les six mois ou si l'offre du FIVA a été refusée.

84. Le refus de l'offre

Face à la proposition du FIVA, la victime peut refuser l'offre qui lui a été faite et la contester en justice devant la Cour d'Appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur, et ce, dans un délai de deux mois. Ce délai court à partir de la notification, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, de l'offre d'indemnisation ou du constat établi par le Fonds que les conditions d'indemnisation ne sont pas réunies.

Bien qu'étant un établissement public, les recours ne s'exercent pas devant les juridictions administratives mais devant les juridictions judiciaires (Cours d'appel).

Il convient de noter qu'entre 0 et 10 %, la valeur du point d'IPP est inférieure à cette même valeur d'1 % du taux d'IPP entre 11 % et 100 %. La plupart des indemnisations concernent des taux d'IPP entre 0 et 10 %. Ceci constitue un argument pour contester la valeur de l'indemnisation proposée par le FIVA devant les tribunaux puisque l'on peut considérer que la valeur des petits taux est biaisée.

Anne Guégan-Lécuyer (Dalloz, 2005, n°8, p. 531-5) a étudié des recours après refus des offres d'indemnisation du FIVA. Certaines Cours d'appel considèrent que le barème du FIVA n'est pas équitable car il n'est pas linéaire. Elles estiment qu'un point d'invalidité doit avoir la même valeur quelle que soit l'invalidité. Cette prise en compte de la linéarité a pour effet de doubler la rente du FIVA pour les petits taux.

Certaines Cours d'appel ont jugé les offres d'indemnisation insuffisantes et ont prononcé des montants supérieurs à ceux initialement offerts par le FIVA, que ce soit pour le montant de la rente, le préjudice d'agrément, le souffrances endurées mais aussi pour le préjudice esthétique (lié aux cicatrices et à l'amaigrissement important). Il est mis en avant la connaissance d'un pronostic désastreux pour le mésothéliome, mais aussi la nécessité d'un suivi médical génératrice d'angoisse et la crainte subjective d'une apparition possible de maladies plus grave pour les porteurs de plaques pleurales. Les offres diffèrent d'une Cour d'appel à l'autre, la CA de Paris étant réputée l'une des plus généreuses, avec des sommes allouées allant jusqu'à 48.000 euros pour les plaques pleurales. Les sommes attribuées peuvent donc être augmentées après un recours devant une Cour d'appel. Malgré ces réserves, toute action devant la justice se fait au prix d'une procédure souvent longue. Accepter une offre du FIVA, c'est se voir octroyer une indemnisation intégrale et rapide, d'autant que les victimes de pathologie cancéreuse liée à l'aimanté sont souvent décédées avant la fin de leur procédure. Si l'offre est jugée manifestement insuffisante, il est toujours possible de faire un recours devant la Cour d'appel. Le FIVA reste la solution préférée par les victimes.

Les décisions des Cours d'appel ne sont pas systématiquement favorables ou neutres dans le montant du préjudice évalué.

En effet la Cour de cassation a rejeté par 2 arrêts du 11.10.07, les pourvois fondés sur la contestation du montant de l'indemnisation fixé par des Cours d'appel en dessous de l'offre initiale de FIVA, l'une pour le préjudice d'agrément, et l'autre pour le préjudice moral.

En espèce pour le préjudice d'agrément, le FIVA a accordé 15.000 Euros, la Cour d'appel de Rouen le 22 Novembre 2006, 3.000 euros, (arrêt de la Deuxième Chambre civile de la Cour de cassation du 11 Octobre 2007, numéro 07-10.887) et pour le préjudice moral, le FIVA a accordé 16.300 euros et la Cour d'appel de Pau, le 7 Novembre 2006, 15 000 euros, (arrêt de la Deuxième Chambre civile de la Cour de Cassation du 11.10.07, numéro 07-10.097).

On remarquera que dans ces deux cas, le FIVA dans ses conclusions a incité la Cour d'appel à confirmer purement et simplement son offre.

Les recours sont traités par le Cour d'appel dans le ressort de laquelle le demandeur réside. La victime conteste devant la cour d'appel de Paris à défaut de domicile en France. Ensuite, un pourvoi devant la Cour de cassation est possible. Le refus de l'offre permet au

demandeur de conserver la possibilité d'agir, soit devant la Cour d'appel contre le Fonds, soit contre la personne qu'il estime responsable en reconnaissance de faute inexcusable, ou en responsabilité civile, ou devant le juge administratif à la recherche d'une responsabilité de l'Etat selon sa situation.

Les demandes d'indemnisation présentées pour la première fois en cause d'appel sont recevables. Une victime ou un ayant droit qui conteste l'offre du FIVA, peut ainsi demander l'indemnisation d'un préjudice qu'il n'avait pas demandé au FIVA (arrêt n°1278 de la 2^e Chambre civile de la Cour de cassation du 13.07.05 : Cts Mamy ; arrêt de la 2^e Chambre civile de la Cour de cassation du 18.01.06 n°117 F-D, n°116 F-D, n°118 F-D).

La Cour de cassation n'exige pas que tous les ayants droits saisissent la Cour d'appel en contestation de l'offre présentée par le FIVA. Il suffit que certains d'entre eux la saisissent pour que la contestation soit recevable (arrêt de la 2^e Chambre civile de la Cour de cassation du 25.10.05 : consorts Bourneuf).

L'arrêt de la Cour de Cassation Jaffry du 4 juillet 2007 estime que, lorsqu'il y a plusieurs ayants droit, il peut être fait appel de l'offre du FIVA devant n'importe laquelle des Cours d'appel dans le ressort desquelles se trouve le domicile des ayants droit. Tous les appels sont regroupés devant une même Cour d'appel. Il n'y a pas lieu à saisir impérativement la Cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le dernier domicile du défunt. Dans cette affaire, la Cour d'appel de Nouméa, ville où résidait un des ayants droit, a été déclarée compétente. Cette décision permet de « choisir », une Cour d'appel dont la jurisprudence est considérée comme plus favorable.

ε. Le calcul de l'indemnisation par le FIVA

Elle se base sur un barème spécifique au FIVA qui est indicatif. Le barème d'indemnisation est indicatif, autrement dit, chaque proposition d'indemnisation sera faite après analyse de la situation individuelle de la victime.

ε1. La victime est encore vivante

Conformément à la loi, les indemnités déjà versées par d'autres organismes (sécurité sociale, mutuelles, employeur...) pour la réparation des mêmes préjudices restent acquises aux victimes. En revanche, elles sont déduites de l'indemnisation calculée par le FIVA pour les mêmes préjudices.

Ainsi la victime a la garantie de disposer d'un montant au moins équivalent à celui du FIVA.

Le Conseil d'Administration du FIVA, en vertu d'une décision adoptée par le Conseil d'Administration du FIVA du 28 mars 2003, stipule que le préjudice fonctionnel ferait l'objet d'un versement en rente.

Le mode de versement de la rente future dépend de son montant annuel. Le montant pris en compte pour déterminer le mode de versement est le montant annuel total effectivement dû par le FIVA. Il est obtenu en additionnant les montants des postes de préjudices évalués en rente par le FIVA (préjudice d'incapacité, préjudice professionnel et tierce personne) et en déduisant, le cas échéant, de ce total le montant de la rente versée par l'organisme de sécurité sociale au titre de la maladie professionnelle.

si le montant annuel de la rente est inférieur à 500 euros, la rente est transformée en capital et le capital représentatif de la rente est versé en une seule fois ; le FIVA la capitalise selon sa propre table de capitalisation. Par exemple, le FIVA considère le prix de l'euro de rente à 51 ans (âge à la déclaration de la maladie) comme correspondant à 17,639 € en fonction de sa propre table de capitalisation.

Le principe est le versement d'une rente dès lors que la rente annuelle versée par le FIVA est supérieure à 500 €. En vertu d'une décision adoptée par le Conseil d'Administration du FIVA du 28 mars 2003 :

- si le montant annuel de la rente est compris entre 500 et 2000 euros, la rente est versée annuellement
- si le montant annuel de la rente est supérieur à 2000 euros, la rente est versée trimestriellement
- le Conseil d'Administration du FIVA, en vertu d'une décision adoptée par le Conseil d'Administration du FIVA du 28 mars 2003, distingue :
 - les préjudices patrimoniaux ayant un caractère répétitif dont l'indemnisation serait versée sous forme de rente, comme par exemple, le préjudice professionnel ou la tierce personne
 - les autres préjudices patrimoniaux dont l'indemnisation serait versée en capital, comme par exemple, les frais de soins (passés et futurs) restant à la charge du demandeur et les frais d'aménagement des locaux d'habitation ou du véhicule restant à la charge du demandeur.

Le calcul de l'indemnisation par le FIVA se base sur l'utilisation d'un barème spécifique adopté par le FIVA.

Face à la dispersion et à l'inégalité des décisions des tribunaux en fonction des régions, le barème spécifique adopté par le FIVA rétablit une équité dans l'indemnisation des victimes. L'existence de ce barème permet de garantir l'égalité de traitement entre les victimes et d'assurer une cohérence dans la prise en compte des différents préjudices.

Le montant annuel de la rente dépend uniquement du taux d'incapacité attribué par le FIVA. Contrairement à la rente d'incapacité du régime général de la sécurité sociale, la rente du FIVA est indépendante du salaire de la victime.

Le principe de l'indemnisation par le FIVA, comme en droit commun est que la date de départ de l'indemnisation est la date de constatation du dommage et que l'évaluation est faite au jour de l'offre.

L'indemnisation doit donc se décomposer entre l'arriéré de rente (pour la période entre la date de la constatation de la maladie et la date de l'offre) et la capitalisation de la rente future, évaluée au jour de l'offre, c'est-à-dire en prenant le prix de l'euro de rente correspondant à l'âge de la victime au jour de l'offre.

Les arriérés de rente, c'est-à-dire les sommes dues par le FIVA au titre de la rente pour la période allant du jour du constat médical au jour de l'offre, sont versés sous forme de capital en une seule fois.

Le barème du FIVA varie en fonction du taux d'IPP et de l'âge de la victime au moment de la reconnaissance de sa maladie.

Le barème du FIVA respecte une double logique, privilégier les victimes jeunes et celles atteintes de maladies graves.

Deux critères permettent au fonds d'établir la valeur de référence de l'indemnisation :

- la pathologie et son degré de gravité mesuré suivant un barème médical d'incapacité
- l'âge de la victime au moment de la constatation de la maladie.

L'indemnisation du FIVA varie en fonction de la gravité de la maladie et de l'âge. Plus l'incapacité est importante, plus la victime est jeune et plus l'indemnisation augmente.

Dans l'élaboration de ce barème, certaines particularités doivent être soulignées :

- Une table de capitalisation est nécessaire pour convertir, le cas échéant, le montant des rentes en capitaux (et inversement).

Le barème du FIVA prend en compte une table de capitalisation qui lui est propre et qui est calculée sur des paramètres actualisés (table de mortalité actuelle, taux d'intérêt conforme aux données économiques de 3,5 %).

Le tableau de conversion rente/capital est actualisé sur deux rubriques : l'espérance de vie et le taux d'intérêt réel connus en 2002. Il ne s'agit pas d'un tableau comme en droit commun remontant à près de 20 années.

Le prix de l'euro de rente est fixé par la table de capitalisation de conversion rente-capital suivant les projections démographiques de l'INSEE 2002, au taux de 3,5 % ci-dessous adoptée par le FIVA (voir tableau 1).

A titre d'exemple, imaginons une personne âgée de 57 ans dont la date de la maladie a été fixée à 6 ans et 4 jours (à l'âge de 51 ans) avant la date de l'offre par le FIVA.

L'arriéré de rente s'élève à une rente de 400 € pendant 6 ans et 4 jours :

$$400 \times 6 + 400 \times 4 / 365 = 2404,38 \text{ €.}$$

La capitalisation de la rente future se calcule sur la base de la rente de 400 € avec le prix de l'euro de rente à 57 ans : 15,719 € :

$$400 \times 15,719 = 6.287,60 \text{ €}$$

Le capital à verser par le FIVA au titre de l'incapacité est donc de $2.404,38 \text{ €} + 6.287,60 \text{ €} = 8.691,98 \text{ €.}$

— Le principe de l'indemnisation de l'incapacité par le FIVA est la rente viagère et non le capital, qui est uniquement une modalité de versement dans des cas particuliers. Le préjudice d'incapacité est évalué sous forme de rente.

Les rentes versées par le FIVA sont réévaluées automatiquement au 1^{er} janvier de chaque année : elles sont indexées sur l'inflation (plus précisément sur l'inflation prévisionnelle hors tabac corrigée des écarts constatés, en référence à l'article L.161-23-1 du Code de la sécurité sociale). Le tableau calculant la rente annuelle accordée par le FIVA en euros en fonction du taux d'incapacité en pourcentage, est modifié chaque année en tenant compte de l'inflation.

Le montant (en euros) de la rente d'incapacité du FIVA en fonction du taux d'incapacité est donné en annexe pour 2003 et 2007 (voir tableaux 2 et 3).

Concernant les IPP de 5 %, les décisions des tribunaux sont dispersées dans une fourchette de 7.622 € pour une victime de 56 ans, à 46.000 € (victime de 57 ans).

Concernant les IPP à 100 %, elles ont été de 149.850 € pour une victime âgée de 48 ans à 312.000 € pour une victime âgée de 40 ans.

Ces montants ne sont pas des sommes nettes, il faut y retrancher le coût de la procédure qui peut atteindre 20 % du total. Les offres d'indemnisation du FIVA seront, quant à elles, des montants nets.

ε.1.1. Le calcul de l'IPP

L'évaluation de l'incapacité fonctionnelle s'établit à partir d'un barème médical spécifique différent du barème de la Sécurité sociale.

Elle repose sur une approche par point.

Il est fixé une valeur du point de rente linéaire légèrement croissante (facteur 1 à 2 entre 5 et 100 %) dont la valeur est de 80 €, à 5 % ; et de 160 € à 100 %.

L'indemnisation de l'incapacité par le FIVA est servie sous forme de rente dont la valeur est croissante en fonction du taux d'incapacité. Par exemple, pour une incapacité de 100 %, la rente est de 16.240 € par an en 2004.

Il convient de signaler que l'indemnisation par le FIVA du préjudice patrimonial est très souvent inférieure à une indemnisation par une rente accident du travail au titre de l'IPP notamment si elle est majorée en cas de reconnaissance de la cause inexcusable (voir tableau 4).

Le calcul de l'IPP s'opère en fonction des éléments suivants :

— Certaines lésions anatomiques autres que cancéreuses se voient reconnaître automatiquement un taux d'IPP (fibrose, plaques pleurales, épaississements pleuraux, asbestose...).

Un taux de base est défini en fonction des lésions anatomiques. Il est de 5 % pour les plaques pleurales, de 8 % pour les épaississements pleuraux et de 10 % pour les asbestoses. La France est le seul pays qui indemnise les plaques pleurales, qui peuvent être considérées comme un marqueur de l'exposition mains n'entraînant pas de symptomatologie. Cependant, ce marqueur peut être source d'angoisse pour la personne qui sait avoir été exposée et est menacée par une pathologie grave telle qu'un mésothéliome.

L'insuffisance respiratoire chronique se voit également affecter un taux d'IPP en fonction de son importance. De même les cancers se voient affecter un pourcentage propre.

Tableau 1.

Age en années	Prix d'un euro de rente viagère	Age en années	Prix d'un euro de rente viagère	Age en années	Prix d'un euro de rente viagère
16	24,751	56	16,058	96	2,221
17	24,627	57	15,719	97	2,070
18	24,502	58	15,378	98	1,952
19	21,375	59	15,030	99	1,921
20	24,244	60	14,677	100	1,920
21	24,111	61	14,320	101	1,918
22	23,973	62	13,953	102	1,916
23	23,831	63	13,582	103	1,911
24	23,683	64	13,205	104	1,905
25	23,531	65	12,826	105	1,895
26	23,373	66	12,438	106	1,879
27	23,210	67	12,048	107	1,856
28	23,042	68	11,651	108	1,821
29	22,867	69	11,247	109	1,768
30	22,688	70	10,843	110	1,687
31	22,503	71	10,437	111	1,563
32	22,312	72	10,025	112	1,376
33	22,115	73	9,610	113	1,091
34	21,912	74	9,189	114	0,658
35	21,705	75	8,771		
36	21,492	76	8,352		
37	21,272	77	7,930		
38	21,049	78	7,514		
39	20,821	79	7,096		
40	20,584	80	6,693		
41	10,344	81	6,294		
42	20,099	82	5,907		
43	19,850	83	5,539		
44	19,594	84	5,175		
45	19,332	85	4,827		
46	19,064	86	4,494		
47	18,793	87	4,179		
48	18,514	88	3,881		
49	18,227	89	3,606		
50	17,936	90	3,344		
51	17,639	91	3,103		
52	17,337	92	2,889		
53	17,027	93	2,685		
54	16,711	94	2,513		
55	16,390	95	2,353		

Tableau 2 : Rente d'incapacité du FIVA
Montant annuel en fonction du taux d'incapacité

Année 2003

Taux	Rente FIVA	Taux	Rente FIVA	Taux	Rente FIVA	Taux	Rente FIVA
1 %		26 %	5278	51 %	6056	76 %	10624
2 %		27 %	2660	52 %	6218	77 %	60829
3 %		28 %	2782	53 %	6382	78 %	11035
4 %		29 %	2906	54 %	6548	79 %	11243
5 %	400	30 %	3032	55 %	6716	80 %	11453
6 %	485	31 %	3159	56 %	6885	81 %	11664
7 %	572	32 %	3288	57 %	7056	82 %	11877
8 %	660	33 %	3418	58 %	7229	83 %	12092
9 %	750	34 %	3550	59 %	7403	84 %	12308
10 %	842	35 %	3684	60 %	7579	85 %	12526
11 %	936	36 %	3820	61 %	7757	86 %	12746
12 %	1031	37 %	3957	62 %	7936	87 %	12969
13 %	1128	38 %	4096	63 %	8117	88 %	13191
14 %	1226	39 %	4237	64 %	8300	89 %	13416
15 %	1326	40 %	4379	65 %	8484	90 %	13642
16 %	1428	41 %	4523	66 %	8670	91 %	13870
17 %	1532	42 %	4669	67 %	8858	92 %	14100
18 %	1637	43 %	4816	68 %	9048	93 %	14332
19 %	1744	44 %	4965	69 %	9239	94 %	14565
20 %	1853	45 %	5116	70 %	9432	95 %	14800
21 %	1963	46 %	5168	71 %	9626	96 %	15037
22 %	2075	47 %	5422	72 %	9822	97 %	15275
23 %	2189	48 %	5578	73 %	10020	98 %	1515
24 %	2304	49 %	5732	74 %	1220	99 %	15757
25 %	2421	50 %	5895	75 %	10421	100 %	16000

Tableau 3 : Rente d'incapacité du FIVA
Montant annuel en fonction du taux d'incapacité

Année 2008

Taux	Rente FIVA	Taux	Rente FIVA	Taux	Rente FIVA
1 %		35 %	3996	68 %	9813
2 %		36 %	4143	69 %	10021
3 %		37 %	4293	70 %	10230
4 %		38 %	4443	71 %	10442
5 %	434	39 %	4598	72 %	10654
6 %	526	40 %	4750	73 %	10869
7 %	620	41 %	4906	74 %	11086
8 %	716	42 %	5064	75 %	11304
9 %	813	43 %	5224	76 %	11524
10 %	913	44 %	5386	77 %	11745
12 %	1015	45 %	5549	78 %	11969
13 %	1120	46 %	5714	79 %	12196
14 %	1223	47 %	5818	80 %	12423
15 %	1329	48 %	6051	81 %	12652
16 %	1439	49 %	6222	82 %	12883
17 %	1549	50 %	6324	83 %	13116
18 %	1661	51 %	6568	84 %	13551
19 %	1775	52 %	6744	85 %	13588
20 %	1892	53 %	6923	86 %	13825
21 %	2010	54 %	7103	87 %	14066
22 %	2129	55 %	7285	88 %	14308
23 %	2253	56 %	7468	89 %	14552
24 %	2374	57 %	7653	90 %	14798
25 %	2499	58 %	7841	91 %	15046
26 %	2755	59 %	8030	92 %	15294
27 %	2885	60 %	8220	93 %	15546
28 %	3018	61 %	8413	94 %	15799
29 %	3152	62 %	8609	95 %	16054
30 %	3289	63 %	8805	96 %	16310
31 %	3426	64 %	9003	97 %	16569
32 %	3566	65 %	9203	98 %	16829
33 %	3707	66 %	9404	99 %	17091
34 %	3851	67 %	9609	100 %	17355

Tableau 4 : Montant de l'indemnisation du taux d'IPP en 2004.

Taux d'incapacité (en %)	Rente annuelle accordée par le FIVA (en €)
5	406
10	855
15	1.346
20	1.880
25	2.457
30	3.077
35	3.739
40	4.445
45	5.193
50	5.983
55	6.817
60	7.693
65	8.611
70	9.573
75	10.577
80	11.624
85	12.714
90	13.847
95	15.022
100	16.240

— Mesure de l'insuffisance respiratoire selon un barème propre

Intervient dans ce taux un pourcentage résultant du déficit fonctionnel respiratoire (classification avec des niveaux allant de 1 à 5).

Ces taux d'incapacité prennent en compte la CPT (capacité pulmonaire totale), le VEMS, la DLCO-VA, ainsi que la PaO₂.

Cependant le taux résultant de la pathologie provoquée par l'amiante est souvent difficile à évaluer avec précision du fait de l'intrication avec les séquelles du tabagisme

Les valeurs théoriques (ou valeurs de référence) et les méthodes de mesure sont celles recommandées par l'European Respiratory Society en 1993 : European Respiratory Journal 1993 ; 6 (supplément n°16) ; Revue des Maladies Respiratoires 1994 : 11 (supplément n°3). Ce barème suit le barème du Haut comité médical de la Sécurité sociale.

* Niveau 1 : Taux d'incapacité de 5 à 10 %

Déficit fonctionnel caractérisé par au moins un des critères suivants :

- atteinte isolée de l'échangeur alvéolocapillaire avec rapport DLCO (Diffusion liminaire du monoxyde de carbone) /VA (Ventilation alvéolaire) mesurée par la méthode en apnée compris entre 70 et 80 % de la valeur théorique

- rapport VEMS (Volume expiratoire maximum entre 0 et 1 seconde de la Capacité vitale forcée) /CVL (Capacité vitale lente) inférieur à 80 % de la théorique lorsque le VEMS et la CVL sont supérieurs à 80 % de la valeur théorique.

* Niveau 2 : Taux d'incapacité de 10 à 20 %

Déficit fonctionnel caractérisé par au moins un des critères suivants :

- CPT (Capacité pulmonaire totale) mesurée si possible en pléthysmographie comprise entre 70 et 80 % de la valeur théorique
- VEMS compris entre 70 et 80 % de la valeur théorique
- DLCO/VA mesurée si possible en pléthysmographie comprise entre 60 et 70 % de la valeur théorique ;

* Niveau 3 : Taux d'incapacité de 20 à 40 %

Déficit fonctionnel caractérisé par au moins un des critères suivants :

- CPT mesurée si possible en pléthysmographie comprise entre 60 et 70 % de la valeur théorique
- VEMS compris entre 60 et 70 % de la valeur théorique
- DLCO/VA mesurée si possible en pléthysmographie inférieur à 60 % de la valeur théorique.

* Niveau 4 : Taux d'incapacité de 40 à 65 %

Déficit fonctionnel caractérisé par au moins un des critères suivants :

- CPT mesurée si possible en pléthysmographie comprise entre 50 et 60 % de la valeur théorique
- VEMS compris entre 50 et 60 % de la valeur théorique
- PaO₂ de repos mesurée par ponction artérielle en position assise, sans oxygène depuis au moins une demi-heure comprise entre 60 et 70 torr (8 à 9,3 kPa).

* Niveau 5 : Taux d'incapacité de 65 % à 100 %

Déficit fonctionnel caractérisé par au moins un des critères suivants :

- CPT mesurée si possible en pléthysmographie inférieure à 50 % de la valeur théorique
- VEMS compris entre 50 et 60 % de la valeur théorique
- PaO₂ de repos mesurée par ponction artérielle en position assise, sans oxygène depuis au moins une demi-heure inférieure à 60 torr (8 kPa).

Ce barème propre quantifiant l'insuffisance respiratoire est pondéré par les facteurs suivants :

- Les taux d'incapacité attribués pour le déficit fonctionnel sont majorés de 1 à 10 % en fonction des symptômes (douleur thoracique chronique, toux chronique)
- A l'intérieur de chaque tranche de déficit fonctionnel, le taux d'incapacité devra tenir compte de la dyspnée et des résultats d'un éventuel test de marche de 6 minutes
- Une épreuve d'effort pourra être proposée en cas de discordance entre les gênes rapportés par la victime et les résultats des tests fonctionnels respiratoires
- Le taux d'incapacité est de 100 % pour les personnes qui sont sous oxygénothérapie en continu (résultant entièrement de la pathologie imputée à l'amiante).

— Indemnisation des cancers

- Le taux d'incapacité accordé d'emblée est de 100 %
- Il peut faire l'objet d'une réévaluation, notamment après opération ; cette réévaluation est faite 2 ans après le diagnostic. Si le cancer reste évolutif, le taux est de 100 %. Si le cancer n'est plus évolutif, le taux est de 70 %
- Une deuxième réévaluation est faite 5 ans après le diagnostic. Dans ce cas, et sous réserve du fait que le cancer continue à ne plus être évolutif, il est fait application du barème, repris du barème de la fonction publique, concernant les conséquences fonctionnelles de l'opération subie et du barème relatif au déficit fonctionnel respiratoire

* Séquelles chirurgicales (barème de la fonction publique)

- Cicatrice pariétale isolée sans conséquences fonctionnelles : 0 %
- Séquelles pleurales isolées : 0 à 10 %

- Selon l'importance de l'exérèse parenchymateuse :

exérèse segmentaire aux conséquences fonctionnelles légères :	5 à 15 %
exérèse lobaire ou bilobectomy droite	20 à 40 %
exérèse pulmonaire	40 à 50 %

Selon l'importance des séquelles pariétales :

- Thoracotomie et cicatrices pariétales avec existence de douleurs ou de gêne séquellaires lors des mouvements respiratoires profonds, notamment à l'effort : 0 à 10 %
 - Thoracoplastie :

selon le déficit fonctionnel en rapport avec les résections costales et les déformations séquellaires

 - Majoration de 0 à 10 % en fonction des douleurs.
- * Déficit fonctionnel respiratoire : voir barème ci-dessus propre à l'insuffisance respiratoire

Un taux supérieur peut être substitué au taux résultant de l'application du barème concernant les séquelles chirurgicales en application du barème concernant le déficit respiratoire ci-dessus.

En fonction des symptômes et de l'insuffisance respiratoire, un taux supérieur peut être substitué à ce taux de base. Les barèmes des taux de l'indemnisation des lésions anatomiques autres que cancéreuses et de l'insuffisance respiratoire se remplacent mutuellement, le plus élevé étant choisi et le plus petit étant abandonné. Ainsi, si le taux de l'insuffisance respiratoire est par exemple de 50 % et s'associe à une asbestose de 10 %, le taux d'IPP final est de 50 %.

ε.1.2. L'indemnisation du préjudice économique

La perte de revenu du foyer du fait de la maladie est prise en compte.

Pour apprécier la réalité des pertes nettes de revenus, le principe de base consiste à soustraire les revenus effectivement perçus durant la période observée (revenus provenant d'un éventuel nouvel emploi, prestations de retraite, prestations sociale ...) au montant qu'aurait dû recevoir l'intéressé si aucune maladie ne l'avait contraint à renoncer à son emploi (ou à en changer), et à indemniser toute différence positive.

— Les préjudices passés :

Lorsque la période observée n'excède pas quelques années et que les salaires jadis perçus étaient d'un niveau

constant, ce montant peut-être obtenu très simplement en multipliant le salaire net perçu avant la maladie par le nombre de mois écoulés au jour de l'offre.

Lorsque l'activité salariée était irrégulière ou que la victime exerçait une profession indépendante, on peut pratiquer une moyenne arithmétique des revenus antérieurs à la maladie sur plusieurs années (cinq par exemple ou moins si ce n'est pas possible) afin d'obtenir un montant moyen mensuel satisfaisant qui permette de défier les aléas de la conjoncture ou les nécessités de certains investissements.

— Les préjudices futurs :

La poursuite de l'indemnisation précédemment évaluée est envisageable, si nécessaire en opérant de nouveau calculs. Le calcul tient compte alors d'un éventuel nouvel emploi, de l'âge théorique de survenue de la retraite (calcul du montant des mensualités qui auraient dû être servies au titre de la retraite si la victime avait poursuivi « normalement » son activité...), des opportunités de promotion professionnelle manquées (en apportant des éléments de preuve établissant la réalité d'incidences pécuniaires liées à de telles opportunités non honorées). Dans ce dernier cas, on recourt au concept de « perte de chance », dans la mesure où celle-ci est certaine et en relation directe avec le fait dommageable (perte d'une chance sérieuse d'accéder à un meilleur emploi : Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, deuxième partie, deuxième Chambre civile, arrêt du 27/02/1985, n°52, p.36...).

L'indemnisation d'un préjudice économique se fonde sur le caractère certain du dommage, condition essentielle à son indemnisation. Les juges écartent donc le plus souvent toute réparation du préjudice économique/professionnel incertain ou éventuel qui pourrait découler d'un calcul se fondant sur des hypothèses successives (espérance de vie de la victime, carrière continue et progressive, environnement économique constant...) qui rendent chaque fois de plus en plus « éventuel » le dommage, qu'il s'agisse de son principe ou de son quantum.

Le demandeur devra donc produire tous les justificatifs permettant l'indemnisation de son préjudice économique (attestation de perte de salaires, de prime, de promotions diverses, décomptes alternatifs de prestations de retraite, fiche de paye, déclarations de revenus...).

Le préjudice professionnel futur se calcule par différence entre le revenu antérieur ou futur certain et le revenu qui fait suite à la survenance de la pathologie. Il

se cumule avec l'indemnisation de l'incapacité (dans la limite de 100 % du revenu antérieur ou futur certain).

En cas de décès de la victime, sa rente est reversée au conjoint survivant à hauteur de 55 %.

ε.1.3. L'indemnisation des souffrances endurées

Le barème du FIVA utilise le terme de préjudice physique.

Le barème définit une valeur de référence suivant la gravité de la pathologie. Le préjudice physique se voit allouer une valeur croissante suivant le taux d'incapacité selon les trois mêmes niveaux que le préjudice moral.

La valeur arrêtée par le Conseil d'administration du FIVA est une valeur centrale qui serait proposée en règle générale. Dans les cas où une expertise médicale serait pratiquée, cette valeur pourrait être modulée à la hausse ou à la baisse.

L'indemnisation peut être modulée autour de cette valeur en fonction de l'état pathologique de la personne. Les marges de variation sont d'autant plus importantes que le taux d'incapacité est faible en ce qui concerne les douleurs. Les marges de modulation sont d'autant plus importantes que le taux d'incapacité est faible en raison du caractère plus hétérogène des situations pathologiques les moins graves.

La modulation est plus forte pour les petits taux d'incapacité que pour les taux élevés (pour lesquels il semble plus difficile de moduler selon les situations individuelles en raison des fortes variations dans le temps et de la difficulté de l'expertise médicale sur ce point).

Globalement, et sauf dossier particulier :

- à 5 %, l'indemnisation peut varier de plus ou moins 100 % autour de la valeur centrale en raison de la grande hétérogénéité des maladies bénignes
- la variabilité diminue ensuite de manière linéaire
- à 100 %, l'indemnisation peut varier de plus ou moins 10 % autour de la valeur centrale.

Dans le cadre du calcul de l'indemnisation du préjudice extrapatrimonial des victimes de l'amiante, un barème d'indemnisation du FIVA calcule le préjudice moral, les souffrances physiques, le préjudice d'agrement en fonction du taux d'IPP et de l'âge de la victime (voir les tableaux ci-après). Ce barème vaut pour toutes les pathologies induites, sauf les cancers opérés.

Le barème d'indemnisation du FIVA des préjudices extrapatrimoniaux en fonction du taux d'incapacité et

de l'âge de la victime. Ce barème vaut pour toutes les pathologies sauf pour les cancers opérés.

Les montants sont données poste de préjudice par poste de préjudice avec les montants minimums, maximums et moyens. Ils sont exprimés en Euros. Les postes de préjudices pris en compte sont : le préjudice moral (PM), les souffrances physiques (SP), le préjudice d'agrément (PA).

Le préjudice esthétique fait l'objet d'un barème spécifique. Ce barème a été mis à jour par le conseil d'administration du FIVA le 01.06.08 avec une majoration des indemnisation de 8,7 % le 1^{er} juin 2008 dont il a été tenu compte (voir tableaux 5 à 12).

Le tableau 12 illustre ce barème à jour en 2003 par l'exemple d'une personne âgée de 60 ans. Les montants de l'indemnisation sont exprimés en euros et sont donnés par poste de préjudice.

Préjudice moral abrégé sous le terme PM

Souffrances physiques abrégées sous le terme SP

Préjudice d'agrément abrégé sous le terme de PA

Pour 2008, il convient de rajouter 8,7 % aux montants

ε.1.4. L'indemnisation du préjudice d'agrément

L'indemnisation du préjudice d'agrément suit une valeur linéaire en fonction de l'incapacité :

La valeur arrêtée par le Conseil d'administration du FIVA est une valeur centrale qui serait proposée en règle générale. En fonction des éléments du dossier et/ou d'une expertise médicale, cette valeur pourrait être modulée à la hausse ou à la baisse.

La modulation est identique à celle prévue pour le préjudice physique, c'est-à-dire les souffrances endurées.

ε.1.5. L'indemnisation du préjudice esthétique

Elle se fait au cas par cas en fonction des constatations médicales (amaigrissement extrême, cicatrices

Tableau 5 : Valeur moyenne du montant de l'indemnisation en 2008 du préjudice extrapatrimonial.
Le préjudice esthétique fait l'objet d'un barème spécifique.

Taux d'IPP	30 ans	31 ans	32 ans	33 ans	34 ans	35 ans	36 ans	37 ans	38 ans	39 ans
5	26740,2	26522,8	26305,4	26088	25761,9	25544,5	25327,1	25001	24783,6	24457,5
8	28044,6	27827,2	27609,8	27392,4	27066,3	26848,9	26631,5	26305,4	26088	25761,9
10	28914,2	28696,8	28479,4	28262	279359	27718,5	27392,4	27175	26848,9	26631,5
15	31196,9	30979,5	30653,4	30436	30109,9	29892,5	29566,4	29240,3	28914,2	28696,8
20	33479,6	33153,5	32936,1	32610	32283,9	32066,5	31740,4	31414,3	31088,2	30762,1
25	35762,3	35436,2	35110,1	34784	34566,6	34240,5	33805,7	33479,6	33153,5	32827,4
30	38045	37718,9	37392,8	37066,7	36740,6	36305,8	35979,7	35653,6	35218,8	34892,7
35	40219	39892,9	39566,8	39240,7	38914,6	38479,8	38153,7	37718,9	37392,8	36958
40	43588,7	43153,9	42827,8	42501,7	42066,9	41632,1	41306	40871,2	40436,4	40001,6
45	51089	50654,2	50219,4	49784,6	49349,8	48915	48371,5	47936,7	47393,2	46849,7
50	58589,3	58154,5	57611	57176,2	2282,7	56089,2	55545,7	55002,2	54350	53806,5
55	66089,6	65546,1	65002,6	64459,1	63915,6	63263,4	62611,2	61959	61306,8	60654,6
60	73698,6	73046,4	72394,2	71742	71089,8	70437,6	69785,4	69024,5	68372,3	67611,4
65	82829,4	82068,5	81416,3	80655,4	80003,2	79242,3	78372,7	77611,8	76850,9	75981,3
70	98373,5	97503,9	96743	95873,4	95003,8	94025,5	93155,9	92177,6	91199,3	90221
75	113917,6	112939,3	111961	110982,7	110004,4	108917,4	107830,4	106743,4	105656,4	104460,7
80	129461,7	128374,7	127287,7	126092	125005	108917,4	122613,6	121309,2	120113,5	118809,1
85	145005,8	143810,1	142505,7	141310	140005,6	123809,3	137288,1	135875	134461,9	133048,8
90	160549,9	159136,8	157832,4	156419,3	155006,2	138701,2	152071,3	150440,8	148919	147288,5
95	17609,4	174572,2	173159,1	171637,3	170006,8	153593,1	166745,8	165006,6	163376,1	161528,2
100	191638,1	190007,6	188377,1	186746,6	185007,4	168376,3	181529	179681,1	177724,5	175767,9

Tableau 6.

Taux d'IPP	40 ans	41 ans	42 ans	43 ans	44 ans	45 ans	46 ans	47 ans	48 ans	49 ans
5	24240,1	22000	23914	21800	23696,6	21500	23370,5	21200	23044,4	20900
8	25435,8	23100	25109,7	22900	24892,3	22600	24566,2	22300	24240,1	22000
10	26305,4	23900	25979,3	23600	25653,2	23300	25327,1	23000	25001	22700
15	28370,7	25800	28044,6	25400	27609,8	25100	27283,7	24800	26957,6	24500
20	30327,3	27600	30001,2	27300	29675,1	26900	29240,3	26600	28914,2	26200
25	32392,6	29500	32066,5	29100	31631,7	28800	31305,6	28400	30870,8	28000
30	34457,9	31300	34023,1	31000	33697	30600	33262,2	30200	32827,4	29800
35	36523,2	33200	36088,4	32800	35653,6	32400	35218,8	32000	34784	31600
40	39566,8	35900	39023,3	35500	38588,5	35100	38153,7	34600	37610,2	34100
45	46306,2	42100	45762,7	41600	45219,2	41100	44675,7	40600	44132,2	40000
50	53154,3	48300	52502,1	47800	51958,6	47200	51306,4	46600	50654,2	4590
55	60002,4	54600	59350,2	53900	58589,3	53200	57828,4	52500	57067,5	51800
60	66850,5	60800	66089,6	60000	65220	59300	64459,1	58500	63589,5	57700
65	75111,7	68300	74242,1	67500	73372,5	66600	72394,2	65800	71524,6	64900
70	89242,7	81100	88155,7	80100	87068,7	79100	85981,7	78100	84894,7	77100
75	103265	93900	102069,3	92800	100873,6	91700	99677,9	90500	98373,5	89300
80	117396	106800	116091,6	105500	114678,5	104200	113265,4	102800	111743,6	101400
85	131527	119600	130005,2	118100	128374,7	116700	126852,9	115200	125222,4	113600
90	145658	132400	143918,8	130800	142179,6	129200	140440,4	127500	138592,5	125800
95	159680,3	145200	157832,4	143500	155984,5	141700	154027,9	139900	152071,3	138000
100	173811,3	158000	171746	156100	169680,7	154200	167615,4	152200	165441,4	150200

Tableau 7.

Taux d'IPP	50 ans	51 ans	52 ans	53 ans	54 ans	55 ans	56 ans	57 ans	58 ans	59 ans
5	21087,8	19100	20761,7	18800	20435,6	18400	20000,8	18100	19674,7	17800
8	22174,8	20100	21848,7	19700	21413,9	19400	21087,8	19000	20653	18700
10	22935,7	20700	22500,9	20400	22174,8	2000	2174	19600	21305,2	19300
15	24674,9	22300	24240,1	21900	23805,3	21600	23479,2	21200	23044,4	20800
20	26414,1	23900	25979,3	23500	25544,5	23100	25109,7	22700	24674,9	22300
25	28262	25600	27827,2	25100	27283,7	24700	26848,9	24200	26305,4	23800
30	30001,2	27200	29566,4	26700	29022,9	26200	28479,4	25700	27935,9	25300
35	31849,1	28800	31305,6	28300	30762,1	27800	30218,6	27300	29675,1	26800
40	34457,9	31200	33914,4	30600	33262,2	30100	32718,7	29500	32066,5	29000
45	40436,4	36500	39675,5	35900	39023,3	35300	38371,1	34600	37610,2	34000
50	46306,2	41900	45545,3	41200	44784,4	40500	44023,5	39700	43153,9	39000
55	52284,7	47300	51415,1	46500	50545,5	45700	49675,9	44800	48697,6	44000
60	58263,2	52700	57284,9	51800	56306,6	50900	55328,3	49900	54241,3	49000
65	65437,4	59200	64350,4	58200	63263,4	57200	62176,4	56100	60980,7	55000
70	77720,5	70300	76416,1	69100	75111,7	67900	73807,3	66600	72394,2	65300
75	90003,6	81400	88481,8	80000	86960	78600	85438,2	77200	83916,4	75700
80	102286,7	92600	100656,2	91000	98917	89300	97069,1	87700	95329,9	86000
85	114569,8	103700	112721,9	101900	110765,3	100100	108808,7	98200	106743,4	96300
90	126852,9	114800	124787,6	112800	122613,6	110800	120439,6	108800	118265,6	106700
95	139136	125900	136853,3	123800	134570,6	121500	132070,5	119300	129679,1	117000
100	151419,1	137000	148919	134700	146418,9	132300	143810,1	129800	141092,6	127300

Tableau 8.

Taux d'IPP	60 ans	61 ans	62 ans	63 ans	64 ans	65 ans	66 ans	67 ans	68 ans	69 ans
5	17283,3	15500	16848,5	15200	16522,4	14700	15978,9	14300	15544,1	13900
8	18152,9	16300	17718,1	15900	17283,3	15500	16848,5	15000	16305	14600
10	18696,4	16800	18261,6	16400	17826,8	16000	17392	15500	16848,5	15100
15	20218,2	18100	19674,7	17700	19239,9	17200	18696,4	16700	18152,9	16200
20	21631,3	19400	21087,8	18900	20544,3	18400	20000,8	17900	19457,3	17400
25	23153,1	20800	22609,6	20200	21957,4	19700	21413,9	19100	20761,7	18600
30	24566,2	22100	24022,7	21500	23370,5	20900	22718,3	20300	22066,1	19800
35	26088	23400	25435,8	22800	24783,6	22200	24131,4	21600	23479,2	20900
40	28153,3	25300	27501,1	24600	26740,2	24000	26088	23300	25327,1	22700
45	33044,8	29700	32283,9	28900	31414,3	28100	30544,7	27400	29783,8	26600
50	37936,3	34000	36958	33200	36088,4	32300	35110,1	31400	34131,8	30500
55	42827,8	38400	41740,8	37400	40653,8	36400	39566,8	35400	38479,8	34400
60	47610,6	42800	46523,6	41700	45327,9	40600	44132,2	39400	42827,8	38300
65	53589,1	48100	52284,7	46800	50871,6	45600	49567,2	44300	48154,1	43100
70	63589,5	57100	62067,7	55600	60437,2	54200	58915,4	52600	57176,2	51100
75	73698,6	66100	71850,7	64400	70002,8	62700	68154,9	61000	66307	59200
80	83699	75100	81633,7	73200	79568,4	71300	77503,1	69300	75329,1	67300
85	93808,1	84200	91525,4	82000	89134	79800	86742,6	77600	84351,2	75400
90	103808,5	93200	101308,4	90800	98699,6	88400	96090,8	85900	93373,3	83500
95	113917,6	102200	111091,4	99600	108265,2	97000	105439	94300	102504,1	91600
100	123918	111200	120874,4	108400	117830,8	105500	114678,5	102600	111526,2	99600

Tableau 9.

Taux d'IPP	70 ans	71 ans	72 ans	73 ans	74 ans	75 ans	76 ans	77 ans	78 ans	79 ans
5	12717,9	11300	12283,1	10900	11848,3	10400	11304,8	10000	10870	9500
8	13370,1	11900	12935,3	11400	12391,8	10900	11848,3	10500	11413,5	10000
10	13804,9	12300	13370,1	11800	12826,6	11300	12283,1	10800	11739,6	10300
15	14891,9	13200	14348,4	12700	13804,9	12200	13261,4	11600	12609,2	11100
20	15978,9	14200	15435,4	13600	14783,2	13000	14131	12500	13587,5	11900
25	17065,9	15100	16413,7	14500	15761,5	13900	15109,3	13300	14457,1	12700
30	18152,9	16100	17500,7	15400	16739,8	14800	16087,6	14200	15435,4	13600
35	19239,9	17000	18479	16400	17826,8	15700	17065,9	15000	16305	14300
40	20870,4	18400	20000,8	17700	19239,9	17000	18479	16200	17609,4	15500
45	24457,5	21600	23479,2	20800	22609,6	19900	21631,3	19000	20653	18200
50	28044,6	24800	26957,6	23800	25870,6	22800	24783,6	21800	23696,6	20800
55	31631,7	2800	3043,6	26900	29240,3	25800	28044,6	24600	26740,2	23500
60	35218,8	31200	33914,4	29900	32501,3	28700	31196,9	27400	29783,8	26200
65	39566,8	35000	38045	33700	36631,9	32300	35110,1	30800	33479,6	29400
70	46958,4	41600	45219,2	40000	43480	38300	41632,1	36600	39784,2	35000
75	54458,7	48200	52393,4	46300	50328,1	44400	48262,8	42400	46088,8	40500
80	61850,3	54800	59567,6	52600	57176,2	50400	54784,8	48200	52393,4	46000
85	69241,9	61300	66633,1	58900	64024,3	56500	61415,5	54000	58698	51600
90	76742,2	67900	73807,3	65200	70872,4	62500	67937,5	59800	65002,6	57100
95	84133,8	74500	80981,5	71600	77829,2	68600	74568,2	65600	71307,2	62600
100	91525,4	81100	88155,7	77900	84677,3	74700	81198,9	71400	77611,8	68100

Tableau 10.

Taux d'IPP	80 ans	81 ans	82 ans	83 ans	84 ans	85 ans	86 ans	87 ans	88 ans	89 ans
5	7826,4	6800	7391,6	6400	6956,8	6000	6522	5600	6087,2	5200
8	8261,2	7200	7826,4	6700	7282,9	6300	6848,1	5900	6413,3	5500
10	8587,3	7400	8043,8	6900	7500,3	6500	7065,5	6100	6630,7	5700
15	9239,5	8000	8696	7500	8152,5	7000	7609	6600	7174,2	6100
20	9891,7	8500	9239,5	8000	8696	7500	8152,5	7000	7609	6600
25	10543,9	9100	9891,7	8600	9348,2	8000	8696	7500	8152,5	7000
30	11196,1	9700	10543,9	9100	9891,7	8500	9239,5	8000	8696	7400
35	11848,3	10300	11196,1	9600	10435,2	9000	9783	8400	9130,8	7900
40	12826,6	11100	12065,7	10400	11304,8	9800	10652,6	9100	9891,7	8500
45	14891,9	13000	14131	12300	13370,1	11500	12500,5	10700	11630,9	10000
50	17283,3	15000	16305	14000	15218	13200	14348,4	12300	13370,1	11500
55	19457,3	16900	18370,3	15800	17174,6	14900	16196,3	13900	15109,3	12900
60	21740	18800	20435,6	17600	19131,2	16500	17935,5	15500	16848,5	14400
65	24457,5	21100	22935,7	19800	21522,6	18600	20218,2	17400	18913,8	16200
70	29022,9	25100	27283,7	23600	25653,2	22100	24022,7	20600	22392,2	19200
75	33588,3	29100	31631,7	27300	29675,1	25600	27827,2	23900	25979,3	22300
80	38153,7	33000	35871	31000	33697	29100	31631,7	27200	29566,4	25300
85	42719,1	37000	40219	34700	37718,9	32600	35436,2	30400	33044,8	28400
90	47393,2	41000	44567	38400	41740,8	36000	39132	33700	36631,9	31400
95	51958,6	44900	48806,3	42200	45871,4	39500	42936,5	36900	40110,3	34500
100	56524	48900	53154,3	45900	49893,3	43000	46741	40200	43697,4	37500

Tableau 11.

Taux d'IPP	90 ans	91 ans	92 ans	93 ans	94 ans	95 ans	96 ans	97 ans	98 ans	99 ans
5	3913,2	3400	3695,8	3100	3369,7	2900	3152,3	2700	2934,9	2500
8	4130,6	3500	3804,5	3300	3587,1	3100	3369,7	2900	3152,3	2700
10	4239,3	3600	3913,2	3400	3695,8	3200	3478,4	3000	3261	2800
15	4565,4	3900	4239,3	3700	4021,9	3400	3695,8	3200	3478,4	3000
20	4891,5	4200	4565,4	3900	4239,3	3600	3913,2	3400	3695,8	3200
25	5217,6	4500	4891,5	4200	4565,4	3900	4239,3	3600	3913,2	3400
30	5652,4	4800	5217,6	4500	4891,5	4100	4456,7	3900	4239,3	3600
35	5978,5	5100	5543,7	4700	5108,9	4400	4782,8	4100	4456,7	3800
40	6413,3	5500	5978,5	5100	5543,7	4700	5108,9	4400	4782,8	4200
45	7500,3	6400	6956,8	6000	6522	5600	6087,2	5200	5652,4	4900
50	8587,3	7400	8043,8	6900	7500,3	6400	6956,8	6000	6522	5600
55	9783	8300	9022,1	7700	8369,9	7200	7826,4	6700	7282,9	6300
60	10870	9300	10109,1	8600	9348,2	8000	8696	7500	8152,5	7000
65	121744	10400	11304,8	9700	10543,9	9000	9783	8400	9130,8	7900
70	14457,1	12400	13478,8	11500	12500,5	10700	11630,9	10000	10870	9400
75	16739,8	14300	15544,1	13300	14457,1	12400	13478,8	11600	12609,2	10900
80	19022,5	16300	17718,1	15200	16522,4	14100	15326,7	13200	14348,4	12300
85	21413,9	18200	19783,4	17000	18479	15900	17283,3	14800	16087,6	13800
90	23696,6	20200	21957,4	18800	20435,6	17500	19022,5	16400	17826,8	15300
95	25979,3	22200	24131,4	20600	22392,2	19200	20870,4	17900	19457,3	16800
100	28262	24100	26196,7	22400	24348,8	20900	22718,3	19500	21196,5	18300

Tableau 12 : Barème du FIVA en 2003 pour l'indemnisation du préjudice extrapatrimonial : exemple d'une victime âgée de 60 ans.

Taux d'IPP	Préjudice moral	Souffrance Physiques			Préjudice d'Agrement			Total		
		Minimum	Moyen	Maximum	Minimum	Moyen	Maximum	Minimum	Moyen	Maximum
5	14.550	110	220	450	560	1.120	2.240	15.220	15.890	17.240
8	14.550	180	360	710	910	1.790	3.530	15.640	16.700	18.790
10	14.550	230	450	870	1.150	2.240	4.370	15.930	17.240	19.800
15	14.550	350	670	1.280	1.760	3.360	6.400	16.670	18.580	22.230
20	14.550	480	900	1.660	2.410	4.480	8.320	17.440	19.920	24.530
25	14.550	620	1.120	2.030	3.090	5.600	10.130	18.260	21.270	26.710
30	14.550	760	1.340	2.370	3.810	6.720	11.840	19.120	22.610	28.760
35	14.550	910	1.570	2.690	4.570	7.840	13.440	20.030	23.950	30.680
40	15.000	1.180	1.970	3.290	5.370	8.950	14.940	21.550	25.920	33.230
45	17.240	1.910	3.090	5.010	6.210	10.070	16.330	25.360	30.400	38.580
50	19.480	2.670	4.210	6.620	7.110	11.190	17.620	29.260	34.880	43.720
55	21.720	3.490	5.330	8.130	8.070	12.310	18.790	33.270	39.360	48.640
60	23.950	4.360	6.450	9.540	9.080	13.430	19.870	37.400	43.830	53.360
65	26.950	5.420	7.760	11.110	10.160	14.550	20.830	42.540	49.270	58.900
70	33.000	7.110	9.850	13.630	11.320	15.670	21.690	51.430	58.520	68.320
75	39.040	8.930	11.930	15.950	12.560	16.790	22.450	60.530	67.770	77.440
80	45.090	10.870	14.020	18.080	13.890	17.910	23.090	69.850	77.020	86.260
85	51.130	12.970	16.110	20.010	15.320	19.030	23.640	79.420	86.270	94.770
90	57.180	15.230	18.190	21.740	16.860	20.150	24.070	89.270	95.520	102.980
95	63.220	17.670	20.280	23.270	18.540	21.270	24.400	99.430	104.770	110.890
100	69.270	20.330	22.370	24.600	20.350	22.390	24.630	109.950	114.020	118.490

éventuelles s'il y a eu des interventions chirurgicales du fait de l'amiante, l'atteinte esthétique résultant de l'apport éventuel d'oxygène par recours à un appareillage respiratoire et lunettes nasales disgracieuses, modification cutanée : cyanose, ou déformation thoracique). L'indemnisation du préjudice esthétique est fonction du préjudice subi et peut varier entre 500 € et 8.000 € (sauf dossier particulier).

ε.1.6. L'indemnisation du préjudice moral

Dans le cadre des pathologies liées à l'amiante, il s'y associe aussi souvent une souffrance morale notable en raison des évolutions possibles souvent très douloureuses qui induisent une crainte permanente de ces complications.

Il s'agit de la composante principale de l'indemnisation extrapatrimoniale. Il prend en compte l'impact psychologique lié aux différentes pathologies, selon leur degré de gravité et d'évolutivité.

Le préjudice moral se voit adjuger une valeur unique et croissante suivant le taux d'incapacité selon trois niveaux :

Niveau 1 : crainte de développer un cancer chez les personnes atteintes de maladies non malignes dues à l'amiante (fibroses). Ce préjudice est le même quel que soit le taux d'IPP

Niveau 2 : angoisse de mort liée à la sensation d'étouffement. Ce préjudice commence au niveau 4 de déficit respiratoire et croît avec le taux d'IPP

Niveau 3 : perspective de la mort à court ou moyen terme. Ce niveau concerne en premier lieu les personnes atteintes de cancer et dont le pronostic vital est en cause à court terme. Il concerne aussi les personnes atteintes d'une asbestose sévère dont l'espérance de vie est fortement réduite. Ce préjudice démarre au niveau 5 de déficit respiratoire et progresse avec le taux d'IPP, le taux de 100 % devant être considéré de la même façon, qu'il traduise un cancer mortel ou une asbestose mortelle.

ε.1.7. Exemples d'indemnisation

Voici quelques exemples d'indemnisation, il convient de souligner que les montants cités ne portent que sur l'indemnisation de l'incapacité et les préjudices extra-patrimoniaux (moral, physique et d'agrément). Les autres préjudices (esthétique, pertes de revenus, frais non couverts par la sécurité sociale) dépendent de l'évaluation concrète de chaque dossier.

— Plaque pleurale (fibrose de la plèvre) indemnisée par une incapacité de 5 % (taux minimum de base), l'indemnisation totale est égale à 22.000 € à 60 ans : montant de l'indemnisation en 2008 ; une majoration de 8,7 % est à appliquer à ce barème à compter du 1-06-2008 (voir tableau 13).

L'indemnisation peut varier autour de cette valeur, par exemple, entre 21.000 € et 23.000 € à 60 ans (sauf dossier particulier). En outre, en cas de retentissement fonctionnel (déficit respiratoire) plus important, l'indemnisation est supérieure.

— Asbestose (fibrose du poumon) pour une incapacité de 10 % (taux minimum de base), l'indemnisation globale est égale à 30.000 € à 60 ans : montant de l'indemnisation en 2008 ; une majoration de 8,7 % est à appliquer à ce barème à compter du 1-06-2008 (voir tableau 14).

L'indemnisation peut varier autour de cette valeur ; par exemple, entre 28.260 € et 32.160 € à 60 ans (sauf dossier particulier). En outre, en cas de retentissement fonctionnel (déficit respiratoire) plus important, l'indemnisation est supérieure.

— Mésothéliomes et les cancers graves : la victime perçoit une rente d'incapacité de 16.240 € par an ainsi qu'une somme correspondant à l'indemnisation des préjudices extra-patrimoniaux (exemple : 114.000 € à 60 ans). En cas de décès, la rente fait l'objet d'une réver-

sion partielle en fonction de la situation de revenu des proches, conformément à la jurisprudence.

Exemple d'une indemnisation possible (dans l'hypothèse d'un décès deux ans après la découverte de la maladie et d'une rente de conjoint survivant égale à 55 % de la rente de la victime) : montant de l'indemnisation en 2008 ; une majoration de 8,7 % est à appliquer à ce barème à compter du 1-06-2008 (voir tableau 15).

— Cancers ayant bénéficié d'un traitement chirurgical : l'indemnisation est fonction des séquelles post-opératoires et du retentissement fonctionnel, ainsi que du préjudice moral, important dans tous les cas. L'indemnisation peut donc varier au sein d'une fourchette qui prend en compte les situations individuelles (en cas de retentissement fonctionnel plus important, l'indemnisation est supérieure à ces fourchettes et aux montants indiqués ci-dessous) : montant de l'indemnisation en 2008 ; une majoration de 8,7 % est à appliquer à ce barème à compter du 1-06-2008 (voir tableau 16).

ε2. La victime est décédée

Cette situation pose le problème de l'indemnisation des ayants droits.

La notion d'ayant droit au sens qui lui est donné en réparation intégrale repose sur la proximité affective. Ainsi si les ayants droits sont le plus généralement des membres de la famille de la victime (conjoint, enfant, frère, etc), il peut aussi s'agir d'un enfant recueilli par la victime sans être adopté (ex : petit enfant ou enfant du conjoint élevé comme un enfant). La Cour de cassation a refusé l'indemnisation du préjudice personnel du petit enfant né après le décès de la victime posant ainsi les limites de la notion d'ayant droit (arrêt du 24.05.06 de la 2^e Chambre civile de la Cour de cassation : consorts Guyonic).

Tableau 13.

Valeur centrale	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans	65 ans	70 ans	75 ans	80 ans	85 ans
Indemnisation du taux d'IPP en €	7.850	7.282	6.654	5.959	5.207	4.402	3.561	2.717	1.960
Indemnisation du préjudice extra patrimonial en €	20.995	19.479	17.800	15.940	13.929	11.776	9.526	7.269	5.242
Total en €	29.000	27.000	24.000	22.000	19.000	16.000	13.000	10.000	7.200
Total en Francs	190.228	177.108	157.430	144.311	124.632	104.953	85.274	65.596	47.229

Tableau 14.

Valeur centrale	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans	65 ans	70 ans	75 ans	80 ans	85 ans
Montant capitalisé de la rente annuelle servie à la victime en €	16.529	15.335	14.013	12.549	10.966	9.271	7.499	5.723	4.127
Indemnisation du préjudice extra patrimonial en €	22.764	21.120	19.300	17.283	15.103	12.768	10.328	7.881	5.684
Total en €	39.000	36.000	33.000	30.000	26.000	22.000	18.000	14.000	10.000
Total en Francs	255.823	236.145	216.466	196.787	170.549	144.311	118.072	91.834	65.596

Tableau 15.

Valeur centrale	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans	65 ans	70 ans	75 ans	80 ans	85 ans
Indemnisation du préjudice extra patrimonial en €	150.000	139.000	127.000	114.000	100.000	84.200	68.200	52.000	37.500
Rente de la victime en € pour une durée de 2 ans	32.480	32.480	32.480	32.480	32.480	32.480	32.480	32.480	32.480
Montant capitalisé de la rente annuelle servie à l'ayant droit sur la base d'une réversion de 55 % en €	182.000	171.000	159.000	146.000	132.000	117.000	101.000	84.000	70.000
Total de l'indemnisation en €	352.122	328.837	303.232	275.158	244.869	211.618	177.385	142.898	111.978
Total de l'indemnisation en Francs	2.310.000	2.157.000	1.989.000	1.805.000	1.606.000	1.388.000	1.164.000	937.000	735.000

L'indemnisation par le barème concernant les ayants droits tient compte de :

— le préjudice revenant à la succession ou préjudice subi au titre de l'action successorale. L'intégralité des droits à indemnisation de la victime est transmise à ses héritiers.

Donc, si la victime décède avant l'indemnisation de ses préjudices propres, le FIVA alloue aux héritiers une somme identique à celle qui aurait été allouée à la victime.

On distingue les préjudices financiers et les préjudices personnels.

* Les préjudices financiers correspondent au préjudice de la victime souffert avant son décès qui est transmis à ses héritiers.

Il comprend :

- les frais engagés pour soigner la victime restés à sa charge (hospitalisation, soins ambulatoires...)

- le préjudice économique subi du fait du décès de la victime calculé à partir des revenus perçus avant le décès si la victime n'avait pas été malade et de l'incapacité permanente partielle. On tient compte de la réversion partielle de la rente d'incapacité de la victime).

Le préjudice économique des ayants droits est calculé par comparaison des revenus du ménage avant et après le décès de façon à compenser la perte de revenu des proches. Dans le cas d'un versement par rente et d'un décès avant le terme de celle-ci imputable à la pathologie liée à l'amiante, le capital restant à verser au titre de l'indemnisation de l'incapacité est pris en compte dans le préjudice des proches qui auraient bénéficié du revenu ainsi généré (conjoint et enfants à charge) dans le cadre du calcul du préjudice économique. Ce capital est servi aux proches sous forme d'une rente (de manière viagère pour le conjoint et jusqu'à l'âge de fin de prise en charge pour les enfants). Le calcul pour le préjudice économique des ayants droits est fait sous déduction des indemnités versées par la sécurité sociale.

Tableau 16.

Valeur centrale	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans	65 ans	70 ans	75 ans	80 ans	85 ans
Préjudice moral en €	35.503	32.939	30.100	26.954	23.555	19.913	16.108	12.292	8.865
Préjudice physique et d'agrément (fourchette) en €	3.538 à 29.429	3.283 à 27.303	3.000 à 24.950	2.686 à 22.342	2.348 à 19.525	1.985 à 16.506	1.605 à 13.352	1.225 à 10.189	884 à 7.348
Préjudices extrapatrimoniaux (fourchette) en €	39.041 à 64.931	36.222 à 60.243	33.100 à 55.050	29.641 à 49.296	25.902 à 43.079	21.898 à 36.419	17.713 à 29.460	13.517 à 22.480	9.748 à 16.213
Incapacité pour les 5 premières années en €	61.200	61.200	61.200	61.200	61.200	61.200	61.200	61.200	61.200
Total indemnisation (fourchette et hors IPP après 5 ans) borne basse en €	100.200 à 126.100	97.400 à 121.400	94.300 à 116.300	90.800 à 110.500	87.100 à 104.300	83.100 à 97.600	78.900 à 90.700	74.700 à 83.700	70.900 à 77.400
Total en Francs	657.269 à 827.162	638.902 à 796.332	618.567 à 762.878	595.609 à 724.832	571.339 à 684.163	545.100 à 640.214	517.550 à 594.953	490.000 à 549.036	465.074 à 507.711

Par exemple, pour un revenu d'un couple sans enfant avant décès de 100 % : le revenu du conjoint survivant doit être au moins égal à 67 %, soit sa part de consommation propre (33,3 %) + la totalité des charges fixes (33,3 %). Ainsi, lorsque du fait du décès de la victime, le revenu du conjoint survivant sans enfant à charge est inférieur à 67 % du revenu du ménage avant décès, alors le FIVA verse une indemnité différentielle.

S'il y a des enfants à charge, la règle de répartition du préjudice économique est adaptée (voir tableau 17).

Les sommes payées par d'autres organismes (sécurité sociale, assureurs...) seront déduites de la somme calculée.

* Les préjudices personnels correspondent au préjudice extrapatrimonial (souffrances endurées, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, préjudice moral ...).

— le préjudice direct subi à titre personnel par l'ayant droit

Il s'agit du préjudice moral de l'ayant droit (lié au décès et à l'accompagnement de la victime) et également du préjudice d'accompagnement si le décès est imputable à la pathologie liée à l'amiante. Ce préjudice indemnise les veuves qui ont accompagné leur mari dans leurs derniers mois de vie.

L'indemnisation du préjudice moral des ayants droits suit le tableau 18.

L'exemple suivant d'Indemnisation du préjudice moral d'une veuve montre les discordances existant parfois

entre les offres d'Indemnisation du FIVA et l'indemnisation fixée par les tribunaux des affaires de sécurité sociale.

Dans un jugement du 3 juillet 2007, le tribunal des affaires de sécurité sociale de Dijon a accordé à la veuve d'une homme décédé d'une mésothéliome péritonéal, au titre de son préjudice moral, la somme record de 100.000 euros.

Au-delà de la somme versée, la motivation du jugement est intéressante. En effet, le tribunal fixe l'indemnisation « considérant la longue communauté de vie entre la victime et le conjoint survivant qui a vécu en communion avec le dernier des années de souffrances, et considérant en outre que les souffrances morales ont perduré et perdureront après le décès de Monsieur X... ». Les attestations versées à ce dossier ont sans nul doute pesé dans la balance.

D. LES PROCÉDURES CONTENTIEUSES DES MALADIES PROFESSIONNELLES

On distingue en général deux types de contentieux.

1. Le différend portant sur la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie

En cas de refus opposé par la Caisse primaire d'assurance maladie, l'assuré dispose des voies de recours

Tableau 17.

Conjoint seul	Conjoint et 1 enfant à charge	Conjoint et 2 enfants à charge	Conjoint et 3 enfants à charge	Conjoint et 4 enfants à charge	Conjoint et 5 enfants à charge	Conjoint et 6 enfants à charge
67 %	72 %	76 %	79 %	81 %	83 %	85 %

Tableau 18.

en €	Préjudice lié au décès en €	Préjudice lié à l'accompagnement en €	Total
Conjoint	22.000	8.000	30.000
Enfant de moins de 25 ans au foyer	15.000	8.000	23.000
Enfant de plus de 25 ans au foyer	9.000	5.000	14.000
Enfant hors du foyer	5.000	3.000	8.000
Parent	8.000	3.000	11.000
Petits-enfants	3.000		3.000
Fratrie	3.000	2.000	5.000

classiques du contentieux général et du contentieux technique.

a. Contentieux général contre une décision administrative de la Caisse

Il peut ainsi saisir la Commission de Recours Amiable, puis en cas de refus persistant, le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale lorsqu'il s'agit d'un recours contre une décision administrative de la Caisse (exposition au risque non prouvée, conditions médicales des tableaux non remplies, procédures prescrites, absence de reconnaissance de maladie professionnelle par le Comité Régional de reconnaissance des maladies professionnelles : CRRMP).

Le refus de la caisse primaire d'assurance maladie peut être d'ordre administratif lorsque l'affection déclarée ne correspond pas à la désignation de la maladie et qu'il n'y a pas de litige sur le diagnostic. C'est le cas lorsque les documents présentés par le malade (certificat médical, compte-rendu radiologique) et les constatations du médecin conseil sont concordants. A titre d'exemple, en ce qui concerne le tableau 98 des radiculalgies, lorsque la pathologie indiquée dans le certificat médical n'est ni une sciatique ni une radiculalgie crurale, lorsqu'à l'imagerie il n'existe pas de hernie dis-

cale, c'est le cas aussi lorsqu'il s'agit d'une simple lombalgie chronique. Un exemple de conditions médicales des tableaux non remplies entraînant l'absence de conformité à une condition administrative est l'absence selon la caisse d'une image radiologique montrant la concordance entre une hernie discale et la symptomatologie radiculaire des tableaux 97 et 98 des maladies professionnelles.

La caisse oppose alors un refus administratif pour affection non désignée dans un tableau sauf si l'état du patient est stabilisé et que l'incapacité permanente résultante est estimée supérieure ou égale à 25 % auquel cas le dossier est transmis au CRRMP pour être examiné dans le cadre du 4^e alinéa de l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale.

Un autre exemple de rejet administratif pour « conditions médicales non remplies » est celui d'une maladie non caractérisée dans les conditions du tableau du fait de l'exigence d'une confirmation biologique pour rattacher de façon certaine une maladie aux spécificités de l'exposition professionnelle. Cette confirmation biologique est alors absente ce qui motive le rejet administratif pour « conditions médicales non remplies ». Le TASS peut alors saisir le CRRMP soit en lui demandant si la maladie considérée peut être considérée comme maladie professionnelle hors tableau au titre

de l'alinéa 4 de l'article L.461-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le TASS peut également saisir le CRRMP en lui demandant de dire si la maladie telle qu'elle est décrite peut être d'origine professionnelle. Le CRRMP ne pourra donner qu'un avis probabiliste excluant en tout cas le caractère essentiel du lien de causalité entre le travail et la maladie. Les juges peuvent en tirer leur propre conséquence juridique en faisant bénéficier la victime du régime des maladies professionnelles mais au prix d'un allègement de la charge de la preuve en retenant comme suffisamment fort pour eux, un lien de causalité estimé pourtant insuffisant par les experts du CRRMP. Le CRRMP est alors utilisé comme un expert qui laisse ensuite le juge libre de décider seul si oui ou non il fait bénéficier au salarié du régime spécial des maladies professionnelles.

Un autre exemple de rejet administratif est une exposition au risque considérée comme non habituelle alors que la colonne de droite du tableau des maladies professionnelles exige une exposition au risque habituelle.

La Cour de cassation a « défini » que le caractère habituel pouvait se déduire de la fréquence et non seulement de la durée, et qu'était habituel ce qui n'était pas exceptionnel. Ainsi, un arrêt de la chambre sociale de la Cour de cassation du 19.02.98 (RJS 1998, n°522) a estimé que le caractère occasionnel ne peut être déduit d'une exposition d'un quart d'heure au bruit durant 18 ans et où le caractère de l'exposition est donc retenu.

La circulaire n°11 SS du 07.03.73 relative au nouveau tableau de maladies professionnelles n°59 à 63 a indiqué que « d'une manière générale il est permis de considérer que les termes « exposés d'une façon habituelle » doivent être interprétés comme n'impliquant pas nécessairement la permanence du risque mais au moins sa répétition avec une fréquence et une durée suffisante. Cette même circulaire faisait mention d'une lettre ministérielle du 10.02.60 où il était précisé que cette notion d'exposition de façon habituelle devait être interprétée comme désignant ce qui n'est pas exceptionnel, occasionnel ou accidentel... sans toutefois impliquer nécessairement la permanence du risque mais au moins sa répétition avec une fréquence et une durée suffisante.

Le juge du TASS peut solliciter l'avis du CRRMP quant à la reconnaissance de cette maladie professionnelle. La victime en général alors mieux informée de ses droits peut alimenter le dossier de nouvelles pièces à conviction utiles pour le CRRMP.

Le CRRMP est de plus en plus sollicité par les juges, en particulier, dans les contentieux de refus administratif de la part de la Caisse primaire. Le recours à l'expertise du CRRMP peut alors permettre la reconnaissance du caractère professionnel de la pathologie, en particulier lorsque l'enquête administrative de la Caisse primaire a conclu trop rapidement à l'absence d'exposition au risque. Le TASS pourrait ainsi en sollicitant l'avis du CRRMP pallier les défauts d'instruction de cette enquête administrative de la CPAM sur le lien éventuel entre une pathologie et le travail de la victime (voir figure 1).

b. Contentieux général contre une décision médicale de la Caisse

Il peut solliciter une expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité Sociale lorsqu'il s'agit d'un désaccord sur l'affection médicale, par exemple maladie considérée comme non stabilisée par la Caisse.

Un exemple de désaccord d'ordre médical, de désaccord entre les médecins prescripteurs et le médecin conseil sur le diagnostic est illustré par le même problème du tableau 98 des maladies professionnelles sur les radiculalgies. Il peut s'agir d'un désaccord sur :

- la qualification de l'affection : le certificat médical indique sciatique ou radiculalgie crurale et le médecin conseil récuse ce diagnostic en estimant qu'il s'agit d'une simple lombalgie sans sciatique ou de douleurs arthrosiques par exemple
- de l'étiologie de la sciatique : le certificat médical indique sciatique ou radiculalgie crurale et le médecin conseil est d'accord sur cette qualification mais estime que l'origine n'est pas discale
- de la qualification de la hernie discale : le certificat médical du médecin traitant indique hernie discale alors qu'à l'imagerie le médecin conseil estime qu'il s'agit d'un simple bombement discal
- de la topographie : le certificat médical indique sciatique gauche et le médecin conseil constate une sciatique droite et une cruralgie.

L'expertise médicale peut également survenir lorsqu'il y a désaccord du médecin conseil avec le médecin traitant sur la pathologie décrite dans le certificat médical initial de la maladie professionnelle. Par exemple, sur le certificat médical initial, le médecin traitant peut avoir écrit « atteinte méniscale des genoux »

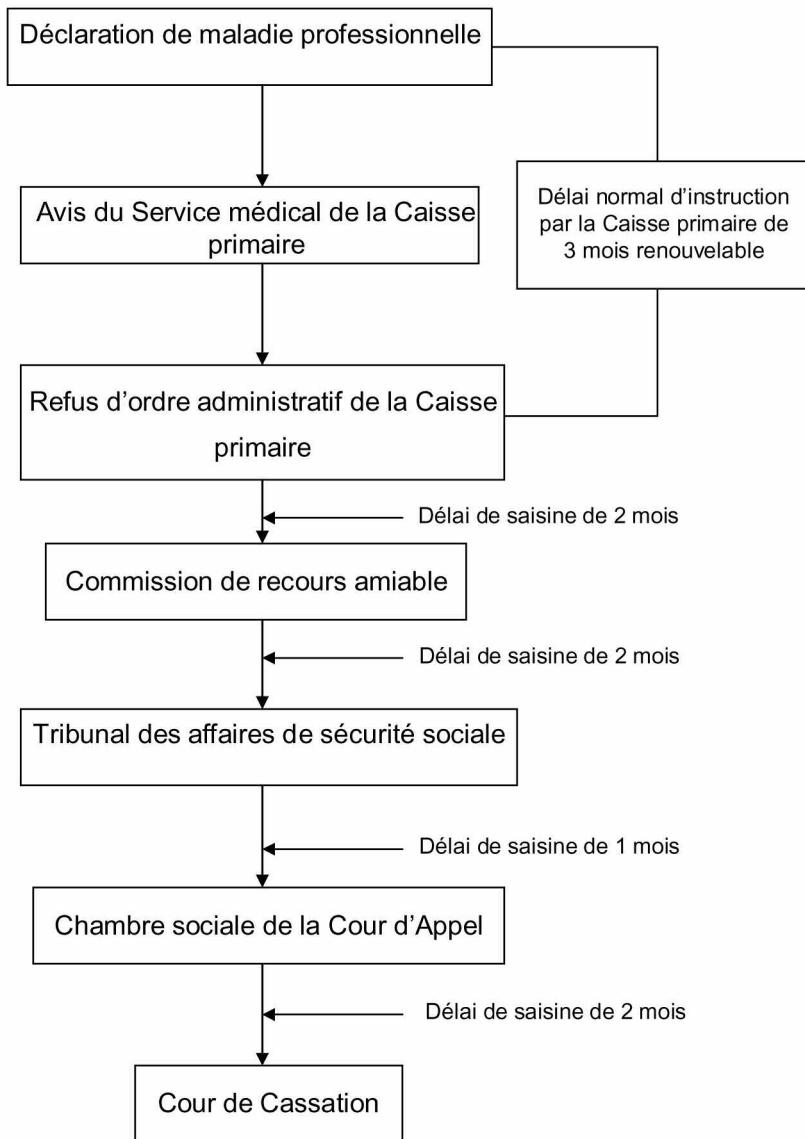


Figure 1 : Recours contre un refus d'ordre administratif de la Caisse primaire.

et le médecin conseil peut contester ce diagnostic en considérant qu'il s'agit simplement d'une gonarthrose.

Comme autre exemple de désaccord médical sur le diagnostic entre le médecin conseil et les médecins rédacteurs du certificat médical initial, on retiendra le cas d'un certificat médical initial mentionnant un syndrome du canal carpien alors qu'il s'agit en fait de l'expression d'une compression radiculaire nerveuse au niveau des vertèbres cervicales pouvant se traduire par les mêmes symptômes cliniques.

Une autre cause, de contestation d'ordre médical plus rare est l'absence d'imputabilité au travail habituel de la victime d'une pathologie objectivée alors que la maladie remplit l'ensemble des critères du tableau. Ceci nécessite que les médecins conseils possèdent de solides arguments pour démontrer que la maladie n'a été, ni provoquée, ni aggravée par le travail. Ce raisonnement du médecin conseil se base sur le principe du renversement de la présomption non irréfragable d'imputabilité professionnelle. Il peut s'agir par exemple, d'une épi-

condylite survenue chez un salarié très peu exposé aux mouvements d'hypersollicitation des membres supérieurs alors qu'il joue plusieurs heures de tennis par semaine.

Le médecin conseil doit alors démontrer que le travail n'a joué aucun rôle (voir encadré 6).

La situation est alors analogue à celle des accidents du travail (cf VII. Le contentieux de l'accident du travail et le contentieux des accidents de trajet F. Le taux d'IPP).

Dans le cadre de cette voie contentieuse d'ordre médical les juges du TASS, de la Cour d'appel, de la Cour de cassation, à tout moment peuvent saisir en

cours de contentieux le CRRMP amené alors à statuer en dehors de ses habituelles prérogatives par exemple en tant qu'expert médical sans examen clinique de la victime mais seulement avec l'examen de son dossier médical.

Dans le cas des pneumoconioses lorsqu'il s'agit d'un désaccord d'ordre médical, l'expertise de sécurité sociale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité Sociale doit alors être confiée à un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail, possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses, autre que celui qui a, le cas échéant, procédé à l'examen du malade (voir figure 2).

Encadré 6

Modèle de lettre de demande d'expertise médicale par la victime

Nom - Prénom

Date

Adresse de l'accidenté

Organisme ayant notifié le refus
Voir adresse de la décision contestée.

RECOMMANDÉE AVEC A.R.

Vos Réf :

N°SS :

Objet : Demande d'expertise médicale.

Monsieur le Chef de Service,

Je soussigné M., profession, de nationalité né le..... à , demeurant à , conteste la décision notifiée par votre lettre du....., portant refus de reconnaître que la pathologie dont je suis atteint(e) est bien la pathologie inscrite dans la colonne « désignation de la maladie » du tableau ... des maladies professionnelles, comme le confirme le certificat du Docteur.....

Il ne s'agit pas d'un différend administratif comme le laissent entendre vos services mais d'un différend médical puisque mon médecin traitant est en désaccord avec le médecin conseil de votre organisme (1).

Je vous serais très reconnaissant de faire procéder à une expertise médicale, conformément aux dispositions prises en application de l'article L.141-1 du code de la sécurité sociale.

Mon médecin référent pour ce dossier est le Docteurde

Veuillez agréer, Monsieur le Chef de Service, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté.

PJ : la décision contestée.

(1) le cas échéant

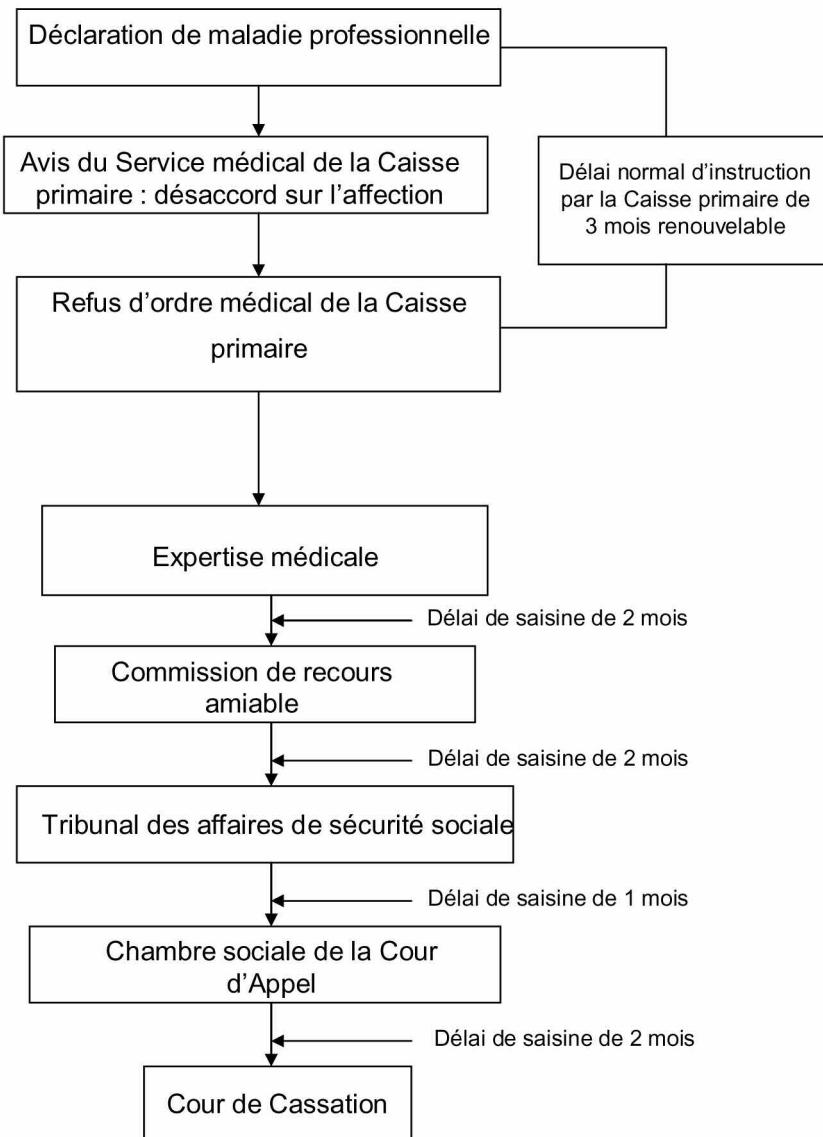


Figure 2 : Recours contre un refus d'ordre médical de la Caisse primaire.

c. Cas particulier du contentieux du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles

La seule particularité réside dans le cas particulier du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

Il s'agit du cas où le Comité Régional de reconnaissance des maladies professionnelles : CRRMP refuse la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie. Le demandeur, après notification de refus par la

Caisse, peut saisir la Commission de Recours Amiable, puis en cas de refus persistant, le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale. Le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale saisi recueille alors l'avis d'un Comité Régional autre que celui qui a déjà été saisi par la Caisse (article R.142-24-2 du Code de la sécurité sociale) (voir figure 3).

Dans le cas particulier du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles et d'une maladie non désignée dans un tableau entraînant selon le demandeur une incapacité permanente supérieure à 25 %, si un des motifs de refus réside dans le fait que le

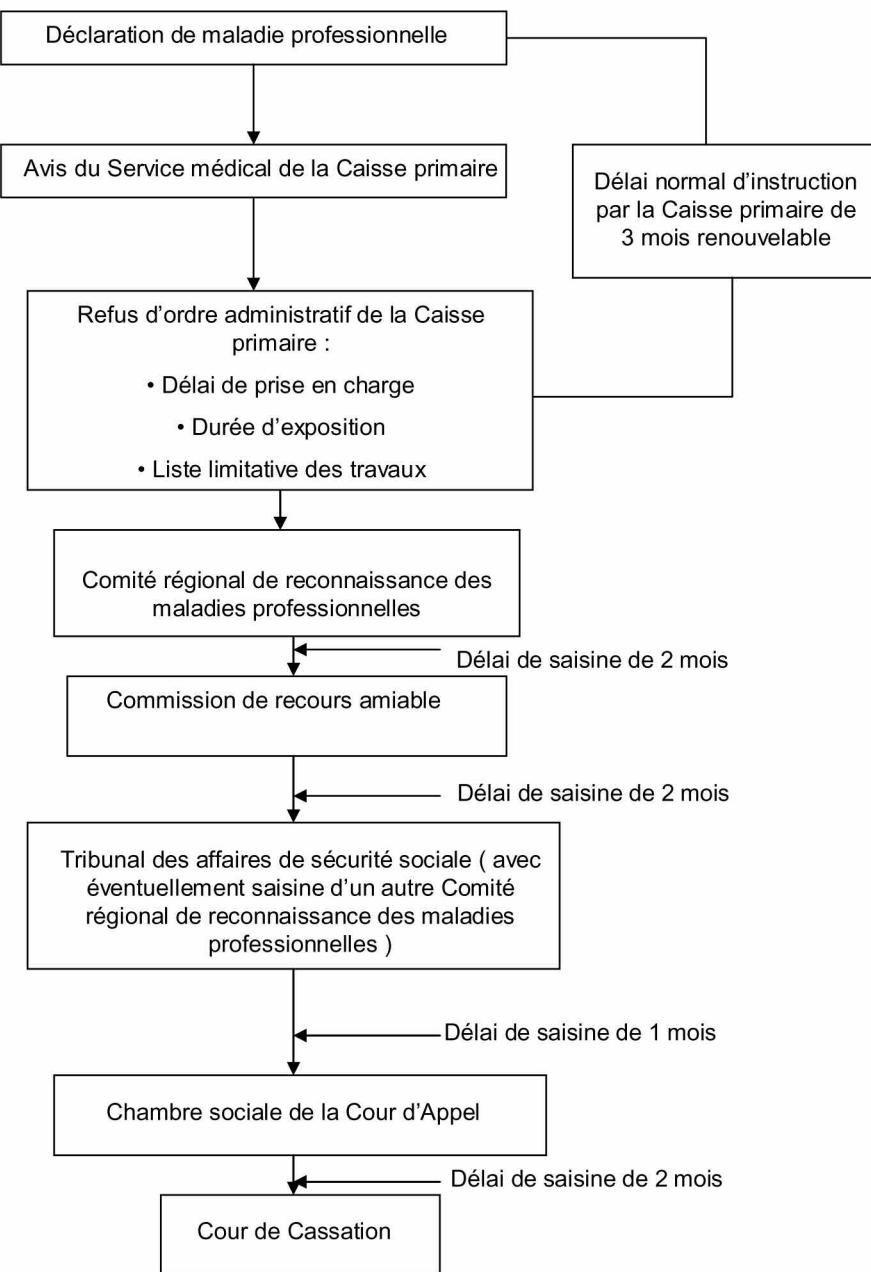


Figure 3 : Recours contre un refus d'ordre administratif de la Caisse primaire en cas de conditions posées par les tableaux de maladies professionnelles non réunies.

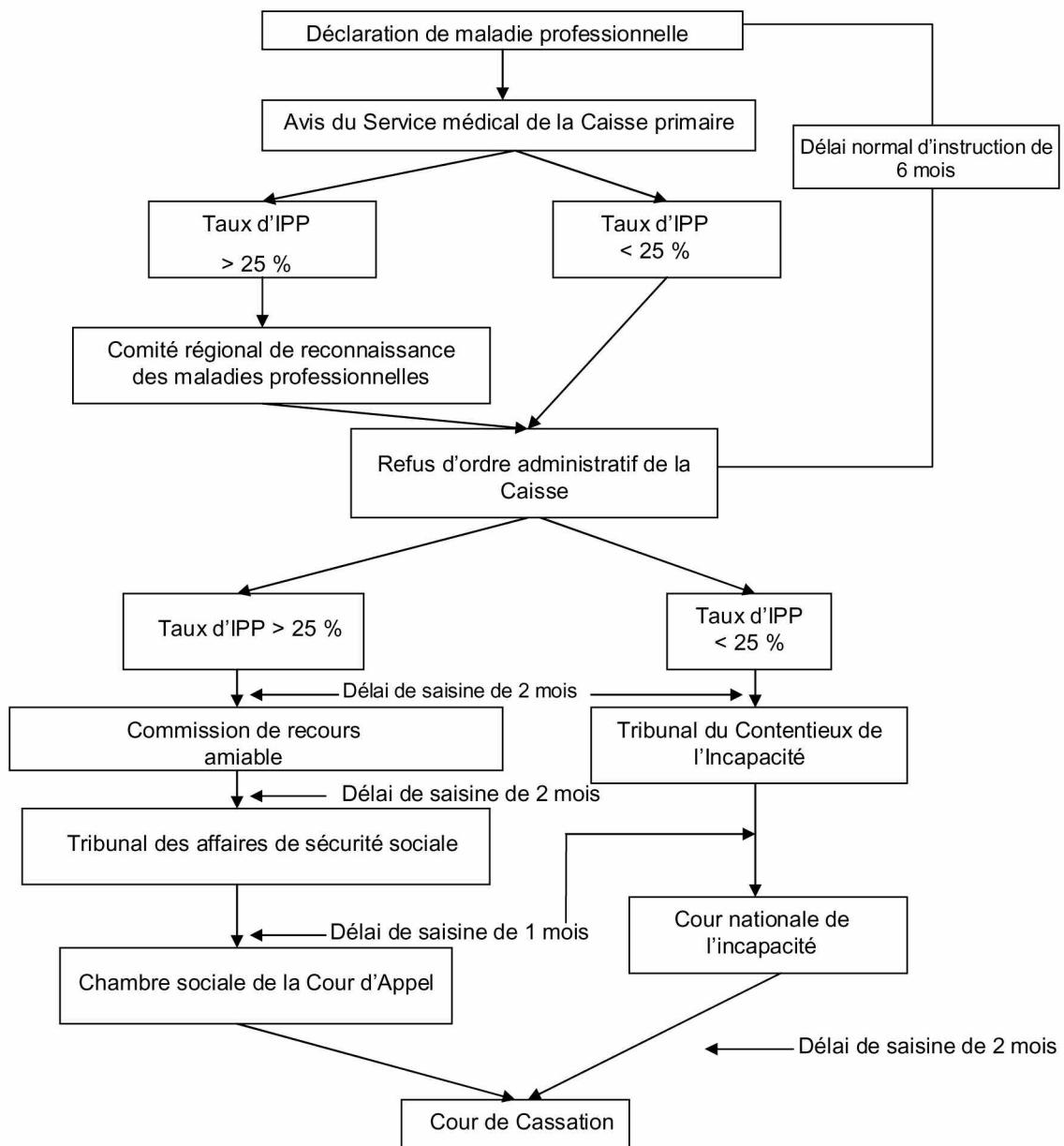


Figure 4 : Recours contre un refus d'ordre administratif de la Caisse primaire dans le cadre de la procédure complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles en cas d'affection non inscrite dans un tableau de maladie professionnelle.

taux d'IPP causé par la maladie que l'assuré considère comme professionnelle est considéré comme la Caisse comme inférieur à 25 %, l'assuré peut alors se porter devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité pour contester ce taux fixé unilatéralement par la Caisse.

S'il n'obtient pas satisfaction devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité, il peut saisir la Commission de Recours Amiable, puis en cas de refus persistant, le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale. Il se retrouve alors dans le cas de figure général sortant du cas particulier du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles (voir figure 4).

Il peut arriver aussi que la Caisse primaire d'assurance maladie considère que l'assuré ne présente pas un état stabilisé et que donc on ne peut évaluer une incapacité permanente qui nécessite pour qu'elle soit fixée que l'affection soit stabilisée. Dans ce cas, il est impossible de dire si le patient présente une incapacité permanente d'au moins 25 %. Si le médecin traitant est en désaccord avec cette décision de la caisse, il peut solliciter une expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la sécurité sociale.

2. Contestation par la victime du taux d'incapacité permanente après stabilisation de la pathologie

a. Cas général hors amiante

Ce contentieux est dévolu en première instance au Tribunal du Contentieux de l'Incapacité.

Dans le cas des pneumoconioses, en cas de contestation portant sur le taux d'incapacité, le TCI ou la Cour nationale de l'incapacité doivent obligatoirement recourir à l'avis d'un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses.

Les assurés sociaux peuvent entamer une procédure devant plusieurs organismes. Une procédure en pénal n'indemnise pas mais seulement punit l'employeur. En cas d'avis favorable en pénal, l'obtention d'une faute excusable est plus facile. Dans le cas inverse l'obtention d'une faute inexcusable est plus difficile à prouver. Une procédure en pénal présente donc un certain risque pour l'assuré social vis-à-vis de la faute inexcusable.

L'assuré social peut par contre entamer une procédure auprès du TCI et en plus entamer une procédure de demande de faute inexcusable devant le TASS comme procédure complémentaire. Un inconvénient relatif à la procédure devant la faute inexcusable est le délai de prescription de deux ans. L'intérêt d'une procédure associant le TCI et la faute inexcusable est d'obtenir un taux d'IPP plus important devant le TCI qui sera alors pris en compte dans la procédure pour faute inexcusable.

En cas de succès, le taux d'IPP pour le calcul de la rente, n'est plus divisé par deux et l'assuré social bénéficie en plus de l'indemnisation des préjudices extra-patrimoniaux.

Une procédure civile devant le tribunal de grande instance peut théoriquement être envisagée lorsque l'assuré social est victime d'une maladie, qu'il ne bénéficie ni du système du tableau des maladies professionnelles ni du système complémentaire de maladies professionnelles. Il devrait alors prouver un lien entre sa maladie et le travail et demander une indemnisation au titre de la responsabilité en dommages et intérêts mais cette stratégie n'est que théorique car jamais utilisée jusqu'ici.

b. Cas de l'amiante

Les procédures de contestation du taux d'IPP concernant les pneumoconioses et l'amiante devant le TCI se particulissent par la sollicitation obligatoire de l'avis sapiteur d'un spécialiste, là encore cet avis ne s'impose pas au TCI qui peut par exemple, après avis de l'expert du TCI décider d'un taux d'IPP plus important que celui proposé par le spécialiste.

La Caisse primaire d'assurance maladie peut alors bien sûr faire appel devant la Cour nationale de l'incapacité.

L'attitude, là, est un peu plus compliquée du fait de l'existence du FIVA (fond d'indemnisation des victimes de l'amiante).

En effet, la procédure devant le FIVA et la procédure devant la faute inexcusable s'excluent car elles sont susceptibles de réparer les mêmes préjudices.

D'autre part, en cas d'octroi d'un taux d'IPP, le FIVA entame une action récursoire et déduit ce que la caisse a déjà donné en taux d'IPP à l'assuré social.

Enfin le FIVA ne divise pas par deux le taux d'IPP pour le calcul de la rente.

Après une demande auprès du FIVA une procédure d'appel est possible devant la Chambre civile de la Cour d'appel.

Le choix entre la procédure devant le FIVA et la faute inexcusable est fonction de plusieurs paramètres. La procédure de la faute inexcusable est plus compliquée que celle du FIVA avec la demande de témoignages écrits, l'assistance d'un avocat, elle ne peut donc être entreprise seule à la différence d'une procédure devant le FIVA. Le choix de la procédure devant le FIVA et la procédure de faute inexcusable peut être aussi dicté par une attitude « politique » de l'assuré social qui, dans le cas d'une faute inexcusable, entame une action plus revendicative avec également des sanctions financières pour son employeur. Il existe enfin des paramètres locaux, car les préjudices extrapatrimoniaux indemnisés par le TASS lors d'une procédure devant la faute inexcusable dépendent de barèmes des cours d'appel et certains barèmes sont plus généreux dans certaines régions que d'autres dans l'octroi de l'indemnisation de ces préjudices extrapatrimoniaux.

Bien sûr comme dans le cas général des maladies professionnelles, en plus de la procédure pour faute inexcusable, l'assuré social peut entamer une procédure devant le TCI pour les mêmes raisons suscitées.

Il peut également entamer une procédure devant le FIVA et devant le TCI car parfois le taux d'IPP octroyé par le TCI est plus favorable que le taux octroyé par le FIVA.

Un autre inconvénient relatif à la procédure devant la faute inexcusable est le délai de prescription de deux ans.

L'intérêt d'une procédure associant le TCI et la faute inexcusable est d'obtenir un taux d'IPP plus important devant le TCI qui sera alors pris en compte dans la procédure pour faute inexcusable.

E. CAS DE LA FONCTION PUBLIQUE

1. Définitions

Le système englobe dans le secteur public deux types de maladies professionnelles :

La maladie survenue en service réparable au titre d'un tableau de maladie professionnelle du régime général. Elles sont encore appelées maladies professionnelles.

Les maladies professionnelles relevant du régime des maladies contractées ou aggravées en service non réparables au titre d'un tableau de maladies professionnelles du régime général de la Sécurité Sociale. Elles sont souvent appelées maladies contractées en service.

Dans le premier cas le fonctionnaire n'aura pas à démontrer la preuve du lien de causalité entre le travail et la maladie survenu en service pour laquelle il demande une prise en charge. Il s'agit dans ce premier cas de l'équivalence de l'application de l'alinéa 2 de l'Article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale.

La demande du fonctionnaire doit être présentée dans les 4 ans qui suivent la date de première constatation médicale de la maladie (Article 32 du Décret n° 86-442 du 14.03.1986).

Dans le deuxième cas c'est-à-dire une maladie contractée ou aggravée en service ne relevant pas d'un tableau de maladies professionnelles du régime général, le fonctionnaire devra démontrer la preuve de la relation entre le travail et sa maladie selon les mêmes modalités que pour un accident de service. Il devra donc démontrer que l'exposition professionnelle correspond à un fait précis et déterminé de service. Il est à noter que ce deuxième cas ne correspond pas du tout à l'alinéa 3 ni à l'alinéa 4 de l'Article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale dont les fonctionnaires ne peuvent se prévaloir.

2. Prise en charge

Les maladies contractées et aggravées en service ne voient pas leur reconnaissance limitée au tableau des affections professionnelles qui figurent dans le Code de la Sécurité Sociale.

En effet, la circulaire FP4 N°1711 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre le risque de maladie et d'accident de service stipule que « le fonctionnaire peut être atteint d'une maladie contractée ou aggravée en service, laquelle est généralement reconnue par référence aux tableaux des affections professionnelles qui figurent dans le code de la Sécurité Sociale dans l'application de son article 461-2 mais ces tableaux ne sont pas limitatifs ».

En théorie, l'administration est plus exigeante puisque par exemple, pour les fonctionnaires de l'Etat, la commission de réforme devrait apprécier la notion de fait précis et déterminé de service pour une pathologie professionnelle.

Ce fait précis et déterminé de service n'est pas nécessaire pour les fonctionnaires hospitaliers et territoriaux (décret 2000-1020 du 17 octobre 2000). Seul dans ce dernier cas, le lien de causalité médicale entre la maladie et l'exercice des fonctions est apprécié dans la commission de réforme. En fait, dans la pratique, l'interprétation est beaucoup plus souple et suit le processus que nous avons décrit quelques lignes plus haut.

Comme pour l'accident de service, l'administration effectuera une enquête afin d'établir la matérialité des faits professionnels ayant provoqué cette maladie.

Ensuite un médecin agréé effectuera une expertise médicale afin de donner un avis sur l'imputabilité de la maladie alléguée.

Puis ensuite le dossier passe devant la commission de réforme compétente.

Après consolidation la victime aura droit à réparation des séquelles de la maladie professionnelle. Même pour une IPP inférieure à 10 %, le fonctionnaire titulaire bénéficiera d'une allocation temporaire d'invalidité ou en cas d'une inaptitude à l'exercice de ces fonctions d'une pension assortie d'une rente d'invalidité.

L'arrêt Moya-Caville (arrêt du Conseil d'état du 04.07.03) permet aux personnes relevant du régime dit des pensions, c'est-à-dire des fonctionnaires, d'obtenir une indemnisation complémentaire, en l'occurrence la réparation du préjudice personnel – physique, moral, esthétique et d'agrément – sans avoir à rapporter la preuve d'une faute de l'employeur public. L'indemnisation est possible dès lors que l'accident ou la maladie professionnelle est reconnu(e) imputable au service. Par cet arrêt, le Conseil d'état a bouleversé la règle dite du « forfait de pension » en décidant que, si les articles L.27 et L.28 du code des pensions « déterminent forfaitairement la réparation à laquelle un fonctionnaire victime d'un accident de service ou atteint d'une maladie professionnelle peut prétendre, au titre de l'atteinte qu'il a subie dans son intégrité physique... elles ne font cependant obstacle ni à ce que le fonctionnaire qui a enduré, du fait de l'accident ou de la maladie, des souffrances physiques ou morales et des préjudices esthétiques ou d'agrément, obtienne de la collectivité qui l'emploie même en l'absence de faute de celle-ci, une indemnité complémentaire réparant ces chefs de préjudice, distincts de l'atteinte à l'intégrité physique, ni à ce qu'une action de droit commun pouvant aboutir à la réparation intégrale de l'ensemble du dommage soit engagée contre la collectivité dans le cas notamment où

l'accident ou la maladie est imputable à une faute de nature à engager la responsabilité de cette collectivité où à l'état d'un ouvrage public dont l'entretien incomberait à celle-ci ».

3. Le taux d'IPP

a. *La fixation du taux d'IPP*

L'évaluation de l'IPP sera effectuée par le médecin agréé puis ensuite confirmée par la commission de réforme.

b. *Le calcul de l'allocation temporaire d'invalidité*

Comme déjà écrit plus haut, le fonctionnaire titulaire bénéficie d'une allocation temporaire d'invalidité (A.T.I.) même pour une IPP inférieure à 10 % ou en cas d'inaptitude absolue et définitive à l'exercice de ses fonctions, d'une pension assortie d'une rente d'invalidité versée à la cessation de son activité professionnelle.

Exemple d'une victime d'une maladie professionnelle et d'un accident de service

Si la victime présente un taux de 5 % pour un accident de service et un taux de 8 % pour une maladie professionnelle, l'A.T.I. sera calculée sur une base de 8 %.

Si la victime présente un taux de 20 % pour l'accident de service et un taux de 8 % pour une maladie professionnelle, le taux indemnisable de l'allocation sera de 28 %.

F. LE CAS DES PROFESSIONS AGRICOLES

1. Cas des salariés agricoles

a. *Cas des salariés agricoles de métropole hors Alsace-Moselle*

La réglementation est assurée par l'article L.461-1 du Code de la Sécurité Sociale. La gestion du risque est assurée par la caisse de mutualité sociale agricole. La

réglementation est identique à celle du régime général de Sécurité Sociale, c'est-à-dire qu'il existe deux modes de reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie :

- Les maladies inscrites à un tableau professionnel
- Le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

La seule différence réside dans la liste des tableaux de maladies professionnelles qui sont différents de ceux du régime général avec donc une liste de tableaux propre au régime agricole.

Les prestations (prestations en nature, prestations en espèce) sont identiques à celles du régime général de la Sécurité Sociale.

Le contentieux des maladies professionnelles suit une procédure identique à celui du contentieux des accidents du travail décrit dans le chapitre des accidents du travail agricole chez les professions salariées de métropole hors Alsace-Moselle.

b. Cas des salariés agricoles d'Alsace-Moselle

Les personnes assurées contre le risque maladie professionnelle sont les mêmes que celles énumérées pour les personnes protégées du risque accident du travail en Alsace-Moselle dans les chapitres correspondants sus cités.

La définition de la maladie professionnelle est identique à celle énoncée par le régime général de Sécurité Sociale.

La procédure de reconnaissance d'une maladie professionnelle est identique à celle du régime général de Sécurité Sociale si ce n'est que la liste de tableaux est la même que celle des salariés agricoles de métropole hors Alsace-Moselle.

Tout le système de reconnaissance des maladies professionnelles est également identique à celui du régime général de Sécurité Sociale. Un décret du 28 février 1997 a permis l'application du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (fonctionnement décrit dans un arrêté du 3 novembre 1997).

Les prestations en espèce et en nature sont identiques à celles assurées pour les salariés agricoles victimes d'un

accident du travail en Alsace et en Moselle (cf chapitre sus cité).

Le contentieux des maladies professionnelles des salariés agricoles d'Alsace-Moselle suit la même procédure que le contentieux des accidents du travail des salariés agricoles d'Alsace-Moselle.

c. Cas des salariés agricoles des départements d'outremer (DOM)

Les salariés agricoles des départements de la Réunion, de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Guyane relèvent pour les maladies professionnelles depuis 1946 du régime général (article L.751-1 du Code de la Sécurité Sociale).

2. Cas des exploitants agricoles non salariés victimes d'une maladie professionnelle

a. Les exploitants agricoles non salariés de métropole hors Alsace-Moselle victimes d'une maladie professionnelle

aa. Ancien régime d'indemnisation

L'assurance obligatoire instituée par la loi du 22 décembre 1966 inscrite dans le Code Rural sous les articles 1.234-1, 1.234-18 couvre le risque des maladies professionnelles imputables à des travaux agricoles. L'assurance obligatoire couvre donc les dispositions prévues par les articles L.461-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale. La reconnaissance doit donc obéir au système des tableaux des maladies professionnelles.

Les prestations sont identiques à celles offertes aux exploitants agricoles non salariés victimes d'un accident du travail (cf chapitre sus cité). Il s'agit donc de la couverture des prestations en nature habituellement reconnues par la Sécurité Sociale ainsi que le paiement d'une pension d'inaptitude pour inaptitude totale ou partielle.

L'assurance complémentaire facultative édictée par la loi n°72-965 du 25 octobre 1972 parue au Journal Officiel du 27 octobre 1972 couvre également les maladies professionnelles contractées au cours de l'exercice d'une profession agricole non salariée.

Là encore, il s'agit des maladies professionnelles prévues par la loi n°72-965 du 25 octobre 1972 relative à l'assurance obligatoire des salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (article 13 du décret n°73-779 du 24 juillet 1973).

Ces prestations sont identiques à celles accordées pour un exploitant agricole non salarié victime d'un accident du travail (cf chapitre sus cité).

Le contentieux se déroule également d'une façon identique.

bb. Nouveau régime d'indemnisation régi par la loi du 30-11-2001

La loi du 30.11.01 parue au Journal Officiel du 1^{er}.12.01 et entrée en vigueur le 1^{er}.04.02, vise à créer une véritable branche accident du travail et maladie professionnelle au sein du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles. Sont ainsi obligatoirement assurés, les chefs d'exploitation et leurs aides familiaux non salariés et associés d'exploitation, les conjoints qui participent à la mise en valeur de l'exploitation, les enfants de 14 ans à 16 ans, qui participent occasionnellement aux travaux de l'exploitation.

Une particularité réside dans la pluralité des gestionnaires de ce régime.

En effet, les caisses de la mutualité agricole mais aussi les sociétés civiles du code des assurances ou du code de la mutualité sont autorisées à garantir les risques accidents du travail ou maladies professionnelles.

Néanmoins, la MSA bénéficie d'un rôle de caisse pivot, en particulier les caisses de MSA, assurent le contrôle médical pour l'ensemble des ressortissants du régime.

Les prestations assurées, le contentieux sont identiques à ceux énumérés dans le chapitre accidents du travail des professions agricoles non salariées de métropole hors Alsace-Moselle. Il est créé des indemnités journalières allouées pendant la période d'incapacité temporaire du travail au seul chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, le versement débute à l'expiration du 8^{ème} jour qui suit l'arrêt de travail consécutif à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle. Le mode de calcul est déterminé en application des règles du régime général de sécurité sociale. Au moment de la consolidation de la lésion, un taux d'IPP est éva-

lué par le médecin conseil de la MSA. Le chef d'exploitation a le droit à une rente accident du travail lorsque son taux d'incapacité permanente est au moins égal à 50 %. Les autres personnes non salariées de l'exploitation, bénéficient d'une rente accident du travail en cas d'incapacité permanente totale soit un taux d'IPP de 100 %. On constate donc là une des limites de la nouvelle loi qui n'indemnise pas après consolidation toutes les maladies professionnelles mais uniquement celles dont le taux d'IPP est supérieur à 50 % pour les chefs d'exploitation.

Le calcul de la rente accident du travail est similaire à celui du régime général avec la détermination d'un taux utile réduit de moitié pour la fraction égale à 50 % et augmenté de la moitié pour la partie qui excède 50 %.

Le décret 2002-200 du 14.02.02 relatif aux prestations de l'assurance des non salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles sur l'article 25 renvoie bien au tableau des maladies professionnelles agricoles.

Les différents modes de reconnaissance des maladies professionnelles se superposent à ceux des salariés puisqu'on reconnaît les maladies professionnelles reconnues dans le cadre des tableaux des maladies professionnelles et les maladies professionnelles reconnues dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles (décret n°2002-200 du 14.02.02).

Toute maladie professionnelle doit être déclarée à l'organisme gestionnaire dans les quinze jours qui suivent la première constatation de l'origine professionnelle de la maladie, par les soins de la victime (article 26 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Dès réception d'une déclaration de maladie professionnelle, l'organisme gestionnaire dispose d'un délai de trois mois pour statuer sur le caractère professionnel de la maladie.

Lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, l'organisme de prise en charge dispose d'un délai complémentaire pour instruire la déclaration de maladie professionnelle. L'organisme gestionnaire est tenu d'informer la victime ou ses ayants droits avant l'expiration d'un délai de 3 mois par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Le recours au délai complémentaire doit intervenir avant l'expiration du délai initial d'instruction et court à compter de la date de la notification aux parties (article 35, 1^{er} alinéa, du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Le point de départ du délai complémentaire est la date d'envoi de la notification qui informe les parties du recours au délai complémentaire (article 668 du nouveau code de procédure civile).

La date d'envoi met fin au délai normal d'instruction et constitue le point de départ du délai complémentaire.

L'absence de décision de l'organisme de prise en charge, à l'issue du délai initial de 3 mois ou du délai complémentaire de 3 mois entraîne le reconnaissance implicite à l'égard de la victime du caractère professionnel de la maladie (article 30 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Le décret n°2003-199 du 07.03.03 paru au journal officiel du 09.03.03 adapte aux non salariés agricoles les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) déjà mis en place pour les salariés du régime général en 1993 et aux salariés du régime agricole en 1994, du fait de l'application aux non salariés agricoles, des dispositions du titre VI du livre IV du code de la sécurité sociale concernant les maladies professionnelles. Les adaptations du décret concernent la composition, le fonctionnement, le ressort des CRRMP.

Le médecin conseil chargé de présenter cette demande devant le CRRMP est le médecin conseil national du régime agricole de protection sociale ou un médecin conseil désigné pour le représenter. Le comité régional compétent est celui dans le ressort duquel se trouve la caisse de MSA ou le bureau départemental ou interdépartemental de l'association des assureurs AAEXA (AAA) dont relève la victime. L'avis du comité est rendu à l'organisme assureur dont relève la victime.

Le dossier soumis au CRRMP est constitué par l'organisme assureur dont relève la victime. Il comprend :

- une demande motivée de reconnaissance signée par la victime
- un avis motivé d'un technicien conseil de prévention et d'un médecin du travail de la caisse de MSA territorialement compétente, portant notamment sur la réalité de l'exposition de la victime à un risque professionnel
- le cas échéant, les conclusions de l'enquête conduite par la caisse de MSA ou l'AAA
- le rapport établi par le service du contrôle médical de la caisse de MSA qui comporte le cas échéant le rapport d'évaluation du taux d'IPP de la victime.

Le dossier est rapporté devant le comité par le médecin conseil qui a examiné la victime ou qui a statué sur son taux d'IPP ou par le médecin conseil qu'il a désigné pour le représenter.

La demande de reconnaissance de la maladie professionnelle doit être instruite dans sa globalité, tous modes de reconnaissance confondus (système des tableaux et système complémentaire) dans un délai maximal (initial et complémentaire) de 6 mois à condition que l'organisme gestionnaire ait recours au délai complémentaire. Dans le cas contraire le délai maximal est ramené à 3 mois.

Autrement dit la décision de refus de prise en charge à l'égard de la victime doit intervenir en une seule fois et sur les deux modes de reconnaissance, soit avant l'issue du délai initial de 3 mois, soit et sous réserve bien entendu que l'organisme de prise en charge ait bien eu recours au délai complémentaire à l'issue de ce dernier.

En ce qui concerne les exploitants agricoles non salariés, le contentieux de la prise en charge en accident de travail ou en maladie professionnelle est régi par l'article R142-1 du code de la sécurité sociale qui stipule que l'assuré peut faire appel auprès de la commission de recours amiable et par l'article R142-6 du code de la sécurité sociale qui signale ensuite que le contentieux peut être poursuivi auprès du tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS).

En ce qui concerne le contentieux du taux d'IPP des exploitants non salariés agricoles il est régi par l'article D.752-29 du code rural. L'article R142-41 du code de la sécurité sociale stipule que le contentieux général des accidents du travail et des maladies professionnelles est pris en charge par la commission de recours amiable sauf les cas stipulés par l'article R142-50 du code de la sécurité sociale qui incluent le contentieux du taux d'IPP.

Dans ce dernier cas, le contentieux est assuré par le président du TASS qui peut rédiger une ordonnance de conciliation et en cas d'échec par le tribunal des affaires de sécurité sociale puis ensuite par la cour d'appel du tribunal des affaires de sécurité sociale.

Le contentieux des exploitants non salariés agricoles, en ce qui concerne le taux d'IPP en accident du travail et maladie professionnelle, est également réglementé par le décret du journal officiel n°2003-846 du 29.08.03.

Pour le système de reconnaissance complémentaire, la même procédure et le même délai sont applicables aux non-salariés agricoles (décret 2003-199 du 7 mars

2003 paru au Journal Officiel N°58 du 9 mars 2003 page 4.163).

Le CRRMP compétent est alors celui dont le celui dans le ressort duquel se trouve la Caisse de mutualité sociale agricole ou le bureau départemental ou interdépartemental du groupement mentionné à l'article L. 752-14 du Code rural dont relève la victime. Le médecin conseil régional mentionné au premier paragraphe de l'article D. 461-27 du Code de la sécurité sociale, lequel article fixe la composition du CRRMP, est remplacé par le Médecin conseil national du régime agricole de protection sociale ou le médecin conseil qu'il désigne pour le représenter

b. Cas des exploitants agricoles non salariés d'Alsace-Moselle victimes d'une maladie professionnelle

Les personnes assurées contre le risque maladie professionnelle sont les mêmes que celles énumérées dans le chapitre de la protection des exploitants non salariés agricoles d'Alsace-Moselle pour les accidents du travail.

Les risques couverts au titre des maladies professionnelles sont les mêmes que pour les salariés agricoles d'Alsace-Moselle victimes d'une maladie professionnelle.

Les prestations en nature et en espèce sont identiques à celles énumérées dans le chapitre des exploitants agricoles non salariés d'Alsace-Moselle victimes d'un accident du travail.

Le contentieux des exploitants agricoles non salariés suit la même procédure que le contentieux des accidents du travail des exploitants agricoles non salariés.

c. Cas des maladies professionnelles des exploitants agricoles non salariés des départements d'outremer

aa. L'ancien système d'indemnisation avant la loi du 30 - 11 - 2001

Le régime d'assurance obligatoire contre les maladies professionnelles édicté pour la métropole par la loi du 2 décembre 1966 a été étendu aux exploitants agri-

coles non salariés des départements d'outremer par la loi n°83-1.071 du 14 décembre 1983 parue au Journal Officiel du 15 décembre 1983 inscrite au Code Rural sous la forme de l'article 1.234-27.

Les décrets d'application n°86-369 et n°86-371 du 10 mars 1986 sont publiés au Journal Officiel du 14 mars 1986.

L'assurance complémentaire facultative édictée par la loi n°72-965 du 25 octobre 1972 parue au Journal Officiel du 27 octobre 1972 a été étendue aux départements d'outremer pour les exploitants agricoles non salariés par cette même loi n°83-1.071 du 14 décembre 1983 parue au Journal Officiel du 15 décembre 1983 inscrite sous la forme de l'article 1.234-29 dans le Code Rural. Le décret d'application n°86-370 du 10 mars 1986 a été publié au Journal Officiel du 14 mars 1986.

bb. Le nouveau système d'indemnisation après la loi du 30 - 11 - 2001

L'article L.762-34 du code rural modifié par l'article 3 de la loi n°2001-1128 du 30.11.01 sur les accidents du travail et les maladies professionnelles des exploitants agricoles et de leur famille entrée en vigueur le 01.04.02 et le décret en Conseil d'Etat n°2003-617 du 3-7-2003, paru au Journal Officiel du 5-7-2003 rendent applicable les dispositions de l'assurance accident du travail de la loi entrée en vigueur le 1-4-2002 des non salariés agricoles aux personnes non salariées des professions agricoles exerçant leur activité dans les départements d'outremer.

Les caisses générales de sécurité sociale exercent les fonctions dévolues aux MSA.

Les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales exercent les missions dévolues aux chefs des services départementaux de l'inspection du travail, de l'emploi, de la politique sociale agricole. ■

BIBLIOGRAPHIE

DANG-VU V. – *L'indemnisation du préjudice corporel*, Paris Editions L'harmattan, troisième édition, 2010.

Barème indicatif d'invalidité des accidents de service des fonctionnaires pris pour l'application de l'article L.28 (3^e alinéa) du Code des Pensions Civiles et Militaires de retraite, annexé au décret n° 68-756 du 13-8-1968 publié au *Journal Officiel de la République Française* du 24-8-1968, modifié par le

décret n° 2001-99 du 31-1-2001 publié au *Journal Officiel de la République Française* du 4-2-2001 page 1932.

Barème indicatif d'invalidité des accidents du travail, annexé au décret du 24 mai 1939, publié au *Journal Officiel de la République Française* du 8-6-1939.

Barème indicatif d'invalidité des accidents du travail, publié au *Journal Officiel de la République Française* du jeudi 30-12-1982 et inséré dans les annexes I et II au livre IV du Code de la Sécurité Sociale deuxième partie - décrets en Conseil d'Etat.

Barème indicatif d'invalidité des maladies professionnelles, annexé au décret n° 99-323 du 27-4-1999, publié au *Journal Officiel* (édition des documents administratifs), inséré dans l'annexe II au livre IV du Code de la Sécurité Sociale.

BOUVIGNIES P. – *Le médecin agréé, guide pratique à l'usage des médecins et des fonctionnaires*. 1 volume, 168 p. Paris : Editions Eska, 1995.

BÜHL M. et CASTELLETTA A. – *Accident du travail, Maladie professionnelle*, Paris : Dalloz, 2^e édition, 2004.

DÔMONT A. – *Santé, sécurité au travail et fonctions publiques*. Paris : Editions Masson, Collection Médecine du travail, 2000.

KATZ A. – *Lamy Protection Sociale*. Paris : Editions Lamy S.A., 2009.

LIBES M. – *L'accident et la maladie du fonctionnaire imputables au service*. Paris : Editions Berger-Levrault, 1^{re} édition, 2008.

PADOVANI P. et MIRANDA R. – *Barème des accidents du travail et des maladies professionnelles*, Paris, Editions Lamarre, 1992.

PIERCHON M. – *Guide du contentieux de la Sécurité Sociale*. Paris, Editions Cedat, 3^e édition, 2001.

PIERCHON M. – Le contentieux technique de la Sécurité Sociale, manuel à l'usage des assesseurs. Numéro spécial de la revue *La Commission*, juin 2004.

PIERCHON M. – Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, guide pratique d'audience, avec préface de Thomas Kemp, numéro spécial de la revue *La Commission*, mai 2005. Mise à jour de juin 2006 de la revue *La Commission*.

PIERCHON M. – *Les contentieux de la Sécurité Sociale*. Montpellier. Editions Resoc, 2006.

PIERCHON M. et DORANT A. – Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale en pratique, *Semaine sociale Lamy*, Supplément n° 1021, 26 mars 2001.

ROUAUD J.P. – Le contentieux de la Sécurité Sociale en matière de maladie, d'invalidité et d'inaptitude ou de pathologie professionnelle. *Revue du Rhumatisme* 1998; 65 (11 bis) : 300S-302S.

*Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction
par tous procédés réservés pour tous pays.*

La loi du 11 mars 1957, n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que des copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'art. 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français de Copyright, 6 bis, rue Gabriel Laumain, 75010 PARIS.

© 2010 / ÉDITIONS ESKA

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

CPPAP n° 0412 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-1742-2

Printed in Spain



Recommandations aux auteurs / Instructions to Authors

MANUSCRIT

Tout manuscrit, sollicité ou non, est soumis anonymement pour avis, au comité de lecture, qui peut refuser l'article ou proposer les modifications qui lui paraissent nécessaires. Les lecteurs, au nombre de deux, sont choisis au sein du comité de publication, mais en cas de nécessité, il peut être fait appel à des lecteurs extérieurs à ce comité. En cas de désaccord entre les deux lecteurs le rédacteur en chef tranchera éventuellement après avoir pris l'avis d'un troisième lecteur.

Le texte sera dactylographié en 3 exemplaires à double interligne, recto seulement, à raison de 25 lignes par page.

Nous recommandons les limites suivantes en fonction de la catégorie d'article :

- Maximum de 20 pages pour les articles originaux et les revues de la littérature.
- 10 pages maximum pour les notes techniques et 5 pages maximum pour les cas cliniques.

Les pages sont numérotées en haut à droite.

La première page comportera le titre et/ou le sous-titre de l'article, les initiales des prénoms, les noms des auteurs, l'indication et l'adresse complète de l'organisme (laboratoire, hôpital, université, etc.) où a été réalisé le travail, ainsi que l'adresse complète de l'auteur à qui seront envoyées les épreuves à corriger, les tirés à part, et toute correspondance.

Des mots-clés, en français et en anglais, seront suggérés par les auteurs.

Le texte de l'article commencera en page deux. Il est fortement recommandé d'observer le plan classique : introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, conclusion. Les sous-titres de même valeur seront signalés d'une façon identique. Les abréviations internationales connues peuvent être utilisées.

En ce qui concerne les termes peu courants, il faudra signaler leur signification entre parenthèses, la première fois qu'ils apparaîtront dans le texte. Les définitions peuvent être réunies dans un glossaire.

Les noms des auteurs cités dans le texte devront être suivis, entre parenthèses, d'un numéro de renvoi à la bibliographie.

Un bref résumé, ne dépassant pas 10 lignes, devra obligatoirement être joint au manuscrit. Le résumé en anglais sera fourni par l'auteur (avec la traduction du titre de l'article). À défaut, l'auteur devra accepter la traduction effectuée par la rédaction.

Il est indispensable qu'une version informatisée de l'article proposé soit adressée à l'e-mail suivant : agpaedit@wanadoo.fr

Merci de mentionner l'adresse e-mail de l'auteur principal.

BIBLIOGRAPHIE

Les références bibliographiques seront classées par ordre alphabétique, et pour un même auteur, par ordre chronologique. Elles seront numérotées et comporteront :

- **Les références d'articles** dans l'ordre : le nom et les initiales des prénoms des auteurs, le titre exact dans la langue originale, le nom du journal suivant la nomenclature internationale de l'Index Médicus, l'année de parution, le tome, la première et la dernière page de l'article.

Exemple :

1. DEBARGE A., MARQUET L.A. - Lésions histologiques hépatiques chez les toxicomanes décédés, *J. de Méd. Lég.*, 1982, 25, 4, 527-531.

- **Les références de livres** comportent dans l'ordre : les noms et initiales des prénoms des auteurs, le titre du livre, l'identification de l'éditeur (nom et ville), l'année de parution, et éventuellement la ou les pages citées.

Il est fortement recommandé de limiter à 20 le nombre de références.

ILLUSTRATIONS

L'iconographie doit être limitée au strict nécessaire.

Chaque document devra être identifié par un numéro :

- les tableaux seront numérotés en chiffres romains, les figures en chiffres arabes ; ils feront l'objet d'un renvoi dans le texte ;
- les graphiques et schémas seront fournis soit au format original, soit en réduction photographique. Ils devront être directement reproducibles et fournis sur papier blanc ou sur calque. Toutes les illustrations doivent comporter une légende détaillée fournie sur une feuille séparée.

REMERCIEMENTS

Ils ne figurent pas dans le corps même de l'article, mais sont individualisés sur la dernière page de l'article, qui comprend également les indications de subventions éventuellement accordées aux auteurs.

ADRESSER TOUTE CORRESPONDANCE à la rédaction de la revue :
Éditions AGPA, 4, rue Camélinat, 42000 Saint-Étienne, France.

MANUSCRIPT

Every manuscript, whether solicited or not, is submitted to the reviewing committee for their opinion. They may decline the article or suggest alterations that they deem necessary. There are two reviewers, chosen from within the publication committee, but if needed, reviewers external to this committee may be called upon. In case of disagreement between the two reviewers, the editor in chief will have final decision after consulting a third reviewer.

Three copies of the text, typewritten with double spacing, one side only, 25 lines per page, should be sent.

We recommend the following lengths depending on the category of article:

- *20 pages maximum for original articles and literature reviews.*
- *10 pages maximum for technical notes and 5 pages maximum for clinical cases.*

The pages are to be numbered in the top right-hand corner.

The first page should bear the title and/or the subtitle, the first name initials, the names of the authors, the title and complete address of the place (laboratory, hospital, university, etc.) where the work was carried out, along with the author's complete address to which proofs for correction, abstracts and any correspondence will be sent.

Key-words, in French and English, should be suggested by the authors.

The text of the article should begin on page two. We strongly recommend following the conventional plan: introduction, material and methods, results, discussion, conclusion. Sub-titles of equal value should be indicated in an identical way. Known international abbreviations may be used.

For less familiar terms, the meaning should be given in brackets the first time they appear in the text. Definitions may be given in a glossary.

The names of the authors quoted in the text should be followed, between brackets, by a number referring to the bibliography.

A brief summary of no more than 10 lines must be enclosed with the manuscript. A summary in English should be provided by the author (along with the translation of the title of the article). Otherwise the author shall accept the translation provided by the editors.

It is essential that an electronic version of the article proposed be sent to the following email address: agpaedit@wanadoo.fr

Please include the email address of the main author.

BIBLIOGRAPHY

References should be arranged in alphabetical order, and for each author in chronological order. They should be numbered and appear as follows:

- **Article references** should include in order: name and first name initials of authors, exact title in original language, name of journal according to Index Medicus international rules, year of publication, volume, first and last pages of article.

Example:

1. DEBARGE A., MARQUET L.A. - Lésions histologiques hépatiques chez les toxicomanes décédés, *J. de Méd. Lég.*, 1982, 25, 4, 527-531.

- **Book references** should include in order: name and first name initials of authors, title of book, identification of publisher (name and town), year of publication and, when appropriate, page(s) quoted.

We strongly recommend limiting the references to 20.

ILLUSTRATIONS

Iconography shall be strictly limited.

Each document should be identified by a number:

- *tables shall be numbered using Roman numerals and figures using Arabic numerals; all of them shall be quoted in the text;*
- *graphs and diagrams shall be provided in their original format, or as photographic reductions. They should be directly reproducible and supplied on white paper or tracing paper.*

All illustrations must be accompanied by a detailed caption on a separate page.

ACKNOWLEDGEMENTS

They should not appear in the body of the article but individually on the last page of the article. Details of any grants awarded to the authors should also be mentioned here.

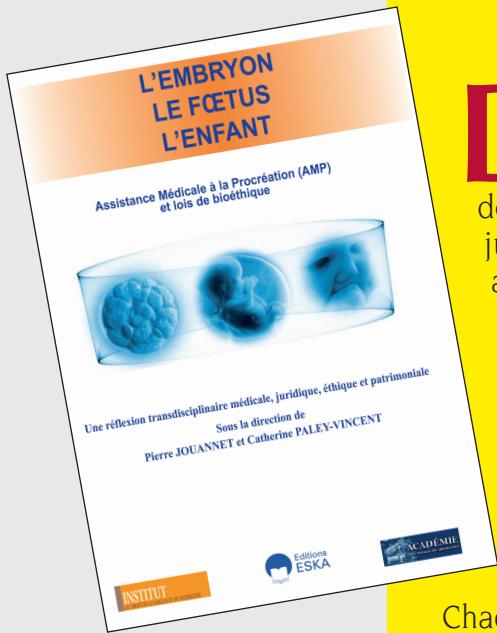
ALL CORRESPONDENCE SHOULD BE ADDRESSED TO The Editors,
Éditions AGPA, 4, rue Camélinat, 42000 Saint-Étienne, France.

L'EMBRYON, LE FŒTUS, L'ENFANT

Assistance Médicale à la Procréation (AMP)
et lois de bioéthique

Une réflexion transdisciplinaire médicale,
juridique, éthique et patrimoniale

Sous la direction de
Pierre JOUANNET et Catherine PALEY-VINCENT



De l'embryon au fœtus et à l'enfant : En cinquante ans, la médicalisation de la procréation a bouleversé nos comportements millénaires et suscité un débat qui occupe aujourd'hui tout le champ de la société. L'embryon est-il un patient ? Faut-il autoriser la recherche et jusqu'où l'encourager ? L'accès aux origines doit-il rester tabou ? Peut-on autoriser les mères porteuses ? La filiation d'un enfant né d'une assistance médicale à la procréation a-t-elle la même valeur que les autres ?... Les médecins ne peuvent pas répondre seuls à la société, écouter seuls ses craintes et ses espoirs pour l'accompagner sur le chemin de nouveaux bouleversements annoncés. Ces interrogations exigent une réflexion résolument publique et pluridisciplinaire. Qu'il s'agisse du statut biologique, médical ou juridique de l'embryon et du fœtus, ce nouveau devenir d'enfant nous questionne tous, que l'on soit juriste, médecin, sociologue, philosophe ou simplement parent.

Chaque point de vue compte pour adapter, revoir et prévoir de nouveaux modèles par rapport à l'enfant, la famille, la société. Tel est le sens du débat original qui a été mené sous les auspices de l'Académie Nationale de médecine et de l'Institut du droit de la Famille et du Patrimoine : donner au public les clés pour comprendre et au législateur une synthèse pour trancher. A chacun de « réviser » sa loi de bioéthique.

Pierre Jouannet, membre de l'Académie Nationale de Médecine, est médecin à l'hôpital Cochin et professeur à l'Université Paris Descartes.

Catherine Paley-Vincent est avocat au barreau de Paris dont elle préside le Comité d'éthique. Elle est associée fondatrice du Cabinet Ginestié, Magellan, Paley-Vincent.



**Editions
ESKA**

12, rue du Quatre-Septembre - 75002 PARIS
Tél. : 01 42 86 55 65 - Fax : 01 42 60 45 35

<http://www.eska.fr>

ISBN 978.2.7472.1494.0
16 x 24 cm - 344 pages

Prix : 29 €
+ 3,51 € de frais de port

BON DE COMMANDE à retourner aux Editions ESKA

12, rue du Quatre-Septembre 75002 PARIS - Tél. : 01 42 86 55 65 - Fax : 01 42 60 45 35

Je désire recevoir exemplaire(s) de « **L'EMBRYON, LE FŒTUS, L'ENFANT** » au prix de 29,00 € + 3,51 € de frais de port, soit 32,51 € x = €

NOM Prénom

Adresse

Code postal Ville

Je joins mon règlement par : Chèque bancaire à l'ordre des Editions ESKA

Virement postal aux Editions ESKA - CCP Paris 1667-494-Z